

Alter und Behinderung

Die zunehmende Zahl älterer und alternder Menschen mit Behinderung stellt die Versorgungsstrukturen vor neue Aufgaben. Selbstbestimmung und Teilhabe für diesen Personenkreis stehen im Fokus der Beiträge „Forschungsprojekte und Expertisen zu Behinderung und Alter: Entwicklungsanforderungen an Angebotssysteme der Hilfe,

Förderung, Versorgung und Betreuung“ von Frank Schulz-Nieswandt und „Den Ruhestand gestalten lernen – ‚gute Praxis‘, wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen“ von Anne Katrin Klein-Haar und Sören Roters-Möller. Aus dem DZA stellen Svenja Weinz und Susanne Wurm die „Subjektive Gesundheit im Alter“ vor.

informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849
A20690E

Heft 05, September / Oktober 2010
37. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

05

Inhalt / Impressum

Inhalt

Aus der Altersforschung

- 3 Forschungsprojekte und Expertisen zu Behinderung und Alter: Entwicklungsanforderungen an Angebotssysteme der Hilfe, Förderung, Versorgung und Betreuung
Frank Schulz-Nieswandt
- 8 Kurzinformationen aus der Altersforschung

Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 9 Den Ruhestand gestalten lernen – „gute Praxis“, wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen
Anne Katrin Klein-Haar und Sören Roters-Möller
- 15 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

- 17 Subjektive Gesundheit im Alter
Svenja Weinz und Susanne Wurm
- 25 **Bibliografie gerontologischer Monografien**

Impressum

Herausgeber:

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Telefon (030) 2607400, Fax (030) 7854350

DZA im Internet:

www.dza.de

Presserechtlich verantwortlich:

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:

Cornelia Au und Dr. Doris Sowarka
ida@dza.de

Für die Bibliografie gerontologischer Monografien:

Bibliothek und Dokumentation
Pro Senectute Schweiz
Fachstelle für angewandte Altersfragen
Bederstr. 33, 8027 Zürich, Schweiz
Telefon +41-(0)44-283 89 81, Fax -283 89 84

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

Der Informationsdienst erscheint zweimonatlich. Bestellungen sind nur im Jahresabonnement möglich. Jahresbezugspreis 25,- EURO einschließlich Versandkosten; Kündigung mit vierteljährlicher Frist zum Ende des Kalenderjahres. Bezug durch das DZA. Der Abdruck von Artikeln, Grafiken oder Auszügen ist bei Nennung der Quelle erlaubt. Das DZA wird institutionell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
ISSN 0724 8849

Forschungsprojekte und Expertisen zu Behinderung und Alter: Entwicklungsanforderungen an Angebotssysteme der Hilfe, Förderung, Versorgung und Betreuung

Frank Schulz-Nieswandt

Kontexte und Fragen der Forschungsprojekte

Am Zentrum für Versorgungsforschung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln¹ wurden unter der Leitung von Holger Pfaff in Kooperation mit dem Seminar für Sozialpolitik über mehrere Jahre hinweg empirische Forschungsprojekte und Expertisen im Auftrag des Brüsseler Kreises² bzw. für die Josefs-Gesellschaft³ als Mitglied des Brüsseler Kreises durchgeführt.

Fragen der Alterung von Menschen mit Behinderung, ihre Netzwerkentwicklung sowie die Anpassungsbedarfe der Angebote der Sozialunternehmen standen im Vordergrund der folgenden Forschungsbausteine:

- a) Zunächst wurde die amtliche Statistik, auch in Form von Sonderaufbereitungen, analysiert (vgl. Krüger u. Degen 2006; Driller u.a. 2004) und speziell der Forschungsstand zum Alterungsprozess von Menschen mit Down-Syndrom literaturbezogen dargelegt (Schulz-Nieswandt 2006).
- b) Es folgten Primärerhebungen zur Alterung und zur Netzwerkentwicklung der Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen des Brüsseler Kreises, die INA-Studie (Driller u.a. 2008), begleitet von Aufarbeitungen zum Diskursfeld „Behindertenhilfe im Wandel“ (Schulz-Nieswandt 2007).
- c) Auf der Grundlage dieses Datensatzes wurden spezielle sozialkapitaltheoretische Analysen erarbeitet (Kowalski u.a. 2010).
- d) Das Burnout von pädagogischen Professionen in diesem Feld wurde ebenso auf der Basis dieses Datensatzes analysiert (Driller 2008).
- e) Eine Studie zu den Möglichkeiten des Empowerments in stationären Settings am Beispiel von Einrichtungen der Josefs-Gesellschaft (Näthke 2009) vertiefte die Einblicke.

- f) Es schlossen sich Arbeiten zur Rolle assistierender Technologien in der Behindertenhilfe unter Gesichtspunkten des Empowerments an (Driller u.a. 2009; Stemmer 2009).
- g) Eine Expertise zur „Ethik der Achtsamkeit“ als Normmodell der dialogischen Hilfe- und Entwicklungsplanung in der Behindertenhilfe (Schulz-Nieswandt 2010a) rundete die Forschung ab.

Sozialpolitische Gesamtzusammenhänge

Die größeren Forschungskontexte dieser Arbeiten zeichnen sich damit ab. Sozialmorphologisch im Lichte des sozio-demografischen Wandels geht es um die Herausbildung komplexer Bedarfslagen alternder Behinderter und vor diesem Hintergrund um den Wandel der (Kultur der) Angebotslandschaften (Schulz-Nieswandt 2010a) in zweierlei Hinsicht: a) in Richtung auf eine transsektorale Integration und b) in Richtung auf die Überwindung der mentalen Modelle, wie sie im „dependency support script“⁴ zum Ausdruck kommen. Hier siedelt sich auch der Diskurs einer „Ethik der Achtsamkeit“ (Schulz-Nieswandt 2010) an.

Es geht daher um Systeme des Empowerment-orientierten Helfens und Förderns im Schnittbereich zwischen chronischen Erkrankungen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeiten und Formen der Behinderungen. Der kommunale Raum (Schulz-Nieswandt 2008) wohnumfeldbezogener, netzwerkzentrierter Landschaften des Förderns und Versorgens (Weidner u. a. 2009) rückt damit in das Zentrum der Betrachtungen und der konzeptionellen Diskurse.

¹ Jetzt IMVR: Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Humanwissenschaftlichen und der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln: www.imvr.uni-koeln.de

² Der Brüsseler Kreis ist ein Zusammenschluss katholischer und evangelischer Sozialunternehmen: www.bruesseler-kreis.de

³ www.jg-gruppe.net/ Näthke 2009

⁴ „Dependency support script“ (Abhängigkeitsunterstützungsskript) bezeichnet ein in Pflegekontexten geläufiges Interaktionsmuster zwischen Pflegepersonen und alten Menschen, bei dem Unselbstständigkeit der alten Menschen durch Unselbstständigkeit unterstützendes Verhalten der Pflegepersonen, also vermehrte Hilfestellungen etc., beantwortet wird, während selbständiges Verhalten häufig ignoriert wird. Vgl. Baltes u. Wahl (1996): Patterns of communication in old age: The dependency-support and independence-ignore script. *Health Communication*. 8, S. 217–231

Dimensionen eines komplexen Forschungsfeldes

Einige zentrale Befunde dieser Forschungen werden im Folgenden mit Bezug auf ihre Verortung in der wissenschaftlichen Diskussion festgehalten.

Epidemiologische Aspekte

Zunächst muss deutlich zwischen zwei Inzidenzströmen unterschieden werden.

a) Einerseits haben wir eine durchaus sinkende Inzidenz von Menschen mit *angeborenen Behinderungen*. Da aber die Lebenserwartung in dieser Gruppe deutlich angestiegen ist, ist wiederum mit keiner sinkenden Prävalenz zu rechnen. Menschen mit Down-Syndrom stehen bei dieser Beobachtung im Vordergrund der Analyse (Schulz-Nieswandt 2006). Deren durchschnittliche Lebenserwartung (ab Geburt berechnet) liegt bei ca. 55 Jahren⁵.

Das ist historisch ein rapider Anstieg; dennoch wird der Abstand zur durchschnittlichen Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung deutlich. Die Mortalitätsraten sind nach 55 Lebensjahren in der Gruppe der Menschen mit dieser Behinderung hoch. Ca. 40% dieser Menschen weisen in den letzten Monaten ihres Lebens auch Alzheimer-ähnliche funktionelle Hirnleistungsstörungen auf. ADL- und IADL-Defizite, d.h. Defizite bei der Ausübung einfacher und komplexerer Aktivitäten des täglichen Lebens, sind ausgeprägt.

Versorgungspolitisch sind diese Menschen eher mit den hochaltrigen Menschen in der Gesamtbevölkerung zu vergleichen, wobei es dort eine ausgeprägte interindividuelle Varianz gibt. Der entscheidende Punkt ist die Netzwerkbiographie von Menschen mit solchen Behinderungen. Ihre Netzwerke sind insgesamt i.d.R. vulnerabel dünn: Oft haben sie die eigenen Eltern überlebt, sie sind oft ohne eigenen Nachwuchs oder Partner/in, eventuell mit geringer Dichte des Netzwerks im Hinblick auf Geschwister.

Allein die Frage nach der Wohnform „im Alter“ stellt sich als strukturell ungelöstes Problem, wie überhaupt der Übergang in den „Ruhestand“ für gealterte Menschen mit Behinderungen. Dieses Problem ist zunehmend erkannt, bis hinein in das Passagen-Management und hinsichtlich der sich dabei ergebenden Fragen einer gelingenden (dialogischen) Zukunfts- und Entwicklungsplanung.

Erkannt wurde, dass dieser Fortschritt in der Lebenserwartung sicherlich (angesichts von angeborenen Ko-Morbiditäten) auch der medizinischen Versorgung geschuldet ist, aber ebenso der (Früh-)Förderung im Lichte eines transaktionalen Zusammenhangs von Kompetenzentwicklung und Umweltgestaltung.

Insgesamt ist jedoch die Heterogenität der Gruppe der Menschen mit angeborenen Behinderungen mit Blick auf Alterungsverläufe und Kompetenz- sowie Netzwerkbiografien zu würdigen. Hier darf der Blick nicht pauschal verallgemeinern. Seelische, körperliche und geistige Behinderungsformen, die angeboren oder früh erworben sind, werfen sehr unterschiedliche Situationen auf; oftmals kommt es auch zu komplexen Bedarfslagen. So hat sich insgesamt die Sozio-Demografie dieser Gruppe verändert, allerdings anders, als in mancher Literatur wohlmeinend, aber epidemiologisch unzutreffend dargelegt: Von einer „Demokratisierung“ der Lebenserwartungen von Menschen mit und ohne Behinderungen kann nicht gesprochen werden.

b) Eine zweite Inzidenzströmung beruht auf der Zunahme *spät erworbener Behinderungen*, oftmals infolge chronifizierter Erkrankungen, die sich wiederum mitunter auch als Folge nicht-optimaler Versorgungspfade chronisch kranker Menschen herausbilden. Insbesondere der Mangel multi-disziplinärer Integrationsversorgung spielt hierbei eine Rolle, der Mangel an evidenz-fundierter Versorgung, aber auch die Defizite im Bereich der Patientenedukation und somit der Coping-Kompetenz der Menschen mit chronischen Erkrankungen, was u.a. schwierige Probleme der Lebensstilveränderung aufwirft.

⁵⁾ Vgl. hierzu die Literatur in Schulz-Nieswandt 2006.

Die Gesamtprävalenz von Menschen mit Behinderungen wird also eher steigen, nicht sinken. Hinter beiden Formen der Entwicklung einer Behinderung stehen aber völlig andere Lebenslagen und organisatorische Herausforderungsprofile für die Weiterentwicklung unseres Gesundheits- und Sozialwesens bis hin zu Fragen adäquater Wohnformen angesichts unterschiedlicher Netzwerkbiografien.

Sozialkapitalaspekte

Fragen der Sozialkapitalsituation werden im Folgenden anhand der INA-Studie aufgegriffen (Schulz-Nieswandt u.a. 2006). Die Studie zeigte zwei markante Zugangszeitpunkte hinsichtlich des Übertritts in stationäre Wohnsettings. Häufungen finden um das 18. sowie um das 45. Lebensjahr herum statt. Im ersten Fall entlassen Eltern ihre erwachsenen Kinder mit Behinderungen in (stationäre) Formen der Selbständigkeit; im zweiten Fall fallen die elterlichen Netzwerke schlicht fort.

Eine Sonderauswertung von INA-Daten (Alich 2010) hat gezeigt, wie schwierig sich die soziale Unterstützung Angehöriger im häuslichen Kontext des Zusammenlebens mit Kindern mit Behinderungen gestaltet. Ein Befund aus der Wohlfahrtsparadoxienforschung bestätigt sich hier analog zu ähnlichen Befunden auch aus der Forschung zur häuslichen Altenpflege: Mit steigender sozialer Unterstützung steigt das subjektive Belastungsempfinden der Angehörigen an – ein ambivalenter Kontext sozialpolitischer Intervention.

