

**„Wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst“ – Wie Helfen Zufriedenheit und Gesundheit fördern kann.**

Welche positiven Effekte hat das Helfen für die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen, wann wird es zur Belastung und welche Empfehlungen für die Praxis lassen sich aus den wissenschaftlichen Untersuchungen ableiten?

**Alterskriminalität**

Älteren können nicht nur Opfer von Kriminalität sondern auch Täter sein. Der Beitrag analysiert einen aktuellen Trend am Rand der alternden Gesellschaft: Was wissen wir über die Verbreitung, Ausgestaltung und Sanktionierung von Alterskriminalität?

**Organisierte gesundheitliche Selbsthilfe im Alter**

Gruppen und Organisationen der Selbsthilfe eröffnen besondere Perspektiven für die Bewältigung von chronische Erkrankungen und Behinderungen; sie sind kritische Impulsgeber für das Versorgungssystem und Modelle eines neuen Gesundheitsverständnisses.

# informationsdienst altersfragen

ISSN 0724-8849  
A20690E

Heft 06, November / Dezember 2009  
36. Jahrgang

Herausgeber:  
Deutsches Zentrum  
für Altersfragen

06

---

# „Wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst“ – Wie Helfen Zufriedenheit und Gesundheit fördern kann.

Lisa Marie Warner

02

## Inhaltsverzeichnis

Seite 02

„Wer anderen hilft, der hilft auch sich selbst“

Seite 07

Alterskriminalität

Seite 12

Organisierte gesundheitliche Selbsthilfe im Alter

Seite 16

„Zukunftsorientierte Seniorenpolitik“ – zentrale Argumentationslinien, Merkmale, Aufgaben

Seite 19

Hinweise, Projekte und Modelle

Seite 21

Zeitschriftenbibliografie Gerontologie

Seite 26

Bibliografie gerontologischer Monografien

*Studien zeigen seit langem, dass ältere und kranke Menschen davon profitieren, wenn sie sozial gut integriert sind und soziale Unterstützung erhalten (Schwarzer & Leppin, 1991). Wenn ältere Menschen selbst Hilfe leisten, wird das jedoch häufig als zusätzliche Belastung und Einschränkung ihrer Ressourcen betrachtet. Dieser traditionellen Sichtweise widersprechen neuere Befunde, die auch dem Leisten von Hilfe positive Effekte auf die geistige und körperliche Gesundheit Helfender zusprechen.*

*Doch unter welchen Umständen dient das Leisten von Hilfe dem geistigen und körperlichen Wohlbefinden älterer Menschen? Und wann kann es zur Belastung werden? In diesem Beitrag werden die Effekte formellen (in organisierter Form) und informellen Helfens (auf individueller Ebene) auf die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen zusammengetragen und Empfehlungen für die Praxis erarbeitet.*

### Formelles Hilfeleisten

Die Idee, dass das Leisten von Hilfe auch für den Helfenden positive Effekte hat, ist nicht neu. Befunde aus den 60er Jahren zeigen zum Beispiel, dass depressive Symptome, Selbstwert, subjektives Wohlbefinden und das psychosoziale Funktionsniveau durch das Helfen in Selbsthilfegruppen verbessert werden können (*Helfer-Therapie-Prinzip*). Anderen bei der Bewältigung einer Krise zu helfen, die man selbst bereits durchlaufen hat, scheint besonders positive Effekte zu haben.

Dieses Prinzip findet sich erweitert auch in *Peer-support Programmen*, einer besonderen Form formellen Hilfeleistens, bei der ehemalige Hilfeempfänger (z.B. von Krisendiensten) ausgebildet werden, um nun anderen Betroffenen Unterstützung zu leisten. Mehrere Untersuchungen konnten zeigen, dass diese Helfer selbst von ihrer Hilfe profitierten, indem sie beispielsweise schneller gesund wurden oder optimistischere Gedanken als vorher hatten.

Es finden sich zahlreiche Belege für den Helfer-Therapie-Effekt wenn Betroffene anderen Menschen mit ähnlichen Problemen helfen. Doch muss man dieselben Probleme wie die Hilfesuchenden bewältigt haben, um selbst vom Hilfeleisten zu profitieren?

Zur Beantwortung dieser Frage, lassen sich Studien zum ehrenamtlichen Engagement heranziehen, das weder (wie bei Peer-Support Programmen häufig der Fall) bezahlt wird, noch voraussetzt, dass bei Helfer und Empfänger dieselben Probleme vorliegen. Eine der ersten Untersuchungen, die sich mit den Auswirkungen ehrenamtlicher Tätigkeiten auf das körperliche und geistige Wohlbefinden beschäftigte, stammt von Luks (Luks, 1988). Die von ihm befragten, ehrenamtlich tätigen Frauen berichteten über einen Zugewinn an Energie, Ruhe, Selbstwert und Wärme und eine Abnahme an depressiven Verstimmungen und Schmerzen. Dieser positive Effekt des ehrenamtlichen Helfens trat nur bei direktem Kontakt mit den Hilfsbedürftigen auf, nicht aber wenn ausschließlich Geld gespendet wurde.

Neuere Studien, die die Effekte ehrenamtlicher Arbeit untersuchten, kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Menschen, die sich ehrenamtlich engagieren, haben weniger depressive Symptome und körperliche Beeinträchtigungen, dafür aber eine höhere selbstberichtete Gesundheit und höhere Lebenszufriedenheit als Menschen, die sich nicht ehrenamtlich engagieren. Besonders ältere Menschen und Menschen im Ruhestand, die sich ehrenamtlich engagieren, sind zufriedener mit ihrem Leben und fühlen sich gesünder. Manche Studien zeigten sogar, dass sie länger leben (Ayalon, 2008).

Aber führt tatsächlich die ehrenamtliche Tätigkeit zu höherem Wohlbefinden, oder sind ältere Menschen, die geistig und körperlich gesünder sind, einfach häufiger ehrenamtlich tätig? Dies lässt sich nur schwer beantworten. Zwar wird in vielen Studien statistisch kontrolliert, ob gesündere Menschen eher Hilfe leisten als kranke, aber daraus lassen sich noch keine endgültigen Schlüsse ziehen. Expe-

rimentelle Untersuchungen, die die Wirkrichtung genau bestimmen könnten, sind hier schwer durchzuführen. Bisher gibt es dementsprechend nur vereinzelte experimentelle Studien zum ehrenamtlichen Engagement. Darin zeigte sich allerdings, dass ältere Menschen, die per Zufall der Ehrenamtsgruppe (in diesem Fall Schulhelfer) zugeteilt wurden, nach 4 bis 8 Monaten über ein größeres soziales Netzwerk, mehr körperliche Aktivität in der Freizeit und verminderten Fernsehkonsum berichteten als diejenigen, die der Wartekontrollgruppe zugeteilt wurden (Fried et al., 2004).

Diese Befunde legen nahe, dass ältere und sogar chronisch kranke Menschen davon profitieren können, anderen Menschen in organisierter Form zu helfen. Doch lassen sich die Ergebnisse aus Selbsthilfegruppen, Peer-Support Programmen und ehrenamtlichen Tätigkeiten auch auf individuelle Hilfsleistungen übertragen?

### **Individuelles Hilfeleisten – informelles Hilfeleisten**

In den letzten Jahren zeigen immer mehr Studien positive Effekte von individuellem und informellem Hilfeleisten (z.B. Unterstützung von Verwandten oder Bekannten, ohne in eine Organisation eingebunden zu sein) auf das Wohlergehen vor allem älterer Menschen. Ähnlich wie bei den Befunden zu formeller Hilfe fand man, dass individuelle Unterstützung mit erhöhtem Wohlbefinden, Lebensqualität, Kontrolleinschätzungen und verminderten depressiven Symptomen zusammenhängt. Das Leisten individueller emotionaler Unterstützung wurde sogar mit verringerter Mortalität assoziiert. Diese Effekte zeigen sich auch in Paarbeziehungen im Hinblick auf verschiedene Maße von Beziehungsqualität und Wohlbefinden (Knoll, Kienle, Bauer, Pfüller, & Luszczynska, 2007).

Wir können also festhalten, dass das individuelle Helfen mindestens so effektiv für den Helfenden ist, wie das Helfen in organisierter Form. Beide scheinen einen direkten positiven Einfluss auf das geistige Wohlbefinden älterer Menschen zu haben. Doch wodurch kommen die positiven Effekte des Helfens auf das körperliche Wohlbefinden und sogar auf die Mortalität zustande?

### **Die Mechanismen**

Zum einen könnte ein *verhaltensbezogener Mechanismus* dafür verantwortlich sein, dass das Leisten von Hilfe positive Auswirkungen auf die Gesundheit und auf das Wohlbefinden hat. So zeigen einige Studien, dass ehrenamtlich Tätige weniger rauchen, häufiger Aktivitäten außerhalb der Wohnung unternehmen und häufiger körperlich aktiv sind als nicht ehrenamtlich Tätige, was in der Folge Unterschiede in der Gesundheit erklären könnte. Allerdings zeigte sich, dass diese Unterschiede im Verhalten alleine nicht ausreichen, um die Effekte von ehrenamtlicher Tätigkeit auf Gesundheit und Wohlbefinden zu erklären.