Wenden wir uns der Angebotsseite der Behindertenhilfe zu. Sonderstudien (Näthke 2009) im genannten Forschungszusammenhang haben durchaus Empowerment-Potenziale im stationären Wohnsetting aufzeigen können. Der heilpädagogische Diskurs leidet etwas unter dem Missverständnis, die „dependency support script“-Praxis nicht habitushermeneutisch an der Haltung und den mentalen Modellen der Professionen und Angehörigen festzumachen, sondern an den Wohnsettings. Und die Tradition des anstaltsförmigen Wohnens (Theorie der totalen

Institutionen) gibt dieser Kritik ja auch zunächst Recht. Aber auch ambulante Settings sind nicht frei von Paternalismus, sondern sind geprägt vom Fehlen aktivierender Pflege und charakterisiert durch fehlende rehabilitative Förderung sowie insgesamt von fehlender Empowerment-Orientierung.

Kultursemiotische Aspekte der Professionen und der Entwicklung einer Organisationskultur

Kein Setting ist jedoch kulturell a priori davor geschützt, Regressionen zu fördern, Menschen mit Hilfebedarf zu re-infantilisieren (bspw. „Baby-Sprache“) und im Lichte wohlmeinender, aber kontraproduktiver barmherziger Gnade (im Kontext jüdisch-christlicher Kulturgrammatik: Schulz-Nieswandt 2010b) zu bevormunden (Schulz-Nieswandt 2010d). Eine Sonderstudie (Driller 2008) kann in diesem Lichte auch Hinweise darauf geben, dass die pädagogischen Professionen eine gewisse Rollen-Ambivalenz aufweisen. Der Diskurs zwingt einerseits zur Empowerment-Orientierung, die eigene (allerdings sicherlich kohortenspezifische) berufliche Sozialisation prägt andererseits in Richtung auf einen wohlmeinenden Paternalismus hin. Die Folge kann eine gesundheitlich relevante Rollen-Ambiguität sein.

Dieser Zusammenhang ist kaum empirisch erforscht. Die mangelnde sozialempirische Forschungstradition in der Heilpädagogik macht sich hier nachteilig bemerkbar. Wir wissen systematisch kaum etwas über die Praxis des Empowerments, über die soziale Wirklichkeit der Hilfeplanung, der mentalen De-Institutionalisierung und der kulturpragmatischen (und nicht nur der offiziell verlautbarten) Ent-Hospitalisierungen. Wahrscheinlich, wie vereinzelte Evidenzen zeigen, liegen erhebliche Probleme in der Personalentwicklung (Human Resource Management) in den Sozialunternehmen vor (Schulz-Nieswandt 2009a, b).

Doch dies ist dann auch ein Problem der nachholenden Unternehmenskultur. Allein mit einer in Leitbildern gefassten Unternehmensphilosophie ist die humane Modernisierung des Sozialsektors nicht zu leisten. Eine Expertise (Schulz-Nieswandt 2007) hat

gerade mit Blick auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck und angesichts der veränderten Steuerungslogik (bis hin zum relevanten Europarecht: Schulz-Nieswandt 2010c; Schulz-Nieswandt u. Mann 2009; Schulz-Nieswandt u.a. 2010) daher argumentiert, dass sich nicht nur die Angebotsformen den veränderten Bedarfslagen und Handlungssituationen anpassen müssten, sondern auch die Kultur des Leistungsgeschehens sich deutlich und nachhaltig verändern müsste.

Vor diesem Hintergrund haben auch die Ausführungen zu einer „Ethik der Achtsamkeit“ (Schulz-Nieswandt 2010a) im Kontext begleitender Untersuchungen zur Implementierung assistierender Technologien in der Behindertenhilfe (Driller u.a. 2009; Stemmer 2009) die Komplexität des Wandels verdeutlicht. Es geht nicht nur um eine gelingende Hermeneutik der Bedürfnisse seitens der Professionen, um die Asymmetrien der Hilfebeziehungen dialogisch vor Paternalismus zu schützen; es geht auch um die Selbst-Sorge der Professionen angesichts der angesprochenen Rollen-Ambiguität. Das Balance- oder Ambivalenz-Management, das hier in personaler Hinsicht gefordert wird, muss jedoch rückgekoppelt werden zu Fragen der Unternehmensentwicklung im Wandel.

Ausblick

Um die Probleme des Schnittbereichs von Alter und Behinderung zu erfassen und zu verstehen, sind mehr empirische Erkenntnisse notwendig. Das ganze Feld ist amorph und nicht leicht zu fassen. Vor allem ist mit einer steigenden Komplexität der Lebenslagen zu rechnen. Die Angebotssysteme der Hilfe und Förderung, der Versorgung und Betreuung müssen sich anpassen. Dies verweist auf gravierende Fragen der Personalentwicklung und somit auf Veränderungen in der Politik der Sozialunternehmen. Aber entscheidend dürfte sein, das ganze Thema als einen komplizierten Kulturwandel der mentalen Modelle der Akteure, ihrer Habitus-Formationen und der derart generierten Interaktionsmuster zu begreifen. Dies ist kein triviales Problem. Denn komplexe soziale Systeme sind keine trivialen Maschinen, die

nach vereinfachten Input-Output-Steuerungsweisen funktionieren. Die Logik der Systeme ist kulturell neu zu kodieren.

Aber Albert Camus, um in existenzialphilosophischer Perspektive zu schließen (Schulz-Nieswandt 2009b), hat uns gelehrt, dass man sich Sisyphos als einen glücklichen Menschen vorstellen muss.

Univ.-Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt ist Dekan der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln, Direktor des Seminars für Sozialpolitik und des Seminars für Genossenschaftswesen und Honorarprofessor an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

Kontakt:

schulz-nieswandt@wiso.uni-koeln.de

Literatur

- Alich, S. (2010). Angehörige erwachsener Menschen mit Behinderung. Ein Problemaufriss: empirisch-exemplarische Darstellung zur Lebenslage Angehöriger von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Diss. Universität zu Köln (Berlin: LIT. Erscheint 2011).
- Driller, E. (2008). Burnout in helfenden Berufen – am Beispiel pädagogisch tätiger Mitarbeiter der Behindertenhilfe. Berlin: LIT-Verlag.
- Driller, E., von Pritzbuier, E. & Pfaff, H. (2004). Versorgungsbedarf und Behinderung. Taugt die amtliche Statistik für die Bedarfsanalyse. *Das Gesundheitswesen* (66), S. 319–325.
- Driller, E., Alich, S., Karbach, U., Pfaff, H. & Schulz-Nieswandt, F. (2008). Die INA-Studie. Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Driller, E., Karbach, U., Pfaff, H., Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2009). Ambient Assisted Living. Technische Assistenz für Menschen mit Behinderungen. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Kowalski, C., Driller, E., Schulz-Nieswandt, F., Pfaff, H. u. a. (2010). Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Research in Development Disabilities* 31, S. 470–479.
- Krüger, F. & Degen, J. (Hrsg.) (2006). *Das Alter behinderter Menschen*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Näthke, J. H. (2009). Organisationsentwicklung in Sozialunternehmen. Eine Analyse am Beispiel der Umsetzung des Empowerment-Konzeptes in der Behindertenhilfe. Köln: Josefs-Gesellschaft.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006). Altersformen, Lebenserwartung und Altersstruktur behinderter Menschen – unter besonderer Berücksichtigung angeborener Formen geistiger Behinderung. In F. Krüger & J. Degen (Hrsg.). *Das Alter behinderter Menschen*. (S. 147–191). Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Schulz-Nieswandt, F. (2007). Behindertenhilfe im Wandel. Zwischen Europarecht, neuer Steuerung und Empowerment. Berlin: LIT-Verlag.
- Schulz-Nieswandt, F. (2008). Widerspruchsvolle und ambivalente Strukturwandlungen bei noch nicht völlig absehbarer Trendrichtung. *Wirtschaftsdienst* 88 (10), S. 647–652.
- Schulz-Nieswandt, F. (2009a). Alterung und praktische Sozialpolitik. Reflexionen zur Analyserarchitektur und zum notwendigen Tiefenverständnis der gesellschaftlichen Grammatik. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge* 89 (11), S. 470–477.
- Schulz-Nieswandt, F. (2009b). Perspektiven der Sozialwirtschaft. Eine multidisziplinäre Deutung des normativ-rechtlich-ökonomischen Regimewechsels. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* 40 (3), S. 86–102.
- Schulz-Nieswandt, F. (2009c). Paul Tillichs Onto(theo)logie der Daseinsbewältigung und die Fundierung der Wissenschaft von der Sozialpolitik. In: C. Danz, W. Schüßler & E. Sturm (Hrsg.). *Religion und Politik. Internationales Jahrbuch für die Tillich-Forschung*. Bd. 4, S. 125–138. Berlin: LIT.
- Schulz-Nieswandt, F. (2010a). Eine „Ethik der Achtsamkeit“ als Normmodell der dialogischen Hilfe- und Entwicklungsplanung in der Behindertenhilfe. Köln: Josefs-Gesellschaft.
- Schulz-Nieswandt, F. (2010b). Wandel der Medizinkultur? Anthropologie und Tiefenpsychologie der Integrationsversorgung als Organisationsentwicklung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Schulz-Nieswandt, F. (2010c). The dynamics of European definition policy of health and social services as services of general (economic) interests. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen* 33 (1), S. 31–43.
- Schulz-Nieswandt, F. (2010d). Die (psychisch) kranken alten Menschen und die Gesellschaft. In Stoppe, G. (Hrsg.). *Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Bestandsaufnahme und Herausforderung für die Versorgungsforschung*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schulz-Nieswandt, F. & Mann, K. (2009). „Geteilte Kompetenz“ und die Konvergenz in der Erstellungspraxis von Gesundheitsdienstleistungen – die Entwicklung im Europäischen Mehr-Ebenen-System. *Die Krankenversicherung* 61, S. 39–43.
- Schulz-Nieswandt, F., Mann, K. & Sauer, M. (2010). Europäische Sozialpolitik und Europäisierung der Gesundheits- und Sozialdienstleistungen – ein Abriß. *Sozialer Fortschritt* 59 (5), S. 127–134.
- Stemmer, P. (2009). Assistierende Technologien in der Behindertenhilfe. Ein Stakeholder-Problem. Berlin: LIT.
- Weidner, F., Brandenburg, H., Schulz-Nieswandt, F. u. a. (2010). *Pflege und Unterstützung im Wohnumfeld*. Hrsg. vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Hannover: Schlütersche.

Kurzinformationen aus der Altersforschung

Kristina Schröder präsentiert auf einer Pressekonferenz Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS), durchgeführt am Deutschen Zentrum für Altersfragen

Die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Kristina Schröder, hat am 8. September in Berlin die Ergebnisse der dritten Welle des Deutschen Alterssurveys vorgestellt. Die Untersuchung gibt einen Überblick über die Lebenssituation älterer und alter Menschen in Deutschland. Zentrales Ergebnis der Untersuchung: Es gibt keinen Konflikt der Generationen – der Zusammenhalt im Familien- und Freundeskreis ist für Ältere weiterhin von zentraler Bedeutung.

„Der Alterssurvey zeigt deutlich: Jung und Alt unterstützen sich in vielen Bereichen und nehmen sich Zeit für Verantwortung. Das macht mir Mut, dass wir den demografischen Wandel erfolgreich gestalten können“, sagte Kristina Schröder. „Trotz zunehmender Mobilität sind Familien nach wie vor füreinander da. Das ist vor allem für ältere Menschen wichtig, die der Pflege bedürfen. Deshalb werden gerade sie und ihre pflegenden Angehörigen von der Familienpflegezeit profitieren, die ich einführen möchte“, so die Bundesfamilienministerin.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) ist eine seit 1996 existierende, bundesweit repräsentative Befragung. Sie wird vom Bundesfamilienministerium gefördert und gibt einen dauerhaften Überblick über die Lebenssituation und Lebensplanungen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte (40 Jahre und älter).

Wesentliche Ergebnisse der dritten Befragungswelle des Alterssurvey sind:

- 2008 kümmerte sich jeder Siebte zwischen 40 und 65 Jahren um einen hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. Jeder Dritte davon sorgte für einen nahen Angehörigen mit Pflegebedarf und immerhin jeder Fünfte für jemanden außerhalb des engsten Familienkreises.
- Gerade ältere Menschen wollen sich engagieren: 28 Prozent der 40- bis 85-Jährigen, die nicht Mitglied eines Vereins, einer Gruppe oder Organisation sind, wären an einem Engagement interessiert.
- 61 Prozent der 70- bis 85-Jährigen sind verheiratet – so viele wie noch nie, 89 Prozent haben Kinder und 77 Prozent Enkelkinder.
- Gegenwärtig finden die meisten 40- bis 85-Jährigen emotionale Nähe und Unterstützung bei ihren Partnerinnen oder Partnern und ihrer Familie. Parallel dazu wächst die Bedeutung von Freundschaft, Nachbarschaft und Kollegenkreis.

Weitere Ergebnisse enthält die Broschüre „Altern im Wandel. Zentrale Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS)“, die über das Bundesfamilienministerium zu beziehen ist.

Aktuelle Informationen zur Politik der Bundesregierung für ältere Menschen unter www.bmfsfj.de.

Quellen:

Pressemitteilung Nr. 54/2010 v. 08.09.2010; www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=158280.html
 Pressemitteilung v. 08.09.2010
www.bmfsfj.de/BMFSFJ/aeltere-menschen,did=158280.html

Den Ruhestand gestalten lernen – „gute Praxis“, wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen

Anne Katrin Klein-Haar und Sören Roters-Möller

Menschen mit einer lebenslangen Behinderung werden alt. Zum einen war ihre Lebenserwartung noch nie so hoch wie heute, zum anderen hatte aufgrund der Euthanasieverbrechen im Nationalsozialismus bislang noch keine Generation von Menschen mit Behinderung in Deutschland die Chance, alt zu werden. Das bedeutet, dass in der Geschichte der deutschen Behindertenhilfe zum ersten Mal eine größer werdende Gruppe von Menschen mit Behinderung das Rentenalter erreicht (vgl. Mair u. Roters-Möller 2007, S. 211ff.).

Die Herausforderungen dieser neuen Situation werden bislang in erster Linie mit Schlagworten aus dem Spektrum „tagesstrukturierender Maßnahmen“ beantwortet – eine Lösung, die zu kurz greift und den Ansprüchen und Bedürfnissen dieser Generation nicht gerecht werden kann. Der folgende Beitrag fasst mit dem Fokus „guter Praxis“ die Forschungsergebnisse des bundesweiten Projektes „Den Ruhestand gestalten lernen“¹⁾ zusammen und stellt Alternativen zur Tagesstruktur vor.

Menschen mit Behinderung im Ruhestand

Der demografische Wandel betrifft – direkt oder indirekt – auch Menschen mit einer (lebens)langen Behinderung: Es gibt eine stark wachsende Gruppe von Menschen mit Behinderungen, die in den Ruhestand wechseln wird, bzw. angesichts ihres Alters die Option haben sollte, dies zu tun. Diese neue Zielgruppe stellt die Behindertenhilfe vor neue Herausforderungen. Viele Wohneinrichtungen sind (noch) nicht darauf eingestellt, eine adäquate ganztägige Begleitung sicherzustellen oder andere, neue Alternativen zu eröffnen. Diese Situation ist zumeist ein Resultat des ausdifferenzierten Unter-

stützungssystems. Da die Hilfen in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit (überwiegend) komplementär angeboten werden, entsteht durch den Wegfall der Arbeit eine neuartige Lücke im Versorgungssystem. Um diese Lücke zu schließen, streben die meisten bisherigen „Lösungen“ der stationären Behindertenhilfe eine Fortführung bzw. Verlängerung „tagesstrukturierender Maßnahmen“ an – entweder in Form einer (Weiter)Beschäftigung in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), teilweise in besonderen Seniorengruppen, oder in Form von alternativen tagesstrukturierenden Angeboten innerhalb oder außerhalb der Wohneinrichtungen.

Diese Entwicklung scheint primär institutionellen und administrativen Zwängen und Rahmenbedingungen geschuldet zu sein, auch wenn sie möglicherweise den gewohnten Lebensmustern und Bedürfnissen vieler älterer Menschen mit Behinderung entspricht. Die Kontinuität bzw. Verlängerung bislang bewährter Versorgungsformen in Form einer festen Tagesstruktur stellt jedoch keine langfristige Perspektive für die Gestaltung des Ruhestandes dar, denn sie rückt eine eingehende Klärung der je spezifischen individuellen Bedürfnisse des einzelnen Menschen mit Behinderung in den Hintergrund und wirkt einer wirklich selbstbestimmten und den eigenen Vorstellungen entsprechenden Planung und Gestaltung des Ruhestands entgegen. Eine selbstbestimmte Gestaltung des Ruhestands von Menschen mit Behinderung wird weitere und andere Lösungen erfordern, die derzeit in vielfältigen Modellprojekten erprobt werden.

¹⁾ Das Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“ ist ein abgeschlossenes Forschungsprojekt der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster unter Leitung von Prof. Dr. Helmut Mair, das in Kooperation mit allen im Kontaktgespräch verbundenen Fachverbänden der Behindertenhilfe von 2006 – 2008 durchgeführt wurde. Das Projekt wurde von der Software AG – Stiftung finanziert.

Das Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“

Ein Auftakt für die Suche nach neuen Ansätzen fand im Rahmen des abgeschlossenen Projekts „Den Ruhestand gestalten lernen“ statt. Mit dem Fokus „guter Praxis“ kamen die Menschen mit Behinderung und Mitarbeiter/innen der Behindertenhilfe selbst zu Wort.

Bei den Betroffenen wurde erkundet, wie sie ihren Ruhestand gestalten möchten, welche Bedürfnisse und Wünsche sie hegen und welche Pläne sie schmieden (möchten). Hierzu wurden bundesweit 7 Tagungen mit insgesamt 103 Menschen mit Behinderung durchgeführt. Bei den Mitarbeiter/innen der Behindertenhilfe stand die Frage im Mittelpunkt, welche guten Praxiserfahrungen sie gemacht haben, und welche (Unterstützungs-)Angebote sich zur Vorbereitung und zur Gestaltung eines selbstbestimmten Ruhestands bewährt haben. Hierzu wurden bundesweit 7 Workshops mit insgesamt 150 Mitarbeitern durchgeführt, die Menschen mit Behinderung im Ruhestand begleiten.

Die detaillierten Ergebnisse dieser Lösungssuche sind im Abschlussbericht des Projekts² sowie in einem Praxishandbuch (Software AG-Stiftung 2009) ausführlich dargestellt. Nachfolgend werden im Überblick die Berichte „guter Praxis“ aus Sicht der Menschen mit Behinderung sowie die der Mitarbeiter/innen dargestellt. Außerdem wird skizziert, zu welchen Modellen guter Praxis die Auswertung der Tagungen und der Workshops geführt haben.

Gute Praxis aus Sicht der Menschen mit Behinderungen

Im Rahmen der Tagungen mit Menschen mit Behinderung sollte in Erfahrung gebracht werden, wie sie sich ihren Ruhestand vorstellen und welche Erwartungen, Wünsche und Visionen sie mit dieser Lebensphase verbinden. Dazu wurden u.a. leitfadengestützte Einzelgespräche mit jede/m/r Teilnehmer/in geführt. Die Kernthemen der Einzelgespräche bezogen sich auf die Bereiche

Wohnen, Kontakte, Gesundheit, Zufriedenheit, den Tagesablauf, Wünsche und Visionen, die Biografie, Aktivitäten und natürlich den Ruhestand als Dreh- und Angelpunkt der Befragung.

Insgesamt kamen 103 Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen zu Wort, die sich, manche mit Unterstützung, verbal äußern konnten und die sich bereits im Ruhestand befanden oder bei denen der Ruhestand absehbar war³. In die Auswertungen gingen die Aufzeichnungen von 100 Interviews ein (vgl. Abschlussbericht 2008).

Die Auswertung der Einzelgespräche macht deutlich, dass sowohl die Rentner/innen, als auch die Vorruheständler/innen ein starkes Bedürfnis nach einem *gemächlichen Lebensrhythmus* haben. So äußerte jede/r Zweite den Wunsch nach Ruhe, wie es z.B. diese beiden Aussagen deutlich machen: „nach der Arbeit die Füße hochlegen“ oder „meine Ruhe haben“. Die Möglichkeit, sich in das eigene Zimmer bzw. die eigene Privatsphäre zurückziehen zu können, hat dementsprechend einen hohen Stellenwert und wird im Alter immer wichtiger. Altersangemessen ist auch das Bedürfnis nach „*Entschleunigung*“ im Alltag, oder wie es ein Teilnehmer auf den Punkt brachte: „alles langsam angehen lassen“. Eine andere Teilnehmerin hatte diesbezüglich bereits klare Vorstellungen von ihrem Ruhestand: „In Ruhe eine Tasse Kaffee trinken, nicht auf die Uhr gucken müssen, Radio hören, ausruhen und nicht mehr den ganzen Tag shoppen, nur noch ein bisschen!“

Auf die Frage nach ihren *Wünschen* bzgl. des Ruhestands oder des Alters allgemein betonten alle Teilnehmer als Erstes, dass sie mit ihrem Leben zufrieden seien: „Is' gut so, könnt nich` besser sein!“. Für die meisten war es ungewohnt, nach ihren Wünschen gefragt zu werden. Zudem zeigten die zögerlichen Reaktionen der Teilnehmer/innen auf diese Frage, dass ihnen bewusst zu sein scheint, wie begrenzt die personellen und finanziellen Ressourcen sind. Viele Teilnehmer/innen scheinen sich oft mit ihren Wünschen und Bedürfnissen im Wohngruppenalltag zurück zu nehmen mit dem Argument: „Die Mitarbeiter haben schon genug Arbeit!“

²⁾ vgl. www.egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand/aktuelles/bindata/Abschlussbericht_Endversion_anklickbar.pdf

³⁾ Die Altersspanne der Teilnehmer/innen lag zwischen 48 und 86 Jahren. Insgesamt befanden sich 49 Teilnehmer/innen noch nicht im Ruhestand (< 65 Jahre; Altersspanne: 48–58 Jahre), davon waren nur wenige frühberentet. 58 Teilnehmer/innen waren im Ruhestand; ihr Durchschnittsalter lag bei 67 Jahren (Altersspanne: 48–86 Jahre).

Mit etwas Ermutigung und einigen Hilfestellungen seitens des Projektteams (z.B. Fragen wie: „*Wenn eine Fee käme und Sie hätten drei Wünsche frei ...*“, oder: „*Stellen Sie sich vor, Sie hätten im Lotto gewonnen...*“) konnten sich die meisten Teilnehmer/innen aber auf diese Frage einlassen und überlegen, ob es nicht doch bisher unerfüllte Herzenswünsche gibt, die sie gerne verwirklichen würden. Die Rangfolge der sieben meist genannten Antworten zeigt, dass die Wünsche und Pläne der Teilnehmer/innen keineswegs unrealistisch sind: (1) Aktiv sein, (2) Bedürfnis nach Ruhe, (3) Urlaub, (4) Essen gehen außer Haus, (5) Kultur, (6) Kreativität, (7) Ausflüge.

Die Wünsche nach *Aktivität*, aber auch *Ruhe*, der Wunsch, in den *Urlaub* zu fahren, ab und an mal *außer Haus Essen* zu gehen, *Kultur* zu erleben, *kreativ* sein zu können, und *Ausflüge* zu machen, entsprechen in ihren Aktivitätsmustern voll und ganz den Bedürfnissen älterer und alter Menschen generell, wie der Vergleich mit der Berliner Altersstudie zeigt (vgl. Baltes u.a. 1996, S. 532).

Anzeichen für behindertenspezifische Wünsche und Bedürfnisse scheint es nach den Äußerungen der Betroffenen nicht zu geben. Andererseits wurde im Projekt deutlich, dass sich die derzeitige Generation der Ruheständler aufgrund ihrer Sozialisation sehr schwer damit tut, eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und Ideen zu entwickeln, wie sie ihr Leben künftig gestalten wollen. Dadurch wird die Aufgabe, sich im Ruhestand persönlich und sozial neu zu orientieren und relevante Interessen und soziale Bezüge neu zu definieren, massiv erschwert. Hinzu kommt, dass es für diese Personengruppe bisher kaum Vorbilder gibt, an denen sie sich in dieser Lebensphase, die unabhängig von einer Behinderung als einschneidendes Ereignis empfunden wird, orientieren könnten.

Dennoch kann als wesentliches Fazit der Tagungen festgehalten werden, dass Menschen mit Behinderung im Ruhestand nicht nur *mitbestimmen*, sondern *selbstbestimmen* wollen. Dies wurde von den unterschiedlichsten Teilnehmer/innen immer wieder kommuniziert. Sie wollen gefragt werden und (lernen), Entscheidungen selbst

(zu) treffen. Dabei geht es auch um die kleinen Dinge im Leben, die eine wesentliche Rolle spielen können. Auf den Tagungen wurde sehr deutlich, dass Menschen mit Behinderungen (auch) im Alter individuell und unterschiedlich sind. Mehr oder weniger achtlos geplante Beschäftigungsangebote oder standardisierte Formen der Tagesstrukturierung sind aus ihrer Sicht keine gute Praxis im Hinblick auf die Gestaltung des Ruhestandes. Entscheidend wird vielmehr sein, ihre Individualität zu beachten und dementsprechend Wege zu finden, wie ihre persönlichen Eigenheiten und Vorlieben gefördert und berücksichtigt werden können, und wie der/die Einzelne zu selbstbestimmter Tätigkeit, oder auch zu Muße, befähigt werden kann.

Gute Praxis aus Sicht der Mitarbeiter/innen

Neben den Menschen mit Behinderung sind im Projekt auch ihre Assistent/inn/en und Begleiter/innen zu Wort gekommen. Im Rahmen von insgesamt 7 zweitägigen Workshops mit einheitlichem Programmablauf wurde mit dem jeweiligen Teilnehmerkreis die gute Praxis bei der Gestaltung des Ruhestands in den Blick genommen⁴.

Wie erwartet, ist eine Vielfalt unterschiedlicher Einschätzungen über bewährte Vorgehensweisen und gute Praxis zur Sprache gekommen. Es wurde deutlich, dass sich das Thema der Ruhestandsgestaltung aus Sicht von Mitarbeiter/innen auf drei verschiedene Bereiche erstreckt.