Die meisten Autoren nehmen daher an, dass sich das Leisten von Hilfe über *psychosoziale Mechanismen* positiv auf die körperliche Gesundheit der Helfenden auswirkt. Zum Beispiel sind Menschen, die anderen helfen, eher davon überzeugt, dass sie schwierige Aufgaben aus eigener Kraft meistern können. Die Erfahrung, dass die geleistete Hilfe tatsächlich hilft, kann den Selbstwert und die generelle Stimmung der Helfenden verbessern und ihnen so dabei helfen, mit eigenen Problemen besser umzugehen. Außerdem berichten viele ältere Menschen, die anderen helfen, dass sie dadurch einen neuen Sinn im Leben erfahren.

Diese Mechanismen werden von mehreren empirischen Studien gestützt. Einer der am häufigsten genannten und wichtigsten psychischen Mechanismen ist die Verbesserung von Überzeugungen wie Selbstwirksamkeit und Selbstwert durch das Leisten von Hilfe. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass Selbstwirksamkeit positiv mit Hilfeleisten zusammenhängt (Schwartz & Sendor, 1999). Weiterhin trägt Helfen zur Reduktion negativer und zur Verstärkung positiver Stimmung bei, die sich ihrerseits positiv auf die körperliche Gesundheit und Lebensdauer auswirken.

Die positiven Auswirkungen des Helfens können sich neben den Effekten auf Einstellungen und Überzeugungen auch durch Veränderungen im sozialen Gefüge der Hilfe leistenden Personen erklären. So wird beispielsweise angenommen, dass ehrenamtliches Engagement dazu führt, dass sich die Menschen wieder als produktiven Teil der Gesellschaft wahrnehmen. Außerdem kann ehrenamtliches Engagement auch zu mehr sozialen Kontakten führen, die von vielen Wissenschaftlern für äußerst wichtige Quellen des Wohlbefindens im Alter gehalten werden. Studien zeigen, dass besonders solche Personen vom Helfen profitieren, die zuvor weniger soziale Rollen ausfüllten (Musick, Herzog, & House, 1999), weil sie so mehr Möglichkeiten erleben, am sozialen Leben teilzunehmen, sinnvolle Aufgaben wahrzunehmen und von anderen höher geachtet werden. Des Weiteren fördert Helfen die Beziehungsqualität, Intimität und das Vertrauen in soziale Beziehungen. Zudem ist es wahrscheinlicher für hilfsbreite Menschen selbst Hilfe zu erhalten, wenn sie welche benötigen. All diese sozialen Vorteile wirken sich wiederum positiv auf die physische Gesundheit und negativ auf die Mortalität der Helfenden aus.

Neben diesen psychosozialen Mechanismen gehen manche Autoren auch von einem direkten physiologischen Pfad vom Hilfeleisten zum körperlichen Wohlbefinden aus. Besonders beim Erleben von Stress ist die Wahrnehmung von sozialen

Kontakten dafür verantwortlich, dass stressreduzierende und beruhigende Hormone wie beispielsweise Oxytocin ausgeschüttet werden und so dafür sorgen, dass stressreiche Situationen besser bewältigt werden können (Brown, 2007). Für diese hormongesteuerte stressmindernde Wirkung des Helfens finden sich bisher jedoch nur vereinzelte Hinweise aus Laborexperimenten.

Auch wenn die Mechanismen, über die Helfen auf geistige und körperliche Gesundheit wirkt, noch nicht vollends geklärt sind, kann man doch schließen, dass sowohl formelles als auch informelles Helfen zahlreiche positive Effekte für die helfende Person hat. Damit liegt der Schluss nahe, allen älteren Menschen zu empfehlen sich bürgerschaftlich zu engagieren. Doch was ist aus der früher oft vertretenen Meinung, dass Helfen hauptsächlich Ressourcen kostet, geworden? Gibt es auch negative Effekte des Hilfeleistens?

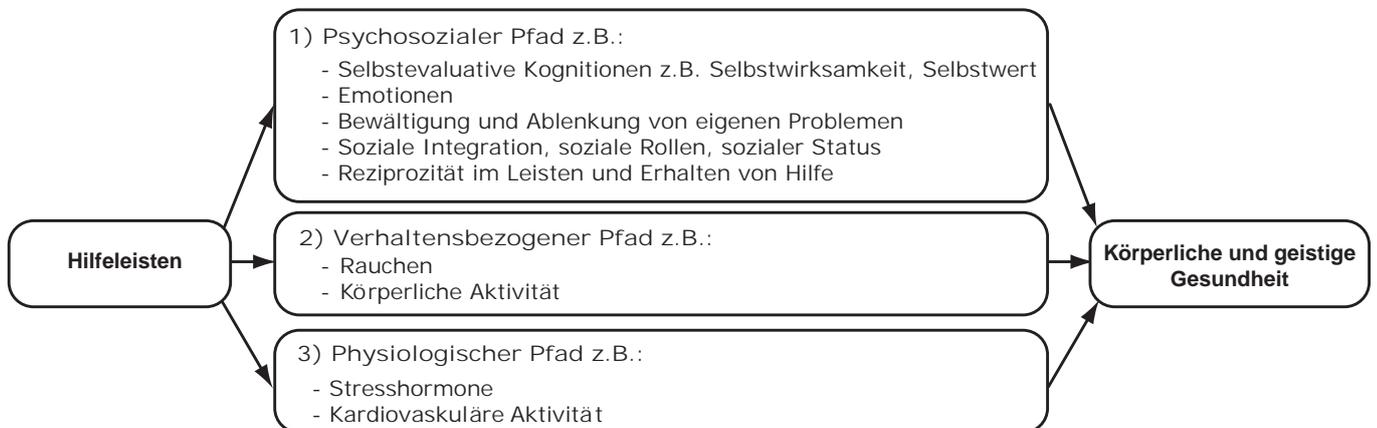
### Negative Effekte

Zu Anfang erwähnten wir die traditionelle Sichtweise auf das Leisten von Hilfe, die annimmt, dass Helfen zu Einbußen in geistiger und körperlicher Gesundheit führt, weil eigene Ressourcen aufgebraucht werden. Könnte es also sein, dass Helfen nur unter bestimmten Umständen positive Effekte hervorruft und unter anderen Umständen zu Einbußen in den Ressourcen des Helfenden und damit zu Einschränkungen der Gesundheit führt?

Menschen, die sich in Organisationen engagieren und dort Hilfe leisten, können durch mehrfach ausgefüllte *soziale Rollen* belastet werden. In Peer-Support Programmen (s.o.) kann vor allem die Veränderung in der Beziehung zwischen Personen, die von Hilfeempfängern zu Hilfeleistern geworden sind und ihren früheren Mitbetroffenen bei gleich bleibend niedriger oder nicht vorhandener Bezahlung zu Spannungen führen. Rollenkonflikte bei

ehrenamtlich Tätigen treten vor allem auf, wenn sie sich für mehr als eine gemeinnützige Organisation engagieren. Es wird daher empfohlen, dass ehrenamtlich Tätige adäquat auf ihre Aufgaben vorbereitet, dauerhaft unterstützt und am Besten durch Supervisionsmaßnahmen begleitet werden, damit sie weiterhin Spaß an ihren Aufgaben haben und sich mehr zutrauen. Einige Studien zeigen auch, dass vor allem Menschen, die sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und mittelmäßig häufig (Angaben schwanken zwischen 40 und 140 Stunden im Jahr) engagieren, im Hinblick auf ihre Gesundheit profitieren.

Während ehrenamtliches Helfen eher selten mit negativen Effekten für das Wohlergehen der Helfenden in Zusammenhang gebracht wurde, fand man im Kontext der Pflege Angehöriger öfter Einbußen im Wohlergehen der Helfenden. Der wohl am besten erforschte negative Effekt des informellen Helfens ist das



**Abbildung 1:** Verhaltensbezogene, psychosoziale und physiologische Mechanismen, die für die Effekte von Hilfeleistern auf körperliche Gesundheit verantwortlich sein können

Phänomen des Burnouts (*Ausgebranntsein*). Burnout umfasst drei Symptome: Emotionale Erschöpfung, Depersonalisierung und Leistungsverlust. Emotionale Erschöpfung ist das Gefühl, durch den Kontakt mit anderen Menschen emotional überanstrengt und ausgelaugt zu sein. Depersonalisierung wird die gefühllose und abgestumpfte Reaktion auf die Hilfsbedürftigen genannt. Leistungsverlust ist der nachlassende Glaube weiter Hilfe leisten zu können.

Studien an Pflegenden schwer chronisch erkrankter Personen fanden erhöhten Burnout, physischen und emotionalen Stress, Erschöpfung, Ärger, Verbitterung und depressive Symptome. Menschen, die der Überzeugung sind, dass sie wenig zum Guten verändern können, wenig Hoffnung auf Besserung des Pflegebedürftigen haben, oder zu viel Hoffnung haben, die enttäuscht wird, sind besonders anfällig für Burnout-Symptome. Es zeigte sich auch, dass professionelle Pflegekräfte ein weitaus geringeres Risiko für Burnout haben als ehrenamtlich tätige Personen. Die positiven Effekte des Helfens können also, sobald eine dauerhafte, als Pflicht empfundene Aufgabe mit hoher emotionaler Belastung auftritt (wie etwa die Pflege Angehöriger) auch ins Negative umschlagen. Hierbei ist jedoch schwer zu unterscheiden, ob die negativen Effekte tatsächlich durch die Pflege oder durch die Belastung eines geliebten Menschen leiden zu sehen, entstehen.