(1) Gute Begleitung des *einzelnen* Menschen mit Behinderung im Ruhestand mit folgenden Elementen: *Wünsche und Bedürfnisse* ermitteln; eine *biografische Begleitung* anbieten; Selbstbestimmung ermöglichen (und akzeptieren); den *Ruhestand vorbereiten* und planen; *Begleitung beim Übergang* intensivieren; *flexible Übergänge* organisieren; z.T. *Fähigkeiten erhalten/fördern*; z.T. „*entschleunigen*“; z.T. *Kontinuität* ermöglichen. (2) *Organisatorische und institutionelle* Dimension und *Gestaltung* spezifischer, struktureller Rahmenbedingungen einzelner Einrichtungen: dies beinhaltet die *Reflektion* von „*Tagesstruktur*“ und eine selbstkritische

⁴ Insgesamt waren max. 25 Teilnehmer/innen aus unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe vorgesehen, die von ihren Fachverbänden ausgewählt und eingeladen wurden (vgl. Abschlussbericht 2008, S. 125ff.)

Überprüfung, ob sie tatsächlich den individuellen Bedürfnissen oder doch eher den institutionellen oder administrativen Zwängen geschuldet ist. Hinzu kommt die *Anpassung von Räumen/Räumlichkeiten*, um einerseits die gewünschten Rückzugsmöglichkeiten anbieten zu können, andererseits bereits Pflegeanforderungen zu antizipieren. Außerdem gehören die *Finanzierung* und *Zuständigkeiten* dazu, die Organisation von *Pflege*, die *altershomogenen* und/oder *altersheterogenen* Wohnangebote (bzw. die Wahlmöglichkeit zwischen den beiden Angeboten), die *Organisationsentwicklung* sowie Fragen über *Kooperationen* und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

(3) *Gesamtgesellschaftlicher* Rahmen: Es wurde deutlich, dass die Gestaltung des Ruhestandes auch bei Menschen mit einer lebenslangen Behinderung nur vor dem Hintergrund dieses Rahmens sinnvoll erfasst und diskutiert werden kann. Dazu gehören die aktuellen Prinzipien der *Inklusion* und *Gemeindeintegration* (unter Vermeidung neuer behindertenspezifischer Sonderwelten), *Netzwerkarbeit* und soziale Kontakte, *Bürgergesellschaftliches Engagement*, Lobby- und *Öffentlichkeitsarbeit*.

Angesichts der Vielfalt wird klar: es gibt (noch) keine „best practice“, jedoch Kriterien einer guten Praxis, die bei der Begleitung im bzw. in den Ruhestand leitend sein müssen.

Kriterien einer guten Praxis

– *Offenheit und Flexibilität* im Hinblick auf die individuellen Vorstellungen des einzelnen Menschen mit Behinderung: Es gibt keine Patentrechnungen, die für jeden Menschen mit Behinderung im Ruhestand und im Alter gleichermaßen geeignet wären. Mit anderen Worten: Beschäftigungsangebote und standardisierte (Gruppen)Angebote zur Tagesgestaltung aller Bewohner/innen im Ruhestand sind, zumindest ohne weitere Wahl und Ablehnungsoptionen, keine generelle wegweisende Vorgehensweise bei der Gestaltung des Ruhestandes.

– *Wünsche und Bedürfnisse des Menschen mit Behinderung* müssen der zentrale Dreh- und Angelpunkt sein: Der Mensch mit Behinderung sollte selbst bestimmen, wie er seinen Ruhestand gestalten möchte und bei entsprechenden Angeboten mitbestimmen und auswählen können. Während die Phase der Erwerbstätigkeit äußere Anlässe zu strukturierten und verbindlichen Beschäftigungen beinhaltet, muss ein wesentliches Kriterium des Ruhestandes sein, dass die Teilnahme an Angeboten freiwillig ist und der Mensch mit Behinderung über Rückzugsmöglichkeiten verfügt.

– *Vorbereitung auf den Übergang in den Ruhestand*: (Biografische) Übergänge werden von vielen Menschen mit Behinderung nur wenig antizipiert bzw. verdrängt und hinausgezögert werden. Die Hauptaufgabe der professionellen Begleiter/innen sollte sein, den Menschen mit Behinderung zu einem individuell richtigen Zeitpunkt auf die Veränderungen im Ruhestand vorzubereiten, und die neue Lebensphase in dessen Sinne mit ihm zu planen.

– *Koordinierungsbedarf von Angeboten und Zuständigkeiten* angesichts des Ruhestandes: Der Eintritt in die neue Lebensphase sollte auch als Chance verstanden werden, das bisherige Unterstützungsarrangement auf den Prüfstand zu stellen und neu zu planen. Koordinierungsbedarf ist insbesondere für Zuständigkeits- und Abgrenzungsfragen zu erwarten, denn im Alter sind bei Menschen mit lebenslangen Behinderungen neben der Eingliederungshilfe mitunter auch andere Systeme und Leistungsträger zum Teil oder teilweise zuständig. Eine Koordinierungs- und Steuerungsstelle, die Kompetenz- und Zuständigkeitsgerangel überwindet und stattdessen bedarfs- und bedürfnisgerechte Unterstützung für den einzelnen betroffenen Menschen arrangiert, wird für eine fruchtbare Zusammenarbeit der Systeme unausweichlich sein.

– *Die Öffnung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe* dürfte vor dem Hintergrund zunehmender Schnittmengen zu anderen Systemen und Bereichen (nicht nur) im Alter sinnvoll sein. Ein wesentliches Qualitätsmerkmal wird somit die Vernetzung mit

anderen Systemen sein, die unterschiedliche Ebenen umfasst. Notwendig ist zum einen die bereits angedeutete Kooperation mit weiteren professionellen Angeboten, beispielsweise mit Trägern und Leistungsanbietern der Altenhilfe und ihren differenzierten Formen der Pflege und des Wohnens, zum anderen aber auch eine Stärkung und Miteinbeziehung nicht-professioneller Unterstützung durch Angehörige und Ehrenamtliche. Der Inklusionsgedanke sollte zukünftig auch und insbesondere für ältere Menschen mit Leben gefüllt werden. Neben der Auflösung bzw. Reduzierung von „Sonderwelten“ wird vor allem die Vorbereitung und Begleitung von Begegnungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderungen, und somit auch der Abbau von Vorurteilen und Abwehr seitens der Menschen ohne Behinderung, für das Gelingen einer gemeinsamen Gestaltung des Ruhestandes maßgeblich sein.

Modelle guter Praxis

Die Ergebnisse der Tagungen und der Workshops wurden im Projekt zu Modellen guter Praxis zusammengeführt. Sie verdichten die „guten Praxen“, Ideen, Konzepte und Visionen zu umfassenden handlungspraktischen Leitlinien. Eine gelungene Gestaltung des Ruhestands von Menschen mit Behinderung setzt demnach Handeln auf vier unterschiedlichen Ebenen voraus:

1. *Souveränität*: Grundlegend ist (bzw. muss sichergestellt werden), dass der Mensch mit Behinderung als „Souverän“ im Zentrum steht. Dies setzt individuelle Freiräume, insbesondere eine geschützte Privatsphäre in Verbindung mit einer gesicherten Basisversorgung voraus, aber auch eine intakte, ausreichende Infrastruktur. Um „Souverän“ sein zu können, müssen darüber hinaus mehrere Grundregeln eingehalten werden: Ein Mensch mit Behinderung muss frei entscheiden können, welche Angebote er wahrnehmen möchte. Dazu müssen ausreichend bekannte Wahlmöglichkeiten vorhanden sein. Es müssen Möglichkeiten der effektiven Mitbestimmung gegeben sein, damit Angebote den Bedürfnissen und Vorstellungen
- der Menschen entsprechend gestaltet werden können. Dies erfordert auch einen fortlaufenden Verstehensprozess, in dem die Wünsche und Bedürfnisse erfragt und ggf. entschlüsselt werden. Schließlich muss an den aktuellen Lebenskontext und die sozialen Bezüge sowie an die biografischen Erfahrungen angeknüpft werden. Dies alles setzt Selbstverantwortlichkeit voraus, verlangt also vom „Souverän“, Verantwortung für seine Entscheidungen zu übernehmen.
2. *Begleitungs-, Beratungs- oder Coaching-Angebot* beim Übergang in den Ruhestand: Die (ergebnisoffene) Frage muss lauten: „Wohin soll die Reise gehen?“ Um diese Frage nicht nur in den üblichen Bahnen beantworten zu können, sind in den meisten Fällen zuallererst Wahlmöglichkeiten abzuklären und ggf. zu erweitern. Je nach Bedarf müssen flexible Übergangsformen organisiert werden, die Entscheidungen, die sich nicht auf Dauer vertagen lassen, vorbereiten und erleichtern sollten.
3. *Koordinierung und Steuerung*: Die Verwirklichung der ersten beiden Modelle setzt geeignete Strukturen und Kompetenzen auf der institutionellen Ebene voraus: Um ein *bedarfsangemessenes Unterstützungsarrangement* bereit zu stellen, das den zuvor formulierten Ansprüchen genügen kann, sind vielfältige *Koordinierungs- und Steuerungsleistungen* zu erbringen. Sie umfassen die Sicherung einer bedarfsgerechten Basisversorgung, die Abstimmung von Angeboten und eine bedarfsflexible Verknüpfung von unterschiedlichen bzw. interdisziplinären Dienstleistungen. Dies sicherzustellen, muss Aufgabe einer fortlaufenden Qualitäts- und Personalentwicklung sein, deren Ziel es ist, die Akquisition und Nutzung von personellen und finanziellen Ressourcen zu optimieren.
4. Für die Gestaltung des Ruhestands ist schließlich eine weitreichende *Öffnung und Vernetzung* der Institutionen und Dienste der Behindertenhilfe unverzichtbar. Die Systeme der Behindertenhilfe müssen Möglichkeiten der Inklusion durch einen „Kranz“ von Beziehungen und Austauschmöglichkeiten mit anderen Einrichtungen im Umfeld (kulturelle, kirchliche,

soziale, Vereine und Dienste anderer Professionen etc.) organisieren. Sie müssen sich im Rahmen dieses Austausches als permanent „lernende Organisationen“ verstehen. Eine optimale Gestaltung des Ruhestandes von Menschen mit Behinderung kann nur im Rahmen einer (Bürger-) Gesellschaft gelingen, die für dieses Thema interessiert wird und ihm aufgeschlossen gegenübersteht.

Zusammenfassung und Ausblick

Die Erkenntnisse des Projekts „Den Ruhestand gestalten lernen“ (er)fordern einen Richtungswechsel. Die derzeitige „Notlösung“, auf das Thema Ruhestand und Alter(n) primär in Form von tagesstrukturierenden (Gruppen-)Maßnahmen zu reagieren, muss durch Alternativen ersetzt bzw. ergänzt werden, die der Individualität und der Vielfalt an Wünschen und Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung gerecht werden. Solche Alternativen wurden bislang lediglich modellhaft skizziert. Sie erfordern „lernende Organisationen“ und Engagement, um in der Praxis weiter konkretisiert und umgesetzt werden zu können. Im Einzelnen wurden im Projekt mehrere, relevante Bereiche identifiziert:

- Rahmenbedingungen für die Souveränität des einzelnen Menschen mit Behinderung,
- am Coaching-Modell orientierte Vorbereitung und Begleitung bei den anstehenden Veränderungen der Lebensphase,
- fachgerechte Koordinierung und Steuerung der Angebote, die ein bedarfsangemessenes Unterstützungsarrangement ermöglichen,
- Öffnung und Vernetzung der Behindertenhilfe mit bestehenden Angeboten.

Die entscheidende Aufgabe der nächsten Jahre wird sein, die Strukturen von Einrichtungen und Diensten so (weiter) zu entwickeln, dass sie in der Lage sind, den individuellen Wünschen, Bedürfnissen und Ansprüchen nach Selbstbestimmung und Teilhabe der Menschen mit Behinderung in einer modernen Gesellschaft gerecht werden zu können. Dies schließt auch bedeutende Fragen zur Qualifizierung von professio-

nellen und ehrenamtlichen Mitarbeitern bei der Begleitung, Unterstützung, Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit Behinderung mit ein.

Anne Katrin Klein-Haar war wissenschaftliche Hilfskraft im Forschungsprojekt „Den Ruhestand gestalten lernen“ und ist seit 2008 im Qualitätsmanagement einer geriatrischen Rehaklinik beschäftigt.

*Kontakt:
akklein@gmx.net*

Sören Roters-Möller war wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsprojekt „Den Ruhestand gestalten lernen“ und ist seit 2008 Leiter der Fortbildungsinitiative „Den Ruhestand gestalten LERNEN.“

*Kontakt:
ruhestand-gestalten@web.de*

Literatur

- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H.-U. & Borchelt, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.). Die Berliner Altersstudie (S. 525–542). Berlin: Akademie-Verlag GmbH.
- Mair, H. & Roters-Möller, S. (2007). Den Ruhestand gestalten lernen – Menschen mit Behinderung in einer alternden Gesellschaft. In G. Cloerkes & J. Kastl, (Hrsg.). Leben und Arbeiten unter erschwerten Bedingungen. Menschen mit Behinderung im Netz der Institutionen (S.211–240). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- „Den Ruhestand gestalten lernen“. Homepage des Projektes: www.egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand/ Software AG-Stiftung (Hrsg.). (2009). Segel setzen. Aufbruch zum selbstbestimmten Ruhestand von Menschen mit Behinderung. Ein Handbuch mit Erfahrungen und Praxisanleitungen aus dem Modellprojekt „Den Ruhestand gestalten lernen“/Westfälische Wilhelms-Universität Münster. Darmstadt.

Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe

Ylva Köhncke (2009). Alt und behindert.

Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Gebrüder Kopp GmbH & Co KG, Köln.

Die Lebenserwartung steigt, die Gesellschaft altert. Damit sind immer mehr Menschen von altersbegleitenden Erkrankungen betroffen. Vor diesem Hintergrund steigt auch die Zahl der älteren Menschen, die bereits ihr Leben lang auf Unterstützung angewiesen sind. Bislang hatten in Deutschland wenige von ihnen Chancen auf ein langes Leben. Durch die Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten fehlen in den Altersklassen der über 60-jährigen Menschen mit angeborenen Behinderungen weitgehend. Außerdem zogen viele Behinderungen früher stark erhöhte Sterberisiken nach sich. Doch unter verbesserten Lebensbedingungen ist die Lebenserwartung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung in den vergangenen Jahrzehnten rasch angestiegen.

Diese Entwicklung hat Folgen für die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe. Sie müssen sich auf mehr ältere Menschen einstellen. Erstens, weil ihre Klienten und Nutzer altern. Zweitens, weil erwachsene Menschen mit Behinderungen, die in ihren Elternhäusern leben, vermehrt auf professionelle Hilfe angewiesen sein werden, wenn die Eltern nicht mehr für sie da sein können. Mehr ältere Nutzer bedeuten für die Fachleute der Behindertenhilfe, auf neue Bedarfslagen eingehen zu müssen: Die Senioren arbeiten nicht mehr in der Werkstatt für behinderte Menschen, sondern wollen ihre Freizeit genießen. Die Einrichtungen müssen sich außerdem auf einen steigenden Pflege-

bedarf ihrer alternden Belegschaft vorbereiten. Die Behindertenhilfe steht vor weiteren Herausforderungen, weil immer mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen und Lernbehinderungen ihren Anspruch auf Hilfen geltend machen.

Wie viele Menschen in Deutschland wegen einer Behinderung Unterstützung bedürfen, wird in keiner Statistik erhoben. Auch die Inanspruchnahme von Hilfen wird nicht detailliert und im Zeitverlauf erfasst. Deshalb lässt sich die Entwicklung des künftigen Bedarfs nur grob skizzieren. In verschiedenen Szenarien projiziert das Berlin-Institut in der Studie die denkbare zahlenmäßige Entwicklung sowohl von Personen mit Schwerbehindertenausweis, als auch von Eingliederungshilfeberechtigten in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Dieser Wandel verschärft einen ohnehin steigenden Kostendruck auf die Sozialsysteme. Ein von Fachleuten geforderter und in der Gesetzgebung eingeleiteter Paradigmenwechsel weg von der Fürsorge hin zur Teilhabe kommt noch nicht im Alltag von Menschen mit Handicap an. Viele von ihnen haben keine andere Wahl, als ihr Leben in Sondereinrichtungen zu verbringen. Um Menschen mit Behinderungen ein selbst bestimmtes Leben und Teilhabe zu ermöglichen, müssen die Beteiligten die sozialpolitischen Teilhabeziele konsequent befolgen und scheinbare Sachzwänge infrage stellen. Dazu gehört der Ausbau von gemeinsamem Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung, von ambulant betreuten Wohnmöglichkeiten, von individuellen Hilfen, zum Beispiel über das Persönliche Budget. Es reicht aber nicht aus, die Auflösung von Sondereinrichtungen zu fordern – die Gesellschaft muss sich auch für die Teilhabe behinderter Menschen öffnen und räumliche sowie kommunikative Barrieren abbauen.

Zivilgesellschaftliche Initiativen wie Mehrgenerationenhäuser, Quartiersmanagement-Projekte liefern Beispiele gelungener Inklusion (Das Projekt wurde von der Software Stiftung AG gefördert).

Quelle:
www.berlin-institut.org/studien/alt-und-behindert.html

Monitoring – unverzichtbarer Beitrag zur staatlichen Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention

Das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) mit Sitz in Berlin ist mit der Begleitung und Umsetzung der seit März 2009 für Deutschland verbindlichen UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) beauftragt. Im Mai 2009 wurde eine Monitoring-Stelle zur UN-BRK eingerichtet (Leiter: Dr. jur. Valentin Aichele). Die Stelle berät Politikerinnen und Politiker, leistet angewandte Forschung und organisiert Veranstaltungen zu Themen der Konvention. Die Publikation des DIMR erläutert, was Monitoring konkret bedeutet, was die UN-Behindertenrechtskonvention unter Monitoring versteht und welche Rolle die Konvention nicht-staatlichen Akteuren bei der Beobachtung und Kontrolle staatlichen Handelns zuweist.

Weitere Informationen unter:
www.institut-fuer-menschenrechte.de

Psychiatrie im Nationalsozialismus – Erinnerung und Verantwortung

Psychiatrie im Nationalsozialismus wird eines der großen Themen des Jahreskongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN vom 24.– 27. November 2010 in Berlin) sein. Damit bekennt sich die DGPPN zu ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte psychisch Kranker, die der Fachgesellschaft aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an Krankenmorden und Zwangssterilisierungen erwachsen. Auch in diesem Jahr werden über 8.000 Teilnehmer aus dem In- und Ausland erwartet.

Quelle:
www.idw-online.de/pages/de/news?print=1&id=382753

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

¹⁾ *Hierzu können folgende Schlüssel-aussagen aufgestellt werden:*

- Subjektive Gesundheit ist ein Konstrukt, das zahlreiche Faktoren einbezieht, die über das Wissen über den körperlichen Gesundheitszustand hinausgehen.
- Subjektive Gesundheit ist vor allem im Alter ein wichtiger Prädiktor für mehrere Gesundheitsindikatoren, insbesondere Mortalität und Funktionsfähigkeit.
- Die altersbezogene Abnahme der subjektiven Gesundheit ist geringer als es die Verschlechterung der körperlichen Gesundheit mit zunehmendem Alter vermuten lässt.

Objektive gesundheitliche Verschlechterungen (Krankheitsereignisse) korrespondieren vor allem mit Verschlechterungen der subjektiven Gesundheit; Stabilität und sogar Verbesserungen subjektiver Gesundheitseinschätzungen sind aber auch möglich.

Subjektive Gesundheit im Alter ¹

Svenja Weinz und Susanne Wurm

Es ist allseits bekannt, dass sich die Gesundheit mit zunehmendem Alter verschlechtert. Je älter man wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass man an mehreren und schwereren Krankheiten leidet. Daraus müsste man schließen können, dass sich Menschen, je älter sie sind, auch kränker fühlen. Dies ist aber nicht immer so. Befragt nach ihrem Gesundheitszustand, schätzen ihn ältere Menschen häufig als „gut“ ein, manchmal auch als „sehr gut“, obwohl sie objektiv gesehen vielleicht eher als krank bezeichnet werden würden. Fakt ist also, dass Krankheiten und Beeinträchtigungen mit zunehmendem Alter häufiger auftreten. Allerdings nimmt die subjektive Gesundheit nicht im gleichen Maße ab, wie es die Veränderungen der körperlichen Gesundheit erwarten lassen würde. Wie kann es sein, dass sich objektive und subjektive Einschätzungen der Gesundheit mit zunehmendem Alter immer mehr voneinander unterscheiden? Der vorliegende Beitrag behandelt diese Fragestellung im Folgenden genauer.

Was ist der Unterschied zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit?

Was wir unter der Gesundheit eines Menschen verstehen, bezieht sich meistens auf seine objektive Gesundheit. Sie stellt den medizinisch diagnostizierten bzw. physiologischen Gesundheitszustand einer Person dar. Die beste Methode zur Erfassung des objektiven Gesundheitszustandes ist die Erhebung professioneller Diagnosen durch Ärzte oder Daten aus Krankenakten. Da die Erfassung solcher „harter Daten“ in größeren Be-

völkerungsbefragungen in der Regel nicht möglich ist, da dies zu umfangreich und zu aufwändig werden würde, greift man oftmals auf Selbstaussagen zurück. Diese können sich bspw. auf Krankheits- und Beschwerdelisten oder die Anzahl der Krankenhausaufenthalte beziehen. Derartige Selbstaussagen werden dennoch als objektiv betrachtet, da sie rein theoretisch jederzeit von einer dritten Person geprüft werden könnten.

In neuerer Zeit hat sich das Verständnis von Gesundheit jedoch gewandelt. Sahen klassisch-medizinische Definitionen in der Gesundheit noch ausschließlich die Abwesenheit von Krankheit, hat man heutzutage ein breiteres Verständnis darüber, was Gesundheit ist. Bereits 1946 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1948) definiert. In der Forschungspraxis bedeutet dies, dass der Gesundheitsstatus auf vielfältige Art und Weise definiert und operationalisiert wird. Gesundheit wird hier als ein dynamisches und multidimensionales Konstrukt dargestellt (Portrait u.a. 2001). Dynamisch heißt, dass sich die Gesundheit ständig verändern kann; multidimensional, dass sie sich aus verschiedenen Aspekten zusammensetzt, wie z.B. An- oder Abwesenheit einzelner Erkrankungen und körperlicher Beeinträchtigungen und Gesundheitsverhalten. Neben objektiven, medizinischen Kriterien werden zusätzliche subjektive Kriterien mit herangezogen, wie individuelle Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustands. Am häufigsten erfolgen diese Einschätzungen anhand der Frage: „Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?“ Die Personen werden dann dazu aufgefordert, ihre Bewertungen auf einer vorgegebenen Antwort-

Skala (von „sehr gut“ bis „sehr schlecht“) einzustufen.

Objektive und subjektive Gesundheit können nicht gleichgesetzt werden, da die eigene Bewertung der Gesundheit häufig deutlich von objektiven Gesundheitskriterien abweicht. Dieser Unterschied spiegelt sich in einem nur mäßig ausgeprägten Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Gesundheitskriterien wider. Pinquart (2001) kam in einer Meta-Analyse von über 180 Studien mit durchschnittlich über 60-Jährigen zu dem Ergebnis, dass objektive und subjektive Gesundheit zwar signifikant positive Zusammenhänge aufweisen, diese jedoch gering bis moderat ausfallen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam Chipperfield (1993) in einer Studie, bei der subjektive Gesundheitseinschätzungen von älteren Personen im Alter zwischen 65 und 111 Jahren mit einem eher objektiven Gesundheitsmaß (Anzahl an Erkrankungen und chronischer Gesundheitsprobleme) verglichen wurden. Dabei kam es bei nur 39% der Befragten zu einer Übereinstimmung zwischen subjektiver und objektiver Gesundheit. Mehr als die Hälfte (59%) schätzte ihre Gesundheit besser ein als es das objektive Gesundheitsmaß hätte vermuten lassen. Nur gut 5% schätzten ihre Gesundheit schlechter ein. Dementsprechend kommt es nicht selten vor, dass Personen mit einem objektiv schlechten Gesundheitszustand trotzdem zu guten subjektiven Gesundheitseinschätzungen kommen. Van Doorn (1999) spricht in diesem Fall von Gesundheitsoptimisten. Natürlich können Personen ihren Gesundheitszustand aber auch in ähnlicher Weise einschätzen, wie es objektive Kriterien vermuten lassen würden (Gesundheitsrealisten), und es gibt Personen mit einer objektiv eher guten Gesundheit, die sich aber schlecht fühlen und so zu schlechteren Gesundheitseinschätzungen kommen (Gesundheitspessimisten). Diese Ergebnisse machen deutlich, dass in die subjektive Gesundheit noch andere Aspekte mit einfließen, die über das Wissen über den objektiven Gesundheitszustand hinaus gehen.

Welche Faktoren fließen in die subjektive Gesundheit mit ein?

In einer qualitativen Studie von Krause und Jay (1994) wurde mit Hilfe von 158 Tiefeninterviews untersucht, welche Variablen in die subjektive Gesundheitseinschätzung mit einfließen. Der Großteil der genannten Faktoren bezog sich auf die körperliche Gesundheit (Ab- oder Anwesenheit von Krankheiten, körperliche Funktionsfähigkeit, allgemeine körperliche Verfassung), aber es wurden auch Gesundheitsverhaltensweisen (positive wie negative) und psychosoziale Faktoren (Gesundheitsvergleiche, mentale Gesundheit) genannt.

Interessanterweise zeigten sich in den genannten Faktoren Altersunterschiede; z.B. schien das Gesundheitsverhalten eher bei Jüngeren als bei Älteren für die Bewertung der eigenen Gesundheit eine Rolle zu spielen: In der Altersgruppe der 60-Jährigen und älter gaben nur 5% der Befragten an, dass das Gesundheitsverhalten für sie wichtig sei, während es in der jüngsten Altersgruppe (14–24 Jahre) knapp 40% waren. Ein umgekehrter Trend zeigte sich bei den Gesundheitsproblemen, die eher von Älteren als von Jüngeren genannt worden waren.