Es gibt unterschiedliche Annahmen darüber, wie ausgewogen Helfen und Hilfe sein sollten. Beispielsweise nimmt die Gleichgewichtstheorie (*Equity Theory*, Walster, Walster, & Berscheid, 1978) an, dass besonders dann, wenn Helfende mehr Hilfe leisten als sie empfangen, Unzufriedenheit entstehen kann. Im Gegensatz dazu konnte Antonucci jedoch zeigen, dass diejenigen, die mehr Unterstützung gaben als nahmen die glücklicheren Studienteilnehmer waren (Antonucci & Akiyama, 1987). Sie führt die Präferenz mehr zu geben als zu nehmen auf kulturelle Normen und erhöhte Wahrnehmung von Unabhängigkeit zurück. Maton (1988) fand in seiner Analyse dreier Selbst-Hilfe Gruppen hingegen, dass diejenigen, die sowohl viel Unterstützung leisteten als auch erhielten die positivsten Effekte auf Angst- und Depressivitätsmaßen hatten, verglichen mit den Teilnehmern die mehr gaben als nahmen und die mehr nahmen als gaben. Seiner *Balance Theorie* nach, führt nicht nur mehr helfen als Hilfe erhalten zu emotionalen Kosten (z.B. Burnout, Nichterfüllung eigener Bedürfnisse), sondern auch ein Übermaß an erhaltener Hilfe bei gleich-

zeitig geringem Hilfeleisten (z.B. Gefühle von Minderwertigkeit und „in der Schuld anderer stehen“). Mit dieser Theorie übereinstimmend, fand man, dass besonders ältere Generationen Probleme mit dem Empfangen von Unterstützung haben, wenn für sie keine Möglichkeiten bestehen, die Hilfe zu erwidern.

Hilfeleisten hat vor allem dann positive Effekte, wenn die Hilfe auch tatsächlich effektiv ist. Damit es Hilfsempfängern erleichtert wird, Unterstützung anzunehmen – also die Grundvoraussetzung für effektive und damit zufrieden stellende Hilfe auch auf Seiten des Leistenden erfüllt wird – können einige Techniken zur Verbesserung des Hilfeleistens beachtet werden (Riessman, 1990):

1. Der Empfänger soll Entscheidungsspielraum über die Hilfsleistungen, die er oder sie erhält, haben.
2. Dem Empfänger von Hilfe soll die Möglichkeit eröffnet werden, selbst eine Helfer-Rolle auszufüllen.
3. Die Empfängerrolle sollte temporär sein.
4. Es soll keine Stigmatisierung der Hilfsempfänger aufkommen. Um dies zu vermeiden kann es sinnvoll sein, Hilfe so zu leisten, dass sie vom Empfänger nicht als Hilfe wahrgenommen wird (Bolger & Amarel, 2007).

Zusammenfassend kann man sagen, dass negative Effekte des Hilfeleistens eher in Situationen auftreten, in denen für die helfende Person Rollenkonflikte entstehen, die obligatorische im Gegensatz zu freiwilligen Hilfsleistungen erfordern, die mit hoher emotionaler Belastung einhergehen und den Helfenden überfordern. Negative Effekte treten vor allem bei Personen auf, die wenig Sinn in ihrer Hilfeleistung erkennen, die nicht ausreichend auf ihre Rolle vorbereitet wurden, oder deren Erwartungen an die Situation nicht erfüllt werden konnten. Wenn diese Risikofaktoren beachtet werden, sind aber so gut wie keine negativen Auswirkungen durch das Leisten von Hilfe zu erwarten.

### Empfehlungen für die Praxis

Trotz der negativen Effekte, die unter bestimmten Umständen durch das Leisten von Hilfe auftreten können, überwiegen die positiven Effekte auf das Wohlbefinden und die Gesundheit älterer Menschen. Außerdem kann benötigte Hilfe von älteren Menschen besser eingefordert und angenommen werden, wenn für sie eine Möglichkeit besteht „etwas zurückzugeben“. Unter Berücksichtigung der individuellen Situation und Verfassung eines potentiellen älteren Helfenden, würden wir daher empfehlen, sowohl formelles Helfen als auch informelles Helfen in älteren Generationen zu fördern. Dabei können einige Erkenntnisse aus diesem Beitrag leitend für „gesundes“ Helfen sein:

1. Personen im Ruhestand profitieren stärker vom Helfen als Berufstätige.
2. Nur Hilfstätigkeiten in moderatem zeitlichem Rahmen ohne Überforderung sind gesund.
3. Helfer in Organisationen sollten sorgfältig auf ihre Aufgaben vorbereitet und dauerhaft durch Supervision unterstützt werden.
4. Hilfe, die im Kontakt mit dem Empfänger der Hilfe geleistet wird, hat höhere positive Effekte für den Helfer als z.B. Geldspenden oder administrative Tätigkeiten.
5. Individuelles Helfen hat eventuell einen positiveren Effekt als organisiertes Hilfeleisten.
6. Bei Menschen mit speziellen Problemen hat sich die Einrichtung von Selbsthilfegruppen, die kollektiv geleitet und gestaltet werden, bewährt.
7. Die Techniken zum effektiven Helfen sollten beachtet werden, damit die Hilfspempfänger nicht zu Schaden kommen.

Also helfen Sie doch in Zukunft ruhig mal, nicht nur um anderen, sondern auch sich selbst etwas Gutes zu tun! Möchten Sie sich über Möglichkeiten zum ehrenamtlichen Engagement in Deutschland informieren, besuchen Sie z.B. diese Internetseiten: [www.geben-gibt.de](http://www.geben-gibt.de) oder [www.bagfa.de](http://www.bagfa.de).

*Dipl.-Psych. Lisa Marie Warner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Arbeitsbereich Gesundheitspsychologie an der Freien Universität Berlin und im DZA-Verbundprojekt PREFER*

*Kontakt:  
lisa.warner@fu-berlin.de*

### Literatur:

- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). An Examination of Sex Differences in Social Support Among Older Men and Women. *Sex Roles*, 17(11), 737–749.
- Ayalon, L. (2008). Volunteering as a predictor of all-cause mortality: what aspects of volunteering really matter? *International Psychogeriatrics / IPA*, 20(5), 1000–1013.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress: Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(3), 458–475.
- Brown, S. L. (2007). Health Effects of Caregiving: Studies of Helping Behavior Needed!! *Alzheimer's Care Today*, 8(3), 235–246.
- Fried, L., Carlson, M., Freedman, M., Frick, K., Glass, T., Hill, J., et al. (2004). A social model for health promotion for an aging population: Initial evidence on the experience corps model. *Journal of Urban Health*, 81(1), 64–78.
- Knoll, N., Kienle, R., Bauer, K., Pfüller, B., & Luszczynska, A. (2007). Affect and enacted support in couples undergoing in-vitro fertilization: When providing is better than receiving. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1789–1801.
- Luks, A. (1988). Helper's high: Volunteering Makes People Feel Good, Physically and Emotionally. *Psychology Today*, 22(10), 39.
- Maton, K. I. (1988). Social support, organizational characteristics, psychological well-being, and group appraisal in three self-help group populations. *American Journal of Community Psychology*, 16(1), 53–77.
- Musick, M. A., Herzog, A. R., & House, J. S. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 54B(3), 173–180.
- Riessman, F. (1990). Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. *American Journal of Community Psychology*, 18(2), 221–230.
- Schwartz, C., & Sendor, M. (1999). Helping others helps oneself: Response shift effects in peer support. In K. Schmaling (Ed.), *Adaptation to changing health: Response shift in quality-of-life research*. (pp. 175–188). Washington, DC US: American Psychological Association.
- Schwarzer, R., & Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), 99–127.
- Walster, E. G., Walster, W., & Berscheid, E. (1978). *Equity: Theory and Research*. Boston.

Der nachfolgende Beitrag stellt einige zentrale Aspekte zur Verbreitung, Ausgestaltung und Sanktionierung von Alterskriminalität vor. Die Ausführungen zielen nicht darauf ab, Befürchtungen zu schüren. Im Vordergrund steht vielmehr die sachbezogene Analyse eines aktuellen Trends. Auf dieser Grundlage werden in den einzelnen Abschnitten Empfehlungen abgeleitet, die der Vielschichtigkeit einer alternden Gesellschaft auch an ihren extremen Rändern Rechnung tragen sollen.

## Erweiterung der Perspektive

In der Fachliteratur wird das Thema Kriminalität und Alter in erster Linie unter der Perspektive einer *Viktimisierung* betrachtet (vgl. Görgen, Greve, Tesch-Römer & Pfeiffer, 2004). Ältere Menschen als Opfer von Gewalt, Vernachlässigung oder Betrug verweisen an dieser Stelle vor allem auf die Verwundbarkeit im höheren Lebensalter. Neben den alterskorrelierten Risiken werden in diesem Zusammenhang gleichzeitig die subjektiven Ängste einbezogen, in deren Folge die Vermeidung objektiver oder vermeintlicher Gefahrensituationen eine zusätzliche Beeinträchtigung der Lebensqualität mit sich bringen kann (vgl. Greve, Hosser, Wetzels, 1996). Eine schonungslose Darstellung krimineller Handlungen gegenüber Senioren ist zweifellos geboten. Indessen darf diese Aufarbeitung nicht zu einer einseitigen Thematisierung führen. Will man Straffälligkeit und Alter vorurteilslos und gründlich untersuchen, kann man die Population älterer Menschen nicht nur auf Ihre Opferrolle beschränken, sondern muss gleichermaßen die potenzielle und reale Täterschaft im Alter prüfen.