Solche Befunde lassen darauf schließen, dass Personen unterschiedlichen Alters verschiedene Kriterien zur subjektiven Gesundheitseinschätzung heranziehen und für wichtig erachten. Bei Jüngeren spielt demnach eher das Gesundheitsverhalten eine Rolle, während Ältere eher Kriterien bezüglich ihres Gesundheitszustandes heranziehen. Der Gesundheitsstatus der einzelnen Personen wurde dabei jedoch nicht berücksichtigt. Über Altersunterschiede wird auch in einer Studie von Shooshtari u.a. (2007) berichtet, in der jüngere Personen (25–54 Jahre) mehr und zudem breiter angelegte Kriterien in ihre Gesundheitseinschätzung einfließen lassen als 55-Jährige und ältere. Bei Älteren fließen vor allem Faktoren bezüglich des Gesundheitszustandes und der körperlichen Funktionsfähigkeit mit ein. Bei Jüngeren fließen darüber hinaus auch individuelle Faktoren wie zum Beispiel das Selbstwertgefühl, das Körpergewicht und das Alter mit ein. Unterschiede hinsichtlich der einbezogenen Krite-

rien wurden allerdings nicht nur zwischen den Altersgruppen, sondern auch innerhalb von Gleichaltrigen aufgedeckt. So unterschieden sich innerhalb der älteren Altersgruppe die Kriterien je nach Gesundheitseinschätzung: Z.B. wurde das Gesundheitsverhalten nur bei einer positiven, nicht aber negativen Bewertung der Gesundheit berücksichtigt; dagegen ist das Haushaltseinkommen nur bei einer negativen, nicht bei einer positiven Gesundheitseinschätzung wichtig. Es gibt aber auch Kriterien, die unabhängig von der Gesundheitsbewertung bedeutsam sind. Hierzu zählen körperliche Funktionsfähigkeit, Schmerzen und chronische Krankheiten.

Weitere Belege dafür, dass sich die Kriterien für die subjektive Gesundheit je nach Grad der Gesundheitseinschätzung verändern, berichten Benyamini u.a. (2003) in einer Studie mit Personen eines Durchschnittsalters von über 77 Jahren. Personen mit einer schlechten subjektiven Gesundheitsbewertung hielten eher Indikatoren für gegenwärtige Krankheiten, wie kürzliche Änderungen von chronischen Krankheiten und Medikamenteneinnahme, für wichtig. Personen mit einer guten subjektiven Gesundheit hielten dagegen Risikofaktoren, wie z.B. Gewicht, Raucherstatus, und positive Indikatoren, wie z.B. Fröhlichkeit, eher für bedeutend. Aus solchen Ergebnissen kann man folgern, dass Menschen ihre Gesundheit als ein mehrdimensionales Konzept wahrnehmen und eine Vielfalt an unterschiedlichen Faktoren einbeziehen, die über das Wissen ihres körperlichen Zustands hinaus gehen.

Warum ist die subjektive Gesundheit (gerade im Alter) wichtig?

Es sprechen einige Gründe dafür, dass die subjektive Gesundheit gerade im Alter ein wichtiger Faktor ist. Hierzu gehört die gut belegte und eigenständige Vorhersagekraft der subjektiven Gesundheit für eine Reihe anderer Gesundheitsindikatoren, wie z.B. Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen (Menec u. Chipperfield 2001), Krankenhausaufenthalte (Kennedy u.a. 2001) und kognitive Beeinträchtigungen (Bond u. a. 2006). Darüber hinaus steht die subjektive

Gesundheit auch mit der körperlichen Funktionsfähigkeit im Zusammenhang, wobei eine schlechtere subjektive Gesundheit im Allgemeinen auch mit einer schlechteren funktionalen Gesundheit einhergeht (z.B. Bond u.a. 2006).

Die wahrscheinlich bedeutungsvollste Eigenschaft der subjektiven Gesundheit ist jedoch ihre Vorhersagekraft für Mortalität, vor allem bei älteren Menschen. In einer der ersten Studien, die diesen Zusammenhang untersuchte (Mossey u. Shapiro 1982), konnte bereits gezeigt werden, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung einen eigenständigen Effekt auf die Mortalität hat, der über den Effekt des objektiven Gesundheitszustands hinaus geht. Diese Verbindung blieb in dieser Studie auch dann bestehen, wenn für andere Kennwerte, wie Alter, Geschlecht und andere soziodemografische Faktoren, kontrolliert wurde. Seither konnte in zahlreichen Studien belegt werden, dass eine bessere subjektive Gesundheitseinschätzung mit einem geringeren Sterberisiko einhergeht. So konnte die subjektive Gesundheit in einem Review von Idler und Benyamini (1997) in 23 von 27 Studien die Mortalität vorhersagen, auch wenn Kriterien des objektiven Gesundheitszustands kontrolliert wurden. Eine aktuellere Meta-Analyse (DeSalvo u.a. 2005) hat gezeigt, dass eine geringe subjektive Gesundheit mit einem erhöhten Sterberisiko einhergeht, auch wenn funktionale Gesundheit, Depressivität und Komorbidität kontrolliert werden. Demnach ist die subjektive Gesundheit einer Person ein robuster Mortalitätsindikator.

Warum die subjektive Gesundheit die Mortalität vorhersagen kann und dies oftmals besser als der objektive Gesundheitszustand, kann bis heute nicht eindeutig erklärt werden. Idler und Benyamini (1997) haben in ihrem Review einige Erklärungen dafür zusammengetragen. Z.B. vermuten sie, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung einer Person breiter angelegt ist als der objektive Gesundheitszustand allein oder andere Faktoren, die in den Studien eingesetzt wurden. Sie bezieht nicht nur den aktuellen Zustand mit ein, sondern darüber hinaus auch den Verlauf, z.B. in Vergleichen mit der eigenen, vorangegangenen Gesundheit.

Weiterhin ist es möglich, dass die subjektive Gesundheit die An- oder Abwesenheit eigener Ressourcen widerspiegelt, die wiederum eine Verschlechterung der Gesundheit abmildern könnten. Solche Ressourcen können sich auf die Lebenslage beziehen (z.B. Einkommen, Bildung oder soziales Netz) sowie auf personale Ressourcen, wie Kontrollüberzeugungen oder Depressivität.

Wie verändert sich die subjektive Gesundheit mit zunehmendem Alter?

Betrachtet man den Verlauf der subjektiven Gesundheit über die Lebensspanne hinweg, stellt man fest, dass sie sich mit zunehmendem Alter verschlechtert. Allerdings nimmt sie nicht in dem Maß ab, wie es die objektive Gesundheit vermuten lassen würde (Wurm u. Tesch-Römer, 2006). Mit zunehmendem Alter wird die Diskrepanz zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit immer größer. Die objektive Gesundheit nimmt mit zunehmendem Alter immer weiter ab: Es kommt zu einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Behinderungen sowie Unfällen (Saß u.a. 2009). Zwar nimmt auch die subjektive Gesundheit mit dem Alter ab, aber nicht im gleichen Maß.

In einer Studie von Leinonen u.a. (2002) wurden Personen, die zur Erstbefragung alle 75 Jahre alt waren, zu drei Messzeitpunkten, die jeweils fünf Jahre auseinander lagen, nach ihrer Gesundheitseinschätzung gefragt. Dabei konnte eher eine Stabilität der subjektiven Gesundheit verzeichnet werden als eine Veränderung, obwohl bei objektiven Gesundheitsmaßen (z.B. Anzahl chronischer Erkrankungen, Muskelkraft und maximales Atemvolumen) und funktionaler Gesundheit (Aktivitäten des täglichen Lebens, z.B. sich baden oder anziehen) eine deutliche Verschlechterung zu beobachten war.

Dies liegt zum Teil daran, dass mit zunehmendem Alter das Auftreten von Krankheiten immer wahrscheinlicher und damit auch zunehmend erwartet wird. Vor diesem Hintergrund werden Krankheitsereignisse im Alter als normative Ereignisse betrachtet, auf die die Menschen so weit wie möglich vorbereitet sind. So konnte Schnittker (2005) zeigen,

dass der Zusammenhang zwischen einer Reihe chronischer Erkrankungen (u.a. Arthritis, Bluthochdruck, Lungenerkrankung) und subjektiver Gesundheit mit zunehmendem Alter geringer wird. Wichtiger als die bloße Anwesenheit einer Erkrankung ist ihre Auswirkung auf den Alltag und die Autonomie der betroffenen Menschen. Dies lässt eher die Beschwerden einer Krankheit und nicht die Krankheit selbst in den Vordergrund rücken. Mit zunehmendem Alter können sich zudem auch die Bezugsgruppen für Vergleichsprozesse verändern. Z.B. berichten viele Ältere (in den Altersgruppen 36–59 Jahre bzw. über 60 Jahre) von einer besseren subjektiven Gesundheit, wenn sie sich mit anderen Personen ihres Alters vergleichen (Kaplan u. Baron-Epel, 2003). Jüngere (18–35 Jahre), und hierbei vor allem solche, die zu einer schlechten subjektiven Gesundheitseinschätzung kommen, tendieren dazu, sich nicht mit der eigenen Altersgruppe zu vergleichen, da diese mit einem besonders positiven Bild von Gesundheit behaftet ist. Ein Vergleich mit dieser Gruppe könnte dazu führen, die eigene Gesundheit noch schlechter einzuschätzen. Die Autoren folgern daraus, dass Vergleichsprozesse nur dann in die subjektive Gesundheit mit einfließen, wenn sie zu einer besseren Gesundheitseinschätzung führen.

Welche Auswirkungen haben Veränderungen der objektiven Gesundheit auf die subjektive Gesundheit?

Da die subjektive Gesundheit mit auf der Einschätzung des eigenen körperlichen Gesundheitszustands basiert, beeinflussen plötzliche Veränderungen der objektiven Gesundheit, wie ein Unfall oder eine schwerwiegende Erkrankung, die subjektive Gesundheit. Dabei ist der Wirkungszusammenhang allerdings nicht immer so berechenbar, wie zuerst vielleicht gedacht, denn das Auftreten eines Krankheitsereignisses führt nicht zwangsläufig zu einer Verschlechterung der subjektiven Gesundheit. So weisen 35–65% der betroffenen Personen, die einen Schlaganfall, Herzinfarkt, Hüftbruch, eine kongestive Herzinsuffizienz oder eine Operation am Herzen überlebt haben, zwei Jahre danach noch eine gute subjektive Gesundheit auf (Diehr u.a.2001).

Eine Längsschnittuntersuchung mit älteren Personen (Wilcox u.a. 1996), die einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder Hüftbruch erlitten hatten, erbrachte für die subjektive Gesundheit folgenden Verlauf: Bei ungefähr der Hälfte der Personen blieb die subjektive Gesundheitseinschätzung stabil; bei jeweils ca. 25% der Befragten war eine Zu- bzw. Abnahme zu verzeichnen, die insgesamt aber nur gering ausfielen. Eine Verbesserung der subjektiven Gesundheit wurde vorwiegend für Personen festgestellt, die vor dem Krankheitsereignis eine eher schlechte subjektive Gesundheitseinschätzung aufwiesen. Stabilität wurde vor allem bei Personen verzeichnet, die vor dem Krankheitsereignis bereits eine hohe subjektive Gesundheit angaben.

Eine neuere Studie von Wurm u.a. (2008) erweitert die vorliegenden Forschungsergebnisse. In den Altersgruppenvergleichen dieser Studie zeigte sich, dass Personen im mittleren Erwachsenenalter eine stärkere Abnahme der subjektiven Gesundheit nach einem schwerwiegenden Krankheitsereignis (schwerer Unfall oder Krankheit) aufwiesen als ältere Personen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass ältere Menschen auf eine schlechtere Gesundheit eher vorbereitet sind als jüngere. Vermutlich werden gesund-

heitsbezogene Einbußen eher dem Altern zugeschrieben und es liegt daher kein Grund für eine Veränderung der subjektiven Gesundheitseinschätzung vor. Wilcox u.a. (1996) führen zusätzlich an, dass subjektive Gesundheitseinschätzungen bei schwerwiegenden Krankheiten eher individuelle Anpassungsfähigkeiten und weniger den direkten Einfluss der Krankheit auf die Gesundheit repräsentieren.

Zusammenfassend macht der Beitrag deutlich, wie wichtig die subjektive Gesundheit vor allem für die Mortalität und andere Gesundheitsindikatoren ist. Aufgrund der eigenständigen Bedeutung der subjektiven Gesundheit sollte im Kontext medizinischer Versorgung neben objektiv messbaren Gesundheitskriterien auch immer das subjektive Erleben mit berücksichtigt werden.

Svenja Weinz ist studentische Hilfskraft am Deutschen Zentrum für Altersfragen und studiert Psychologie an der Freien Universität Berlin.

Dr. Susanne Wurm ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Zentrum für Altersfragen.

Der vorliegende Beitrag basiert auf der Diplomarbeit von Svenja Weinz, die von Susanne Wurm betreut wurde.