## Berücksichtigung zunehmender Alterskriminalität

Als Alterskriminalität bezeichnet man gemeinhin alle Formen von Straftaten, die von Personen über 60 Jahren verübt worden sind. Im Zuge des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Phänomen, dass immer mehr Menschen ihr Alter immer länger aktiv und weitgehend beeinträchtigungsfrei ausgestalten können, treten auch mehr Straftaten älterer Menschen in Erscheinung. In der Folge verändern sich die Altersstrukturen in deutschen Justizvollzugsanstalten in der Weise, dass sowohl die absolute Zahl älterer Gefangener wie auch ihr prozentualer Anteil angestiegen sind und voraussichtlich in absehbarer Zeit weiter ansteigen werden.

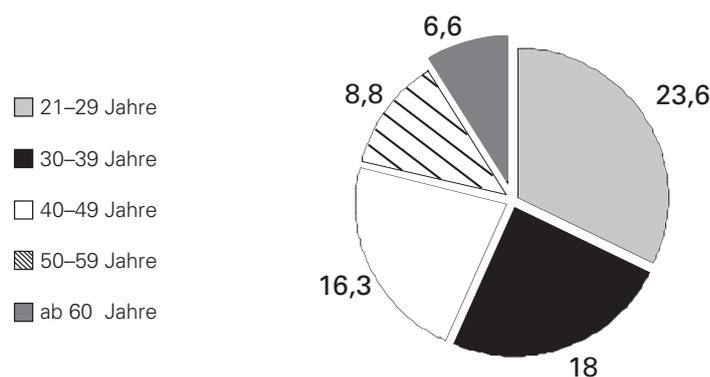
Bei den tatverdächtigen Erwachsenen liegt nach Angaben des Bundeskriminalamts der Anteil der ab 60-Jährigen bei 6,6 Prozent. Rund 42 Prozent der Tatverdächtigen sind zwischen 20 und 40 Jahre alt (BMI, 2009). Innerhalb der Erwachsenenkriminalität handelt es sich insofern noch um ein marginales Phänomen. Allerdings besteht schon heute ein akuter Handlungsbedarf. Wenngleich übergreifende und robuste Daten fehlen, geht Görgen (2007) auf der Grundlage des vorliegenden Materials davon aus, dass sich innerhalb von elf Jahren nicht nur der Anteil älterer Strafgefangener von 1,33 auf 2,80 Prozent mehr als verdoppelt hat,

sondern ihre absolute Zahl um 200 Prozent zugenommen hat. Verurteilungen zu Freiheitsstrafen steigen nach Angaben von Hasenpusch (2007) auch relativ, bezogen auf die Bevölkerungsgruppe der älteren Männer deutlich an. Dagegen sinkt der Frauenanteil unter den Tatverdächtigen, Verurteilten und Gefangenen mit zunehmendem Lebensalter. Auch die Zahl der Gefangenen ohne deutsche Staatsangehörigkeit ist in der Altersgruppe 60plus insgesamt rückläufig.

Frühere Thesen in der Kriminologie, dass im Alter Straftaten grundsätzlich abnehmen und ältere Menschen über eine geringere Verbrechensneigung verfügen würden, lassen sich in dieser Allgemeingültigkeit keinesfalls aufrechterhalten (vgl. Schneider, 2007). Die in den Sozialwissenschaften seit Jahren belegte Fähigkeit zu vermehrter Partizipation Älterer beschränkt sich nicht allein auf soziale Teilhabe, sondern beinhaltet – wenn auch in deutlich geringerem Umfang – gleichfalls Formen antisozialer Beteiligung und Kriminalität. Weder in den angewandten Sozialwissenschaften noch in der Politik erhält dieses Phänomen bislang die gebührende Beachtung.

## Ausweitung amtlicher Statistiken

Aussagen zu kriminellem Verhalten werden in der Regel auf der Grundlage der Polizeilichen Kriminalstatistik, der Staatsanwaltschaftlichen Erledigungsstatistik



**Abbildung 1:** Prozentuale Verteilung erwachsener Tatverdächtiger nach Altersgruppen (Quelle: BMI, 2009; eigene Darstellung)

oder der Strafverfolgungsstatistik vorgenommen. Unabhängig davon, dass diese amtlichen Statistiken lediglich die polizeilich registrierten oder rechtlich in Erscheinung getretenen Delikte widerspiegeln und zudem die Bezugsgrößen in der Gesamtpopulation systematisch unterschätzen (vgl. Heinz, 2004), erscheint besonders kritisch, dass zumindest in Teilen die zugrunde liegenden Daten nur unzureichende Angaben über Straftaten im höheren Lebensalter zulassen beziehungsweise auf unzureichenden Erhebungsprozeduren basieren. Einige Bundesländer weisen ältere Personen prinzipiell nicht gesondert aus. In diesen Datensätzen werden lediglich Erwachsene, Heranwachsende und Jugendliche unterschieden.

Es bedarf einer kontinuierlichen Meldepflicht der einzelnen Bundesländer, die eine einheitliche Übersicht über die demografische Entwicklung in den Kriminal- und Strafrechtspflegestatistiken erlaubt. Zusätzlich zu einer feinmaschigen Altersstaffelung von Tatverdächtigen und Verurteilten aus allen Bundesländern sind zudem genauere Angaben über die zu erwartende Haftdauer, Überweisungen in ein Vollzugskrankenhaus sowie Informationen über Unterbrechungen oder Aussetzung der Strafvollstreckung aus gesundheitlichen Gründen unverzichtbar. Die vorliegenden Datenquellen weisen massive blinde Flecken auf und erschweren die Entwicklung nachhaltiger wirksamer Maßnahmen im Bereich der Alterskriminalität. Wenn man in diesem Zusammenhang nicht auf Mutmaßungen aufbauen will, sind die bislang zögerlich agierend Behörden aufgerufen, rasche Abhilfe zu leisten. Eine enge Zusammenarbeit der kriminologischen Forschungsinstitute der Länder sollte zudem zukünftig verstärkt auf die demografische Entwicklung gerichtet sein.

### Erweiterung von Gutachterqualifikationen

Bei der Bemessung des Strafmaßes für ältere Angeklagte hat der Direktor des Landgericht Hagen, Horst-Werner Heckenberg, darauf verwiesen, dass das Alter nur bedingt strafmildernd sein kann. Dennoch sei bei der Urteilsbegründung folgender Umstand zu beachten:

*„Man muss einem älteren Angeklagten die Hoffnung ermöglichen, die Entlassung noch zu erleben.“*

Inwieweit ein solcher „Altersrabatt“ in an betracht schwerwiegender Verstöße einerseits und bei gesundheitlicher Beeinträchtigung andererseits umzusetzen sein wird, liegt unter Beachtung der Gesetzeslage im Ermessen der jeweils vorsitzenden Richterinnen und Richter. Den sachverständigen Gutachtern kommt bei diesem Abwägungsprozess eine besonders wichtige Rolle zu.

Im Rahmen eines Ermittlungs- oder Strafverfahrens können Gericht oder Staatsanwaltschaft einen Gutachter bestellen (§ 75 StPO), der verlässliche Aussagen über den Gesundheitsstatus und die Belastbarkeit des Angeklagten machen soll. Neben der allgemeinen *Schuldfähigkeit* geht es gerade bei älteren Tatverdächtigen um die Frage ihrer derzeitigen und künftigen psychischen und physischen Konstitution. Im Hinblick auf die *Gewahrsams- und Vernehmungsfähigkeit* stellt sich zunächst die Frage, ob einer älteren Person eine kurzzeitige Gewahrsamsnahme zuzumuten ist und inwieweit sie in der Lage ist, einer Anhörung zu folgen, Fragen zu verstehen und diese sinnvoll zu beantworten. Daneben gilt es zu beurteilen, ob ein älterer Mensch über den Zeitraum einer Untersuchungshaft (*Haftfähigkeit*) oder im Rahmen einer länger andauernden Freiheitsstrafe (*Vollzugsfähigkeit*) als hafttauglich eingestuft werden kann. *Haftverschonung* bedeutet im rechtlichen Sinne die vorläufige Abwendung einer sonst drohenden Freiheitsentziehung. Wird die Haft während einer andauernden Freiheitsentziehung abgebrochen, spricht man von *Haftaussetzung*. Während für

den Begriff der Haftfähigkeit keine Legaldefinition existiert, besteht nach Paragraph 455 der Strafprozessordnung eine Haftunfähigkeit, sobald eine Geisteskrankheit, Lebensgefahr oder ein sehr schlechter Allgemeinzustand attestiert werden. Die genauen Kriterien zur Aussetzung oder Unterbrechung einer Freiheitsstrafe beziehungsweise die Unterbringung in einem Haftkrankenhaus sind hingegen nicht genau vorgegeben (vgl. Barbey, 1993).

Gutachter müssen in der Lage sein, normale und pathologische Altersprozesse zu unterscheiden und die Therapierbarkeit einer Erkrankung oder auch den zeitlichen Verlauf einer vorliegenden Störung zu prognostizieren. Dazu gehören profunde gerontologische und geriatrische Kenntnisse und Erfahrungen. Gericht und Staatsanwaltschaft müssen in Bezug auf Alterskriminalität dafür Sorge tragen, dass die bestellten Gutachter über genau diese alternswissenschaftliche Expertise verfügen. Entsprechende Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erscheinen für diesen Bereich angezeigt.

### Biografische Unterscheidung von Straftat und Verurteilung

Betrachten wir den Zeitpunkt der Straftat und Verurteilung lassen sich drei Kategorien von Alterskriminalität differenzieren. Zu nennen sind nicht verjährungsfähige Kapitalverbrechen, die von jungen Straftätern begangen wurden, die aber erst in höheren Lebensjahren dafür zur Rechenschaft gezogen werden können. In Deutschland gehören zu diesem Typus *präseniler Kriminalität* vor allem die NS-Kriegsverbrechen. Derzeit wohl bekanntestes Beispiel dafür ist das Verfahren gegen den 1920 geborenen John Demjanjuk, dem vorgeworfen wird, im Alter von 23 Jahren als Aufseher des polnischen Vernichtungslagers Sobibor Beihilfe zum Mord an rund 29.000 Menschen geleistet zu haben. Davon abzugrenzen sind Straftaten, die als *fortgesetzte (perdiuturnale) Kriminalität* bezeichnet werden können. Besonders hohe Wellen in der medialen Berichterstattung hat hier der fast 25 Jahre andauernde Inzestfall des 73-jährigen Österreicherers

Josef Fritzl geschlagen. Ebenfalls von der Presse aufgenommen wurde ein Bankräubertrio aus Nordrhein-Westfalen, das im Verlauf von 16 Jahren insgesamt 14 Banken überfallen und dabei mehr als eine Million Euro erbeutet hat. Im April 2006 bestätigte der Bundesgerichtshof, dass die drei Räuber im Alter von 65, 74 und 75 Jahren Haftstrafen von neun, zehn und zwölf Jahren verbüßen müssen. Erschwerend kam hinzu, dass die drei Angeklagten bereits mit einem ansehnlichen Vorstrafenregister aufwarten konnten, das bis in die 1960er Jahre zurückreichte. Gemeinsam kommen die drei Bankräuber bereits vor ihrer Verurteilung auf 66 Jahre Haftstrafe zu. Schließlich lässt sich eine dritte Variante der Alterskriminalität ausmachen. Dabei handelt es sich um Verstöße, die erstmalig im höheren Lebensalter vollzogen werden. Diese *senile Kriminalität* findet in der öffentlichen Diskussion kaum Beachtung. Vielfach handelt es sich dabei um Bagatelldelikte wie Ladendiebstahl oder Verkehrsverstöße. Mitunter treten aber auch schwere Verstöße in Erscheinung. Der älteste Bankräuber der USA, J. L. Hunter Rountree, überfiel beispielsweise mit 86 Jahren zum ersten Mal eine Bank. Nach einer Bewährungsstrafe raubte er noch zwei weitere Banken aus und erhielt eine Gesamthaftstrafe von 15 Jahren.

### Prävention von Alterskriminalität

Zur Vermeidung von kriminellen Handlungen älterer Menschen ist es unverzichtbar, die zugrunde liegenden Tatmotive zu sondieren. Auf der Grundlage einer explorativen Dokumentenanalyse und mittels Befragungen älterer Strafgefangener (*self reports*) lassen sich mindestens sechs verschiedene subjektive Rechtfertigungskategorien erkennen: thrill, affliction, disorder, revenge, pseudo rationality, active choice und environment. Was die englischen Begriffe im Einzelnen bedeuten, wird nachfolgend erläutert.

Langeweile und die damit verbundene Sehnsucht nach Spannung und Ablenkung (*thrill*) gilt als ernstzunehmender Auslöser für Alterskriminalität. So antwortete der betagte Bankräuber Rountree in einem Interview auf die Frage, was ihn zu den Überfällen veranlasst habe, dass diese eine willkommene Abwechslung gewesen seien:

*„Es macht Spaß. Ich fühle mich gut dabei, furchtbar gut.“*

Andere Straftaten werden aus einer existenziellen Not oder der Angst vor sozialem Abstieg verübt (*affliction*). Auch der 73-jährige Dortmunder Bankräuber aus dem oben genannten Trio äußerte sich vor Gericht in dieser Richtung:

*„Haupttriebkraft aller meiner Schandtaten war Angst“, gab er als Motiv für die Raubzüge an. „Nach insgesamt 40 Jahren Gefängnis bekomme ich keine Rente und wollte nicht in ein Altersheim.“*

Kognitive Veränderungen oder psychische Störungen (*disorder*) können gleichfalls zu antisozialem Verhalten im Alter beitragen und eine Folgenabschätzung des eigenen Handelns beeinträchtigen. Ein Beispiel: Im Januar 2008 betrat ein 60-jähriger Mann mit einer Axt, zwei Messern, diversen Schlössern und Türkeilen sowie einer Gasmaske eine Chemnitzer Bank und nahm dort zwei Geiseln. Allerdings stellte er weder Geldforderungen noch machte er sonstige Angaben, welchen Zweck er mit diesem Verhalten verfolge. Später gab er zu Protokoll:

*„Das musste ich tun. Die Stimme hat es mir befohlen.“*

Auch Rache und Selbstjustiz (*revenge*) spielen als Auslöser für eine Straftat im Alter eine Rolle. Ein 62-jähriger, der im Zuge langjähriger Nachbarschaftsstreitigkeiten eine schwere Körperverletzung beging, fasst dies wie folgt zusammen:

*„Nachdem ich bereits so oft Anzeige bei der Polizei erstattet habe, habe ich es einfach nicht mehr ausgehalten, dass nix*

*passiert ist. Dann hab ich eben selbst gehandelt.“*

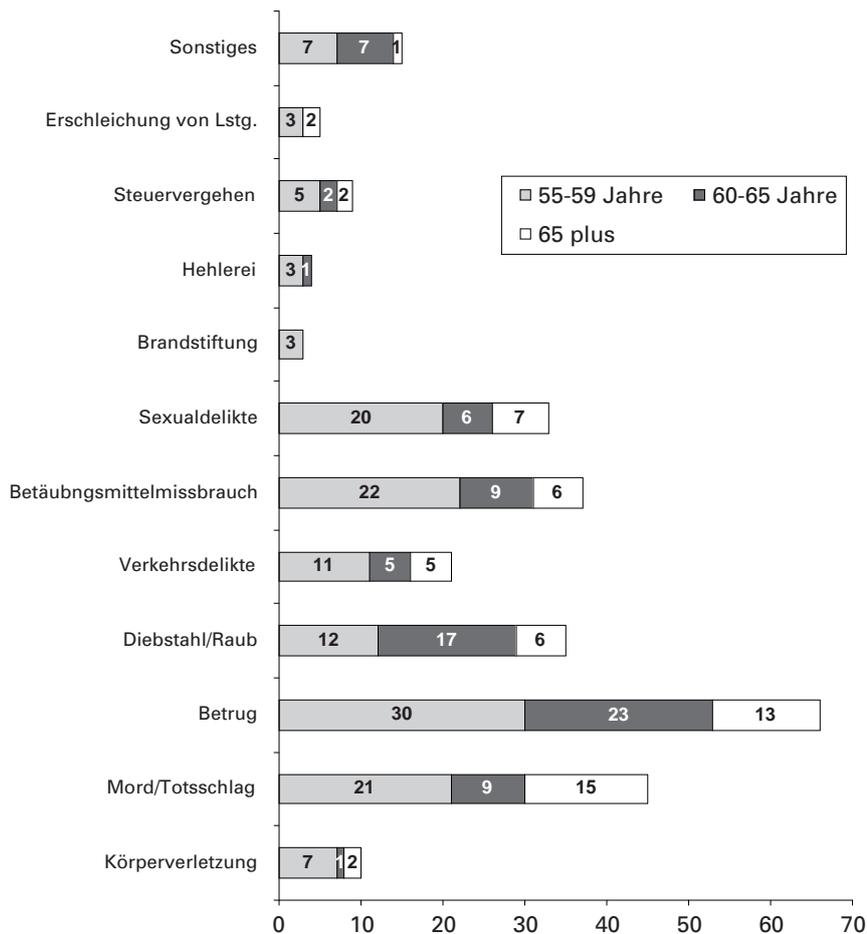
Gepaart mit dem Argument der Rache und Selbstjustiz, aber auch unabhängig von dieser Erklärung, tritt mitunter eine unzureichende Einschätzung über die Rechtswidrigkeit des eigenen Verhaltens auf (*pseudo rationality*). Ein 61-jähriger Mann, der eine Freiheitsstrafe wegen Steuerhinterziehung erhalten hatte, erklärte:

*„Ich fand es damals völlig richtig, was ich gemacht habe. Ich habe gedacht, das machen doch alle.“*