Literatur

- Benyamini, Y., Leventhal, E. A., & Leventhal, H. (2003). Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science & Medicine*, 56, 1661–1667.
- Bond, J., Dickinson, H. O., Matthews, F., Jagger, C., & Brayne, C. (2006). Self-rated health status as a predictor of death, functional and cognitive impairment: A longitudinal cohort study. *European Journal of Ageing*, 3, 193–206.
- Chipperfield, J. G. (1993). Incongruence between health perceptions and health problems. *Journal of Aging and Health*, 5(4), 475–496.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2005). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 267–275.
- Diehr, P., Williamson, J., Patrick, D. L., Bild, D., & Burke, G. L. (2001). Patterns of self-rated health in older adults before and after sentinel health events. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 36–44.
- Doorn, C. van (1999). A qualitative approach to studying health optimism, realism, and pessimism. *Research on Aging*, 21(3), 440–457.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- Kaplan, G., & Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science & Medicine*, 56, 1669–1676.
- Kennedy, B. S., Kasl, S. V., & Vaccarino, V. (2001). Repeated hospitalizations and self-rated health among the elderly: A multivariate failure time analysis. *American Journal of Epidemiology*, 153(3), 232–241.
- Krause, N. M., & Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, 9, 930–942.
- Leinonen, R., Heikkinen, E., & Jylhä, M. (2002). Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: A 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 35, 79–92.
- Menec, V. H., & Chipperfield, J. G. (2001). A prospective analysis of the relationship between self-rated health and health care use among elderly Canadians. *Canadian Journal of Aging*, 20(3), 293–306.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 800–808.
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16(3), 414–426.
- Portrait, F., Lindeboom, M., & Deeg, D. (2001). Life expectancies in specific health states: Results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography*, 38(4), 525–536.
- Saß, A.-C., Wurm, S., & Ziese, T. (2009). Somatische und psychische Gesundheit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Eds.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 31–61). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schnittker, J. (2005). When mental health becomes health: Age and the shifting meaning of self-evaluations of general health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 397–423.
- Shooshtari, S., Menec, V., & Tate, R. (2007). Comparing predictors of positive and negative self-rated health between younger (25-45) and older (55+) Canadian adults. *Research on Aging*, 29(6), 512–554.
- WHO. (1948). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Genf: WHO.
- Wilcox, V. L., Kasl, S. V., & Idler, E. L. (1996). Self-rated health and physical disability in elderly survivors of a major medical event. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B(2), S. 96–104.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Eds.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329–383). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wurm, S., Tomasik, M. J., & Tesch-Römer, C. (2008). Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: The role of age and a positive view on ageing. *European Journal of Ageing*, 5, 117–127.

Neue Veröffentlichungen

- Baier, D., Pfeiffer, C., Rabold, S., Simonson, J., & Kappes, C. (2010). Kinder und Jugendliche in Deutschland: Gewalterfahrungen, Integration, Medienkonsum. Zweiter Bericht zum gemeinsamen Forschungsprojekt des Bundesministeriums des Innern und des KFN (KFN-Forschungsbericht, Vol. 109). Hannover: KFN.
- Engstler, H.; & Huxhold, O. (2010). Beeinflusst die Beziehung älterer Menschen zu ihren erwachsenen Kindern die räumliche Nähe zwischen den Generationen? Wechselbeziehungen zwischen Wohnentfernung, Kontakthäufigkeit und Beziehungseuge im Längsschnitt. In: A. Ette (Hrsg.). Potenziale intergenerationaler Beziehungen : Chancen und Herausforderungen für die Gestaltung des demografischen Wandels (S. 199–216). Würzburg: Ergnon Verlag.
- Engstler, H., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Datengrundlagen und Methoden des Deutschen Alterssurveys (DEAS). In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 34–60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Engstler, H., & Tesch-Römer, C. (2010). Lebensformen und Partnerschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 163–187). Stuttgart: Kohlhammer.
- Huxhold, O., Mahne, K., & Naumann, D. (2010). Soziale Integration. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurvey (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer.
- Huxhold, O., & Wurm, S. (2010). Altersdiskriminierung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 234–245). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lippke, S., Ziegelmann, J. P., Scholz, U., & Schüz, B. (2010). Testing stage-specific effects of a stage-matched intervention: A randomized controlled trial targeting physical exercise and its predictors. *Health Education & Behavior*, 37, S. 533–546.
- Mahne, K., & Motel-Klingebiel, A. (2010). Familiäre Generationenbeziehungen. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 188-214). Stuttgart: Kohlhammer.
- Mahne, K., Naumann, D., & Block, J. (2010). Das Wohnumfeld Älterer. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 142–162). Stuttgart: Kohlhammer.
- Merz, E.-M., & Huxhold, O. (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing and Society*, 30(5), S. 843–857.
- Motel-Klingebiel, A., Mahne, K., & Huxhold, O. (2010). Was treibt Transfers zwischen Eltern und erwachsenen Kindern an? Zur Dynamik familialer Generationenbeziehungen im späten Lebensverlauf. In: A. Ette (Hrsg.). Potenziale intergenerationaler Beziehungen: Chancen und Herausforderungen für die Gestaltung des demografischen Wandels (S. 199–216). Würzburg: Ergnon Verlag 2010.
- Motel-Klingebiel, A., Simonson, J., & Romeu Gordo, L. (2010). Materielle Sicherung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 61–89). Stuttgart: Kohlhammer.
- Motel-Klingebiel, A., Simonson, J., & Tesch-Römer, C. (im Druck). Altern und Alter in Ost und West. Zur Entwicklung der Lebensqualität alternder und alter Menschen seit der Vereinigung. In: P. Krause & I. Ostner (Hrsg.) ... was zusammen gehört ... Eine sozialwissenschaftliche Bilanzierung des Vereinigungsprozesses.
- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., Huxhold, O., & Tesch-Römer, C. (2010). Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 15–33). Stuttgart: Kohlhammer.
- Motel-Klingebiel, A., Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2010): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2010.
- Naumann, D., & Romeu Gordo, L. (2010). Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 118-141). Stuttgart: Kohlhammer.
- Reuter, T., Ziegelmann, J. P., Wiedemann, A. U., Geiser, C., Lippke, S., Schüz, B., et al. (2010, online first). Changes in intentions, planning, and self-efficacy predict changes in behaviours: An application of latent true change modelling. *Journal of Health Psychology*, 15.
- Reuter, T., Ziegelmann, J. P., Wiedemann, A. U., Lippke, S., Schüz, B., & Aiken, L. S. (2010). Planning Bridges the Intention-Behavior Gap: Age Makes a Difference and Strategy Use Explains Why. *Psychology & Health*, 25, S. 873–887.
- Tesch-Römer, C. (2010). Soziale Beziehungen alter Menschen. (Grundriss Gerontologie, Bd. 8). Stuttgart: Kohlhammer Urban Taschenbücher.
- Tesch-Römer, C., Motel-Klingebiel, A., & Wurm, S. (2010). Die zweite Lebenshälfte: Befunde des Deutschen Alterssurveys und ihre Bedeutung für Politik und Gesellschaft. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 284–302). Stuttgart: Kohlhammer.

- Tesch-Römer, C., Wiest, M., & Wurm, S. (2010). Subjektives Wohlbefinden. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 263–283). Stuttgart: Kohlhammer.
- Warner, L. M., Schüz, B., Wurm, S., Ziegelmann, J. P., & Tesch-Römer, C. (2010). Giving and taking – Differential effects of providing, receiving and anticipating social support on quality of life in adults with multiple illnesses. *Journal of Health Psychology*, 15, S. 660–670.
- Wurm, S., & Huxhold, O. (2010). Individuelle Altersbilder. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 246–262). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurm, S., Schöllgen, I., & Tesch-Römer, C. (2010). Gesundheit. In: A. Motel-Klingebiel, S. Wurm & C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) (S. 90–117). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zeman, P. (2010). Voraussetzungen bürgerschaftlichen Engagements in der Kohorte der heute 50–65-Jährigen: Zehn Thesen. *Forschungsjournal Neue Soziale Bewegungen* 3, S. 93–97.

Lebensalter gibt. Psychotherapie mit älteren Patienten ist jedoch möglich, zunehmend üblich, doch längst nicht selbstverständlich. Dabei sind es nicht nur die Kliniker, die den überholten Vorurteilen anhängen; auch viele ältere Menschen wissen von den Möglichkeiten nichts oder wollen nichts davon wissen. Trotz der wachsenden Bereitschaft von Psychotherapeuten, ältere Menschen zu behandeln, suchen diese noch nicht um die verfügbaren Möglichkeiten nach. Ziel des Vortrags ist es, mit erfolgreichen psychologischen Interventionsangeboten für ältere depressive Patienten bekannt zu machen. Ferner sollen verschiedene Anwendungsmöglichkeiten (ambulante und stationäre Einzel- und Gruppentherapie, Depressionen nach Schlaganfall, pflegende depressive Angehörige, Depressionen bei Diabetes im Alter) sowie die empirischen Befunde aus (eigenen) kontrollierten Studien berichtet werden.

Bürgerschaftliches Engagement älterer Menschen

Am 11.11.2010 von 17.30–19.00 findet ein Vortrag von Prof. Dr. Thomas Olk von der Universität Halle zum Thema im Rahmen der DZA Vortragsreihe statt.

Über weitere Veranstaltungen informiert die Website des DZA.

Psychologische Hilfen bei Depressionen im höheren Lebensalter

Vortrag von Prof. Dr. Martin Hautzinger von der Universität Tübingen am 23.9.2010 im Rahmen der DZA-Vortragsreihe.

Der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung steigt. Diese Bevölkerungsgruppe mit ihren spezifischen Besonderheiten (Multimorbidität) gehört bereits zu der das Gesundheitssystem am häufigsten und intensivsten nutzenden Gruppen. Das gilt (noch) nicht für Psychotherapie. Hier sind ältere Patienten in der Minderheit, obgleich es inzwischen einige erwiesene wirksame psychologische Angebote für Störungen im höheren

Bibliografie gerontologischer Monografien



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

Gerontologie allgemein

Handbook of theories of aging / [ed. by] Vern L. Bengtson et al.– 2nd ed.– New York: Springer Publishing Company, 2009.– 790 S.

ISBN 978-08-2616-2519: EUR 60.75

Kleine-Gunk, Bernd; Markus Metka: Auf der Suche nach Unsterblichkeit: die Geschichte der Anti-Aging-Medizin von der Antike bis heute.– Wien: Brandstätter, 2010.– 163 S.: Ill.

ISBN 978-385-033-4594: EUR 36.00

Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

Care – wer sorgt für wen? / Vera Moser, Inga Pinhard (Hrsg.).– Opladen etc.: Barbara Budrich, 2010.– 227 S. – (Jahrbuch der Frauen- und Geschlechterforschung in der Erziehungswissenschaft; Folge 6/2010)

ISBN 978-386-649-3230: EUR 24.90

Für dein Alter siehst du gut aus: von der Un/Sichtbarkeit des alternden Körpers im Horizont des demographischen Wandels: multidisziplinäre Perspektiven / Hrsg. Sabine Mehlmann, Sigrid Ruby.– Bielefeld: Transcript, 2010.– 274 S.: Ill.– (KörperKulturen)

ISBN 978-383-761-3216: EUR 26.80

Miebach-Berkes, Anna: Schwestern im Alter: Rückblicke auf eine lebenslange Beziehung.– Marburg: Tectum, 2010.– 201 S.– (Pädagogik; Bd. 18).– Zugl.: Diss. Köln, 2009

ISBN 978-382-882-3402: EUR 24.90

Yıldiz, Yalcin: Migration – Familie – Alter: Altern und Generationsbeziehungen im Migrationskontext: eine Studie über die familialen Lebenswelten, Sozialisationsprozesse und Handlungsressourcen älterer türkischer Väter in Deutschland zwischen Tradition und Moderne.– Hamburg: Dr. Kovac, 2010.– 579 S.– (Studien zur Migrationsforschung, ISSN 1618-6095; Bd. 12)

ISBN 978-383-003-9662: EUR 98.00

Geriatric / Gerontopsychiatrie

Dammann, Rüdiger; Reimer Gronemeyer: Ist Altern eine Krankheit?: wie wir die gesellschaftlichen Herausforderungen der Demenz bewältigen.– Frankfurt etc.: Campus, 2009.– 227 S.

ISBN 978-359-338-9684: EUR 17.90

Payk, Theo R.: Demenz.– München etc.: Ernst Reinhardt, 2010.– 88 S.– (UTB; 3371)

ISBN 978-382-523-3716: EUR 12.90.

Quinodoz, Danielle: Älterwerden – eine Entdeckungsreise: Erfahrungen einer Psychoanalytikerin / aus dem Franz. von Eike Wolff.– Giessen: Psychosozial-Verlag, 2010.– 260 S.– Übers. von: Vieillir: une découverte

ISBN 978-383-792-0123: EUR 24.90

Sozialpolitik / Soziale Sicherung

Ageing, care need and quality of life: the perspective of care givers and people in need of care / Gabriele Doblhammer, Rembrandt Scholz (ed.).– Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften [etc.], 2010.– 243 S.– (Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen) (VS research)

ISBN 978-353-116-6261: EUR 34.95

Eine neosoziale Zukunft / Ulrich Pfeiffer (Hrsg.).– Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010.– 242 S.: graph. Darst.