Besonders bedenklich erscheint, wenn ältere Menschen die Sanktionierung einer Straftat nicht nur billigend in Kauf nehmen, sondern sogar aktiv provozieren, da ihre alltäglichen Lebensumstände gegenüber dem Strafvollzug weniger attraktiv ausfallen (*active choice*). Ein derartiger Trend zeigt sich derzeit in Japan. Im vergangenen Jahr wurden dort rund 30.000 Straftäter im Alter von mindestens 65 Jahren festgenommen, und die Zahl der polizei-auffälligen Pensionäre stieg in den vergangenen zehn Jahren um 320 Prozent an. Ungefähr zwölf Prozent aller Häftlinge in Japan sind mindestens 60 Jahre alt. Japanische Sozialwissenschaftler haben die These aufgestellt, dass ein Grund für diese Entwicklung darin zu suchen sei, dass für viele ältere Menschen das geregelte Leben im Gefängnis einfacher und sicherer sei als in Freiheit (vgl. McCurry, 2008). In der Haftanstalt Onomichi beschreibt ein 76-jähriger Häftling seine Situation entsprechend positiv:

*„Das Häftlingsleben empfinde ich als angenehm. Ich erhalte Kleidung, Essen, eine Unterkunft und wenn ich krank bin, kümmert man sich um mich. Es ist wie in einem strengen Altenheim.“*

Im Jahr 2001 wurde die Bundesregierung durch den Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen in Genf wegen gravierender struktureller Defizite in deutschen Pflegeheimen gerügt und dringend aufgefordert, Maßnahmen zu ergreifen,



**Abbildung 2:** Häufigkeit von Straftaten nach verschiedenen Altersgruppen in der JVA Schwalmstadt (Quelle: Hessisches Ministerium der Justiz, 2006; eigene Darstellung)

um die Würde im Alter zu bewahren. Zumindest in bestimmten Einrichtungen liegt der Qualitätsstandard deutlich unter dem einer gewöhnlichen Justizvollzugsanstalt. Wohin die Fortsetzung eines solchen Trends führen kann, zeigen die drastischen Zahlen in Japan.

Im Vergleich zu jüngeren Strafgefangenen, wirkt sich ein kriminelles Umfeld (*environment*) vor allem im Bereich einer fortgesetzten Kriminalität aus. Prominentester Senior im Bereich des organisierten Verbrechens (*corporate crime*) ist der 76-jährige Mafia-Boss Bernardo Provenzano, der nach mehr als vier Dekaden Ermittlungsarbeit gefasst werden konnte und im Gefängnis Ucciardone in Palermo ausgesagt haben soll:

„Ich bleibe, was ich bin. Daran werdet ihr nichts ändern.“

Insgesamt kann man allerdings davon ausgehen, dass der Einfluss von Peer-Gruppen im Hinblick auf illegales Verhalten, wie er sich etwa bei devianten Jugendlichen ausmachen lässt, mit zunehmendem Alter zurückgeht.

Es fehlt gleichwohl an wissenschaftlichen Arbeiten, die sich auf der Grundlage von unterschiedlichen Tatmotiven gezielt mit der Prävention von Alterskriminalität auseinandersetzen. Eine Intensivierung entsprechender Forschungsansätze ist vor diesem Hintergrund unerlässlich.

#### Differenzierung von Straftaten

Der demografische Wandel bringt eine Veränderung der Deliktstrukturen mit sich. Zumindest aus einigen statistischen Landesämtern und Justizministerien liegen Erhebungen mit genaueren Angaben über die Altersverteilungen vor. Vorbildlich sind an dieser Stelle etwa die transparenten Darstellungen aus Hessen:

Zum Stichtag 31. März 2006 waren in Hessen von insgesamt 5598 inhaftierten Personen 388 Gefangene älter als 55 Jahre. Dies macht einen Anteil von rund 7 Prozent aller Inhaftierten. Der überwiegende Teil von ihnen ist männlich (94 Prozent). Die meisten dieser männlichen Strafgefangenen sind in einer speziellen geschlossenen Abteilung der Justizvollzugsanstalt Schwalmstadt untergebracht (vgl. Porada, 2007). Für die Belegung die-

ser räumlich getrennten Spezialabteilung mit geringerer Sicherheitsstufe liegt eine Untergliederung in weitere Altersgruppen und Delikte vor (vgl. Abb. 2).

Abweichend von den in der Abbildung dargestellten Deliktclustern in Hessen zeigt sich nach Angabe des Bundeskriminalamts allerdings bundesweit ein etwas anderes Bild. Zu den häufigsten Straftaten, die von Personen über 60 Jahren begangen werden, gehören danach einfache Diebstähle, gefolgt von Betrug, Beleidigung und leichter Körperverletzung. Raub, Mord und Totschlag machen einen nur sehr geringen Anteil aus. An dieser Stelle zeigt sich, dass in den Abteilungen der Justizvollzugsanstalten (JVA) teilweise sehr selektive Gruppen älterer Krimineller anzutreffen sind (vgl. Rennhak 2007). Dennoch fehlt es an vollständigen Datensätzen, um genauere Angaben machen zu können.

#### Anpassung von Resozialisierungsmaßnahmen

Die Gruppe älterer Strafgefangener ist ausgesprochen heterogen. Neben den unterschiedlichen Delikten weichen sie hinsichtlich der zurückliegenden Hafterschaft sowie bezogen auf ihren Gesundheitszustand mitunter sehr stark voneinander ab. Abgesehen vom zunehmenden Pflegerisiko im Alter stellt sich im Strafvollzug aber auch die grundsätzliche Frage einer *altersgerechten Resozialisierung*. Die sonst übliche Sozialisierungsaufgabe, einen verurteilten Straftäter schrittweise wieder an ein rechtmäßiges und sozial verantwortliches Leben zu gewöhnen, wird gemeinhin durch Wiedereingliederungsmaßnahmen in das Berufsleben realisiert. Für ältere Häftlinge geht es im Gegensatz dazu um ein erfolgreiches Altern im Sinne von Integration und sozialer Teilhabe jenseits des Arbeitsmarktes. Es fehlt allerdings an wissenschaftsbasierten Konzepten, wie dies im Strafvollzug gelingen kann. Wesentliches Ziel muss es sein, brach liegende Potenziale auch im Alter zu aktivieren (vgl. Pohlmann, 2009) und diese nach Verbüßung einer Freiheitsstrafe im Alter nutzbar zu machen. Entsprechende Ansätze werden sich auch daran orientie-

ren müssen, ob jemand zum ersten Mal strafrechtlich in Erscheinung getreten ist oder aber im Vollzug alt geworden ist (vgl. Mößle & Greve, 2007).

### Veränderung von Haftbedingungen

Das höhere Lebensalter von Häftlingen provoziert in den Justizvollzugsanstalten langfristig Probleme. Nicht nur die Verurteilung älterer Beschuldigter, sondern auch die Zunahme von Langhäftlern und Sicherungsverwahrten schaffen nach Ansicht des Anstaltsleiters Hans-Joachim Gries der JVA Aachen erhebliche Probleme. Die medizinische Versorgung und ambulante Betreuung der älteren Gefangenen stelle eine wesentliche Herausforderung dar, die nur unzureichend gelöst sei.

Paragraf 141 des Strafvollzugsgesetzes verlangt die Schaffung geeigneter Haftplätze, die eine an den Bedürfnissen der Gefangenen abgestimmte Behandlung gewährleisten. Prävention und Gesundheitsförderung – etwa durch regelmäßige mobilitätserhaltende Freizeitangebote, barrierefreie Zellenausstattung oder Vorsorgeuntersuchungen zur Vorbeugung alterstypischer Risiken – erhalten mit der Zunahme älterer Insassen in einer JVA eine stärkere Bedeutung. Das erhöhte Risiko für Multimorbidität und chronische Erkrankungen macht außerdem Standardangebote in der medizinischen und psychosozialen Versorgung notwendig. Inwieweit Schmerztherapien, ambulante Pflege sowie die Begleitung Sterbender auch außerhalb von Vollzugskrankenhäusern umzusetzen sind, bleibt im Einzelfall zu prüfen. Zugleich stellt sich die Frage, ob altersgemischte Belegungen reinen Seniorenabteilungen vorzuziehen sind. Überlegungen sinnstiftender Freizeitmöglichkeiten im Alter stellen eine besondere Herausforderung dar. Eine Befreiung oder Verminderung der Arbeitspflicht ist für ältere Häftlinge möglich (§ 43 Abs. 1 Satz 3 StVollzG). Im Bereich der Erwachsenenbildung bedarf es an dieser Stelle entsprechender Transferleistungen aus den Erkenntnissen der Geragogik. Ferner sollte sich das Entlassungsmanagement älterer Strafgefangener von dem jüngerer Inhaftierter unterscheiden.