ISBN 978-353-117-0435: EUR 24.90

Wohnen / Wohnumfeld

Kirchhoff, Jutta; Bernd Jacobs: Wohnformen für Hilfebedürftige.– Stuttgart: Frauenhofer IRB Verlag, 2010.– 111 S.: Ill.– (Bauforschung für die Praxis; Bd. 94)

ISBN 978-381-678-2223: EUR 33.00

Oppermann, Carolin: Interkulturelle Arbeit in Altenheimen: „als ob wir uns immer wieder unterwegs irgendwie auf eine kleine Reise begeben“.– Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 2010.– 85 S.– (Soziale Arbeit Aktuell; Bd. 14)

ISBN 978-383-400-6592: EUR 12.00

Peter, Andreas: Stadtquartiere auf Zeit: Lebensqualität im Alter in schrumpfenden Städten / mit einem Geleitw. von Sigrun Kabisch und Reinhard Wiessner.– Wiesbaden: VS Verlag etc., 2009.– 268 S.: graph. Darst.– (VS research) (Quartiersforschung).– Zugl.: Diss. Leipzig, 2008

ISBN 978-353-116-6544: EUR 34.90

Altenhilfe / Altenpolitik / Altenarbeit

Bartholomew, Kathleen: Feindseligkeit unter Pflegenden beenden: wie sich das Pflegepersonal gegenseitig das Leben schwer macht und den Nachwuchs vergrault – Analysen und Lösungen.– Bern: H. Huber, 2009.– 179 S.– (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Pflegepraxis).– Übers. von: Ending nurse-to-nurse hostility / aus dem Amerikan. von Heide Börger ISBN 978-345-684-7832: EUR 29.95

Der demografische Wandel in der Region Frankfurt-Rhein-Main / Sven Stadtmüller, Andreas Klocke (Hg.). – Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, 2010.– 133 S.: graph. Darst. ISBN 978-394-008-7645: EUR 12.00

Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

Kähler, Harro Dietrich: Erstgespräche in der sozialen Einzelhilfe.– 5. unveränd. Aufl.– Freiburg i.Br.: Lambertus, 2009.– 252 S. ISBN 978-378-411-9502: EUR 18.50

Schmidt, Simone; Martina Döbele: Demenzbegleiter: Leitfaden für zusätzliche Betreuungskräfte in der Pflege.– Berlin: Springer, 2010.– IX, 165 S.: Ill. ISBN 978-364-204-8593: EUR 19.95

Lebensverhältnisse Älterer

100 Jahre Leben: Porträts und Einsichten / hrsg. von Stefan Schreiber; Fotografien von Andreas Labes; einleitende Worte von Giovanni di Lorenzo.– 2. Aufl.– München: Deutsche Verlags-Anstalt, 2010.– 179 S.: Ill. ISBN 978-342-104-4693: EUR 29.95

Menning, Sonja: Wahlverhalten und politische Partizipation älterer Menschen / Deutsches Zentrum für Altersfragen [Hrsg.].– Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2010.– 23 S.: graph. Darst.– (Report Altersdaten. Gerostat Statistisches Informationssystem; 03/2009) [Bezug: www.dza.de]

Müller, Friedemann; Barbara Romero, Michael Wenz: Alzheimer und andere Demenzformen: Ratgeber für Angehörige: so erreichen Sie den Betroffenen, so helfen Sie richtig, so sorgen Sie für sich.– Königswinter: Heel, 2010.– 160 S. ISBN 978-386-852-2358: EUR 9.95

Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

Maier, Florentine: Scrap iron and old stagers: constructions of old age in unemployment.– Frankfurt a.M.; Bern etc.: P. Lang, 2009.– 282 S.– (Sprache im Kontext, ISSN 0948-1354; Bd. 33) ISBN 978-363-159-2885: EUR 52.80

Nivorozhkin, Anton; Laura Romeu Gordon and Julia Schneider: Job search monitoring, inactivity and reservation wages.– Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2010.– 30 S.– (Diskussionspapiere; Nr. 50) [Bezug: www.dza.de]

Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / Bildung Älterer

Bethke-Brenken, Inga; Günter Brenken: Aufbruch in den Ruhestand: Anleitung zum Gestalten und Genießen.– München: Reinhardt, 2010.– 248 S. ISBN 978-349-702-1505: EUR 28.50

Generationen / Generationenbeziehungen

Franz, Julia: Intergenerationelles Lernen ermöglichen: Orientierungen zum Lernen der Generationen in der Erwachsenenbildung.– Bielefeld: W. Bertelsmann, 2010.– 208 S.– (Erwachsenenbildung und lebensbegleitendes Lernen) ISBN 978-376-393-3440: EUR 29.90

Jungsein in einer alternden Gesellschaft: Bestandsaufnahme und Perspektiven für das Zusammenleben der Generationen / Dagmar Hoffmann, Wilfried Schubarth, Michael Lohmann (Hrsg.).– Weinheim etc.: Juventa, 2008.– 238 S.– (Jugendforschung) ISBN 978-377-991-7489: EUR 21.00

Schlömbach, Tabea: Generationen im Dialog: intergenerationelle Projektarbeit / Tabea Schlömbach.– Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, [2008?].– 99 S. ISBN 978-383-646-0811: EUR 49.00

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

Boschert, Silke: 100 Tipps für eine zeitgemässe Altenpflege.– Hannover: Schlütersche, 2010.– 97 S.– (Pflege leicht) (Brigitte-Kunz-Verlag) ISBN 978-389-993-4786: EUR 9.95

Höwler, Elisabeth: Gerontopsychiatrische Pflege: Lehr- und Arbeitsbuch für die Altenpflege.– 4., aktual. Aufl.– Hannover: Schlütersche, 2010.– 464 S.: graph. Darst.– (Brigitte-Kunz-Verlag) ISBN 978-389-993-4793: EUR 32.95

Hygienemassnahmen bei speziellen Infektionen [Elektronische Ressource]: Lernprogramm zur gezielten Prävention im Gesundheitswesen.– Oldenburg: Kommunikation & Wirtschaft GmbH, 2009.– 1 CD-ROM.– (Lernprogrammreihe Hygiene und Infektionsprävention im Gesundheitswesen) ISBN 978-389-993-2287: EUR 19.90

König, Jutta: 100 Fehler bei der Einstufung von Pflegebedürftigen und was Sie dagegen tun können.– 3. aktual. Aufl.– Hannover: Schlütersche, 2010.– 97 S.– (Pflege leicht) (Brigitte-Kunz-Verlag) ISBN 978-389-993-4892: EUR 9.95

Kurs für pflegende Angehörige: Manual zur Kursgestaltung / [konzipiert und verfasst von Angelika Abt-Zegelin und Mareike Tolsdorf; mit Zusatzmodulen von Christine Schönberger und Sabine Tschainer]; hrsg. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen.– München [etc.]: E. Reinhardt Verlag, 2010.– 353 S.: Ill. + 1 CD-ROM.– (Reinhardts gerontologische Reihe; Bd. 45) ISBN 978-349-702-0850: EUR 59.00

- Lernprogramm Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz [Elektronische Ressource] / Kommunikation & Wirtschaft GmbH (Hrsg. u. Prod.).– Version 2.0.– Oldenburg: Kommunikation & Wirtschaft GmbH, 2010.– CD-ROM.– (Lernprogrammreihe „Prophylaxen und Expertenstandards in der Pflege“)
ISBN 978–389–993–2614: EUR 49.90
- Lernprogramm Expertenstandard Förderung der oralen Ernährung [Elektronische Ressource] / Kommunikation & Wirtschaft GmbH (Hrsg. u. Prod.).– Version 2.0.– Oldenburg: Kommunikation & Wirtschaft GmbH, 2010.– CD-ROM.– (Lernprogrammreihe „Prophylaxen und Expertenstandards in der Pflege“)
ISBN 978–389–993–2607: EUR 49.90
- Management und Betriebswirtschaft in der ambulanten und stationären Altenpflege: Lehrbuch für Führungskräfte, Weiterbildungsteilnehmer und Studenten / Christian Loffing, Stephanie Geise (Hrsg.).– 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. / unter Mitarb. von Isabel Romy Bierther et al.– Bern: H. Huber, 2010.– 511 S.: Ill.– (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege. Pflegemanagement).– Register
ISBN 978–345–684–6620: EUR 49.95
- Schwermann, Meike: Kompetenz in Palliative Care: Haltung – Wissen – Umsetzung.– Hannover: Vincentz Network, 2009.– 129 S.: Ill.– (Reihe PDL)
ISBN 978–386–630–0996: EUR 28.00
- Soziale Dienste**
- Diversitymanagement in den Pflege- und Gesundheitswissenschaften: Strategien der Implementierung nachhaltiger Konzepte im Gesundheitswesen / Carmen Gransee [et al.] (Hg.).– Berlin: Lit Verlag, 2009.– 193 S.– (Gender studies in den Angewandten Wissenschaften; Bd. 6) (Gender Studies & Applied Sciences; 6)
ISBN 978–382–581–9002: EUR 19.90
- Holzmann, Robert: Aging population, pension funds, and financial markets: regional perspectives and global challenges for central, eastern and southern Europe.– Washington, DC: World Bank, 2009.– XVI, 162 S.: graph. Darst.– Index
ISBN 978–08–2137–7321: USD 25.00
- Gesundheit / Ernährung / Sport**
- Organisation for Economic Co-operation and Development.– Health at a glance 2009: OECD indicators / Organisation for Economic Co-operation and Development.– Paris: OCDE, 2009.– 200 S.: Ill
ISBN 978–926406–1538
- Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie**
- Begegnungen: basale Stimulation in der Pflege – ausgesuchte Fallbeispiele / Thomas Buchholz [et al.] (Hrsg.).– 2. korr. und erg. Aufl.– Bern [etc.]: H. Huber, 2010.– 313 S.– (Verlag Hans Huber, Programmbereich Pflege)
ISBN 978–345–684–7924: EUR 28.95
- Ekert, Bärbel; Christiane Ekert: Psychologie für Pflegeberufe.– 2., überarb. Aufl.– Stuttgart: Thieme, 2010.– 343 S.: Ill.– Register
ISBN 978–313–138–9626: EUR 29.95
- Feil, Naomi: Validation in Anwendung und Beispielen: der Umgang mit verwirrten alten Menschen.– 6. akt. und erw. Aufl. / Ergänzungen von Elisabeth Brock.– München; Basel: E. Reinhardt, 2010.– 282 S.– (Reinhardts gerontologische Reihe, ISSN 0939–558X; Bd. 17).– Übers. von: The validation breakthrough / übers. von Heinrich Hoffer und Eva Valente:
ISBN 978–349–702–1574: EUR 24.90
- Freund, Kerstin: Fallbuch Alter Mensch: vernetzt denken – Pflege verstehen.– München: Urban & Fischer, 2010.– 180 S.
ISBN 978–343–726–0759: EUR 20.95
- König, Jutta: Was die PDL wissen muss: das etwas andere Qualitätshandbuch in der Altenpflege.– 4., vollst. überarb. Aufl.– Hannover: Schlütersche, 2010.– 376 S.: graph. Darst.– (Pflege Schlütersche)
ISBN 978–389–993–2652: EUR 35.00
- Licht und Demenz / Sibylle Heeg et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg.).– Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2010.– 68 S.– (DeSS orientiert, ISSN 1863–6136; Bd. 2010/1)
[Bezug: www.demenz-support.de/materialien/DeSSorientiert_10_1.pdf]
- Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft: zum 70. Geburtstag von Elisabeth Seidl / Wilfried Schnepf, Ilse Marie Walter (Hg.).– Wien etc.: Böhlau, 2010.– 251 S.
ISBN 978–320–578–4005: EUR 29.00
- Musik – Demenz – Begegnung: Musiktherapie für Menschen mit Demenz / Dorothea Muthesius et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg.).– Frankfurt a.M.: Mabuse, 2010.– 335 S.
ISBN 978–394–052–9558: EUR 36.00
- Strack, Richard: Grundwortschatz für Pflegeberufe.– 8., aktual. Aufl.– Stuttgart: W. Kohlhammer, 2010.– 141 S.– (Pflege kompakt)
ISBN 978–317–020–4096: EUR 10.80
- Sterben / Sterbebegleitung / Tod**
- Hahnen, Marie-Christin: Autonomie, Würde, Patientenverfügung: die Medizin am Lebensende im Spiegel der Gesellschaft.– Wuppertal: Hospiz Verlag, 2009.– 125 S.: graph. Darst.– (Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Beirats im DHPV e.V.; Bd. 1)
ISBN 978–394–125–1328: EUR 24.80
- HOPE: Handbuch zu Dokumentation und Qualitätsmanagement in der Hospiz- und Palliativversorgung / Lukas Radbruch [et al.].– Wuppertal: Hospiz Verlag, 2009.– 199 S.: graph. Darst.
ISBN 978–394–125–1335: EUR 19.90

DZA, Manfred-von-Richthofen-Str. 2, 12101 Berlin
PVST, Deutsche Post AG Entgelt bezahlt

A 20690E