Für Verurteilte, die Freiheitsstrafen von mehr als einem Jahr und drei Monaten zu verbüßen haben und 62 Jahre oder älter sind, ist in Baden-Württemberg bereits seit 1970 die Außenstelle Singen der JVA Konstanz zuständig. Diese ist speziell auf den Strafvollzug an älteren Gefangenen ausgerichtet (vgl. Rennhak, 2007). Angebracht ist eine stärkere Nutzung der mit dieser bundesweit einzigartigen Anstalt gewonnenen Erfahrungen und eine enge Zusammenarbeit auf Bundesebene. Auch die Rückschlüsse aus der genannten Modellabteilung in Hessen sowie aus anderen Erprobungsversuchen an weiteren Standorten sind einzubeziehen. Eine altersgerechte Unterbringung führt zu erheblichen Mehrkosten und lässt eine erhöhte Sensibilisierung der Vollzugsbeamten und eine stärkere Einbindung externer Akteure ratsam erscheinen. Wie und in welchem Umfang der Strafvollzug auf die Veränderungen der Altersstrukturen reagieren muss, sollte einen deutlich höheren Stellenwert in der politischen und fachwissenschaftlichen Diskussion erhalten. Fragen der länderübergreifenden Überstellung von älteren Strafgefangenen sowie zum Ausbau altersgerechter Spezialabteilungen sollten sachlich diskutiert und wissenschaftlich begleitet werden.

*Dr. Stefan Pohlmann ist Professor für Gerontologie an der Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften der Hochschule München*

*Kontakt:  
pohlmann@hm.edu*

### Literatur:

- Barbey, I. (1993). Terminfähigkeit, Prozessfähigkeit, Haftfähigkeit. *Gesundheitswesen*, 55: 602–606.
- BMI – Bundesministerium des Inneren (2009). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2008*. Berlin: BMI
- Görgen, T. (2007). Ältere und hochaltrige Gefangene. Herausforderung (und Entwicklungschance) für den Strafvollzug. In: *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 45, 2007, 5–11.
- Görgen, T., Greve, W., Tesch-Römer, C. & Pfeiffer, C. (2004). Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen: Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten – Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Förderung eines Forschungsprojekts (KFN-Forschungsbericht Nr. 94). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- Greve, W., Hosser, D. & Wetzels, P. (1996). Bedrohung durch Kriminalität im Alter. *Kriminalitätsfurcht älterer Menschen als Brennpunkt einer Gerontoviktimologie*. Baden-Baden: Nomos.
- Hasenpusch, B. (2007). Worüber sprechen wir? Ältere Gefangene im Spiegel der Statistik. In: *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 45, 2007, 13–18.
- Heinz, W. (2004). Kriminalität von Deutschen nach Alter und Geschlecht im Spiegel von Polizeilicher Kriminalstatistik und Strafverfolgungsstatistik. Konstanz: KIK.
- McCurry, J. (2008). Pills and porridge: prisons in crisis as struggling pensioners turn to crime. *The Guardian*, Thursday, 19 June, 2008.
- Mößle, R. & Greve, W. (2007). Gelingendes Altern im Strafvollzug – Überlegungen zu einer scheinbar paradoxen Konstellation. In: *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 45, 37–42.
- Pohlmann, S. (2009). Alterspotenziale: Wirklichkeit, Wahrnehmung und Wahrscheinlichkeit. In: Kruse, A. (Hrsg.). *Potenziale des Alters*. Akademische Verlagsgesellschaft, Heidelberg.
- Porada, W. (2007). Seniorenabteilung: Gemeinsame (altersgerechte) Unterbringung älterer Gefangener oder zielgruppenspezifischer Behandlungsvollzug? In: *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 45, 23–26.
- Rennhak, P. (2007). Alte Menschen im Justizvollzug – Erfahrungen aus Baden-Württemberg. In: *Kriminalpädagogische Praxis*, Heft 45, 19–22.
- Schneider, H. J. (2007) (Hrsg.). *Internationales Handbuch der Kriminologie* (mehrbändig). Berlin: de Gruyter.

# Organisierte gesundheitliche Selbsthilfe im Alter

Peter Zeman

12

Gesundheitliche Hilfe und Unterstützung im Alter kann aus sehr unterschiedlichen Quellen kommen: von wohlfahrtsstaatlichen und erwerbswirtschaftlichen Leistungsträgern und Anbietern, von informellen sozialen Netzwerken in Familie, Nachbarschaft und Freundeskreis und von Selbsthilfegruppen und -organisationen. Die fachliche und gesellschaftliche Diskussion kreist in der Regel um die Versorgungsaufgaben von Institutionen, Diensten und Professionen und ihre oft prekäre Balance zwischen Qualität und Kosten. Dabei wird meist übersehen, dass nicht Markt und Staat, sondern informelle und organisierte Netzwerke der Lebenswelt den Hauptanteil der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im Alter tragen. Hilfe, wie sie hier geschieht enthält immer auch Aspekte von Selbst-Hilfe – wengleich in unterschiedlichen Ausprägungen der Wechselseitigkeit, der Solidarität und des Altruismus. Anders als im öffentlichen Hilfesystem mischen sich dabei emotionale, kognitive, instrumentelle und materielle Formen der Unterstützung. Sie sind einander überlappende Facetten eines sozialen Geschehens, welches in Familie und Verwandtschaft, in Nachbarschaft und Freundeskreis, aber auch in Selbsthilfegruppen weniger als „Versorgung“ denn als ein „Sich-um-einander-Kümmern“ verstanden wird. Diese Formen der Unterstützung übertreffen jene des öffentlichen Versorgungssystems nicht nur quantitativ. Sie haben durch ihre den Alltag stabilisierenden und psychosozialen Funktionen für die betroffenen Menschen auch qualitativ ein besonderes Gewicht.

Der folgende Beitrag konzentriert sich auf die in Gruppen und Verbänden organisierte Selbsthilfe.<sup>1</sup> Anders als bei den primären und sekundären sozialen Netzwerken handelt es sich hierbei zwar nicht um ein ubiquitäres Alltagsphänomen, jedoch um eine unverzichtbare Ergänzung und einen kritischen Impulsgeber für das öffentliche Versorgungssystem. Für die Betroffenen

sind Selbsthilfegruppen häufig eine Brücke zwischen informeller und formeller, privater und öffentlicher Unterstützung. Wie in den sozialen Netzen gibt es auch in Selbsthilfegruppen instrumentelle, kognitive und emotionale Unterstützung in Modi der Wechselseitigkeit und Solidarität. Grundlage ist dabei jedoch nicht die soziale und sozialräumliche Nähe von Verwandtschaft, Freundschaft und Nachbarschaft, sondern das Verständnis für einander aufgrund einer gemeinsamen Problembetroffenheit sowie das von allen geteilte Interesse, sich damit selbstreflexiv auseinander zu setzen. Selbsthilfegruppen können auch für alte Menschen zusätzliche und ergänzende Perspektiven eröffnen, wie sich chronische Erkrankungen und Behinderungen bewältigen lassen. Sie sind Modelle für ein neues Gesundheitsverständnis.

## Die Bedeutung organisierter Selbsthilfe für ältere Menschen

Wechselseitige Hilfe in Familie, Nachbarschaft und unter Freunden ist, im Vergleich zu professioneller und bezahlter Hilfe von außen, immer auch Selbsthilfe. In Selbsthilfegruppen und -verbänden wird sie gezielt organisiert. Dies unterscheidet sie von den informellen Netzen der Familie, der Nachbarschaft und des Freundeskreises, wo wechselseitige Unterstützung immer „Nebenprodukt“ einer bereits bestehenden und viele andere Dimensionen umfassenden sozialen Beziehung ist.

Insgesamt ist die Datenlage zur Beteiligung in Selbsthilfegruppen noch immer unzureichend, sie beruht vor allem auf Schätzungen und Hochrechnungen der Erfahrungen aus Selbsthilfekontakt- und -vermittlungsstellen. Es wird vermutet, dass sich in Deutschland etwa 3 Millionen Menschen in 70.000 – 100.000 Selbsthilfegruppen engagieren. In der Mehrzahl der Selbsthilfegruppen geht es um die Bewältigung chronischer Krankheiten und Behinderungen. Der Telefonische Gesundheitssurvey 2003 (Kohler & Ziese 2004) ermittelte, dass knapp 9 Prozent der Bevölkerung im Alter über 18 Jahren sich schon einmal an einer ge-

sundheitsbezogenen Selbsthilfegruppe beteiligt haben, 13 Prozent hatten sich lediglich darüber informiert. Befragte, die chronisch krank oder schwerbehindert waren beteiligten sich doppelt so oft (ca. 18 Prozent) an Selbsthilfegruppen. Anzunehmen ist, dass sich der Anteil der Bevölkerung mit Erfahrungen über gesundheitsbezogene Selbsthilfe seit den 80er Jahren deutlich erhöht hat, insbesondere durch den Zulauf von Menschen mit chronischen Erkrankungen und schweren Behinderungen. Alte Menschen gehören wegen ihrer hohen Betroffenheit durch chronische Erkrankungen zu den typischen Zielgruppen der Selbsthilfe. Es verwundert daher nicht, dass die Teilnahme mit dem Alter anwächst. Sie erreicht bei den 50- bis 69-Jährigen ihren Höhepunkt, geht dann zurück, liegt aber auch bei den über 70-Jährigen noch weit über dem Anteil junger Menschen (Hundertmark-Mayser & Möller, 2004; Gaber & Hundertmark-Mayser, 2005).

Selbsthilfegruppen und -verbände erfassen die Altersstruktur ihrer Mitglieder nur selten systematisch, sie weisen jedoch häufig auf hohe Anteile älterer Mitglieder hin. Aus dem Krankheitsspektrum älterer Menschen lassen sich plausible Zusammenhänge mit ihrer Teilnahme an Selbsthilfegruppen ableiten, obwohl empirische Untersuchungen dazu fehlen. Viele Erkrankungen im höheren Lebensalter sind mitalternde Krankheiten, und davon betroffene Menschen haben häufig bereits in jüngeren Jahren Zugang zur Selbsthilfe gefunden. Andere Leiden wie Krebserkrankungen, Osteoporose, Arteriosklerose, Arthrose und Demenz, treffen die Menschen dagegen vor allem im höheren Alter und können für sie selbst und ihre Angehörigen dann zum Anlass werden, sich der organisierten Selbsthilfe anzuschließen.

<sup>21</sup> Als umfassenderen Überblick über den Beitrag von Selbsthilfe und informellen Netzen zur Versorgung alter Menschen, siehe: Zeman, 2008

### Unterschiedliche Funktionen von Gruppen und Verbänden der Selbsthilfe

Im Spektrum der Selbsthilfeszusammenschlüsse wird vor allem zwischen Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeverbänden unterschieden. Selbsthilfegruppen werden häufig von 10 bis 15 durch dieselbe Erkrankung betroffene Personen oder ihren Angehörigen geschaffen, die sich wechselseitig mit Erfahrungen, sozialer Zuwendung und praktischer Hilfe unterstützen. Selbsthilfeverbände bilden ein überregionales Dach für regionale Selbsthilfegruppen und haben nicht selten Tausende von Mitgliedern. Sie bieten (häufig mit professioneller Anregung und Unterstützung) Dienstleistungen, Hilfe und Informationen für ihre Mitglieder an und verstehen sich als deren Interessenvertretung.

Ursprung und Kern der kollektiven Selbsthilfe sind *Selbsthilfegruppen*. Wie in Familie, Freundeskreis und Nachbarschaft realisiert sich in ihnen die besondere Qualität einer Unterstützung, die auf soziale Wechselseitigkeit und persönliche Beziehung setzt. Allerdings lassen sich Probleme der Balance von Nähe und Distanz in Selbsthilfegruppen leichter lösen als im familialen Erwartungsgeflecht. Ebenso aber wird, da es erklärtermaßen um Selbsthilfe geht, ein Übergewicht „selbstlos“ altruistischer Hilfe bewusst in Frage gestellt. Selbsthilfegruppen sind „Gelegenheitsstrukturen“ für soziale Nähe, gestatten aber auch, einer als zu eng empfundenen, ungewollten Nähe aus dem Weg zu gehen. Freiwilligkeit und prinzipielle Aufkündbarkeit der Zugehörigkeit bleiben gewährleistet, und es gibt die Möglichkeit, Beziehungen über die konkrete gemeinsame Problembetroffenheit hinaus zu vertiefen und zu erweitern, sie aber auch darauf zu beschränken.

Als besondere Merkmale von Selbsthilfegruppen gelten: (1) die gemeinsame Betroffenheit durch ein bestimmtes Problem, (2) das Ziel der wechselseitigen Hilfe, (3) regelmäßige Treffen, (4) freiwillige Mitgliedschaft, (5) Selbstverantwortung, (6) gleichberechtigte Zusammenarbeit und (7) der Verzicht auf Gewinnorientierung (z.B. Borgetto, 2004). Professionelle Definitionen von „Selbsthilfe“ haben über die Jahre an Pragmatismus gewonnen und verzichten mittlerweile auf eine allzu enge Auslegung von „Selbstbetroffenheit“ oder starre Abgrenzungen zwischen Selbsthilfe, Hilfe für andere und bürgerschaftlichem Engagement. Zwar wird in den Dokumentationen von Selbsthilfe-Vermittlungsstellen zwischen gesundheitlicher, psychischer und sozialer Selbsthilfe unterschieden, in der Praxis vermischt sich dies jedoch und in den Gruppen selbst werden die Probleme eher „ganzheitlich“ angegangen.

Der Schritt in eine Selbsthilfegruppe, eröffnet die Möglichkeit, sich im Kreise ähnlich Betroffener mit den eigenen Problemen bewusst aus einander zu setzen und die persönlichen Lebensumstände durch wechselseitige Hilfestellungen, Gespräche und Erfahrungsaustausch zu verbessern. Auch in gesundheitsbezogenen Selbsthilfegruppen steht jedoch die Krankheit keineswegs immer im Zentrum. Zur Bewältigung chronischer Erkrankung in Selbsthilfegruppen gehört, zu lernen, sich nicht nur aus der Krankheit heraus zu definieren und das Spektrum der Aktivitäten, die trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung möglich sind, kreativ zu pflegen und zu erweitern. Dennoch geht es natürlich auch um ein besseres Wissen über Krankheitsbilder, Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, über die mögliche Linderung von Leiden und die Vermeidung von Folgeschäden einer Erkrankung. Und es geht um den Erwerb von Kompetenzen im Umgang mit dem öffentlichen Versorgungssystem, etwa die Fähigkeit zur gezielteren Inanspruchnahme und mehr Selbstbewusstsein in der Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten.

*Selbsthilfeverbände* sehen ihre Aufgabe darin, chronisch erkrankte Menschen bei der gesundheitsförderlichen Umstellung ihres Lebensstils und bei der Durchführung von Selbsthilfe-Aktivitäten zu unterstützen, in dem sie Information und Beratung für Betroffene und Angehörige anbieten und regionale Selbsthilfegruppen fördern. Sie richten sich mit ihren Informationen jedoch auch an Ärzte und Therapeuten und arbeiten häufig eng mit ihnen zusammen. Als weitere wichtige Aufgabe begreifen Selbsthilfeverbände eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit zum Abbau von Informationsdefiziten und Vorurteilen. So benennt die Deutsche Alzheimer Gesellschaft folgende Ziele: (1) Verständnis und Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung für die Alzheimer Krankheit und andere Demenzerkrankungen fördern, (2) gesundheits- und sozialpolitische Initiativen anregen, (3) die Krankheitsbewältigung der Betroffenen und die Selbsthilfefähigkeit der Angehörigen verbessern, (4) Entlastung für die Betreuenden schaffen durch Aufklärung, emotionale Unterstützung und örtliche Hilfe (5) Zusammenarbeit und fachlicher Austausch mit den regionalen Alzheimer Gesellschaften (6) Unterstützung wissenschaftlicher Forschung über Demenzerkrankungen und Versorgungsmöglichkeiten (7) neue Betreuungs- und Pflegeformen entwickeln und erproben.

Zu den Selbsthilfeverbänden, die einen hohen Anteil älterer Mitglieder haben, gehören – um außer der Alzheimer Gesellschaft einige weitere zu nennen – die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, der Deutsche Diabetiker Bund, der Bundesverband Prostataselbsthilfe, der Deutsche Blinden- und Sehbehindertenverband, der Deutsche Guttempler-Orden, das Netzwerk Osteoporose, aber auch der Bundesverband Polio.

### Selbsthilfe als Beispiel für die Entwicklung eines neuen Gesundheitsverständnisses

Selbsthilfeszusammenschlüsse haben für die Lebensqualität älterer Menschen einen Wert, der ihren unmittelbaren Beitrag zur „Versorgung“ bei weitem übersteigt.

Sie vermitteln die Erfahrung, wie man mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen im höheren Alter besser umgehen kann und sind angesichts der demografischen Alterung auch als gesellschaftliches Beispiel von Relevanz. Einerseits bekennen sie sich dazu, dass es gravierende Probleme gibt und versuchen nicht, sie im Sinne des letztlich selbstschädigenden Leitbildes „for ever young“ beiseite zu schieben. Andererseits sind sie Bollwerke gegen Tendenzen eines therapeutischen Nihilismus, der intensive Bemühungen um eine bessere Gesundheit im höheren Lebensalter für aussichtslos hält und damit der Rationierung medizinischer Maßnahmen aufgrund des Alters Vorschub leistet. Der Erfolg von Selbsthilfegruppen beruht vor allem auf einer grundsätzlichen Orientierung an den vorhandenen Optionen und Kompetenzen ihrer Mitglieder, trotz der Beeinträchtigung durch Krankheit und Behinderung ein reiches Leben zu führen – ganz gleich in welchem Alter.

Durch das Prinzip des selbstreflexiven Erfahrungsaustauschs gelingt es Selbsthilfegruppen, ein neues Verständnis von Gesundheit zu entwickeln, welches einerseits die unrealistische Definition „völliges Freisein von körperlichen, seelischen und sozialen Einschränkungen“ zurückweist, sich aber andererseits jedem Anflug von Fatalismus verweigert. In Selbsthilfegruppen kann, durch den Vergleich mit anderen Betroffenen, die Erfahrung gemacht werden, wie sehr „Gesundheit“ ein relativer Begriff ist, wie sehr das Wohlbefinden nicht nur von objektiven Befunden, sondern auch vom subjektiven Erleben bestimmt wird und dass Gesundheit nicht einfach gegeben ist, sondern immer wieder auch „erzeugt“ werden muss. Selbsthilfegruppen fördern die Fähigkeit, mit Unterstützung anderer Betroffener, aber auch durch einen kompetenteren Umgang mit professionellen Helfern, „das Schöpferische in sich selbst zu entdecken, welches dabei hilft, mit der Krankheit zu leben (Kruse, 2006, S. 5)“.

Voraussetzung ist die intensive Zuwendung zur „Person“ des Patienten, wie sie im öffentlichen Versorgungssystem schon aus Zeitmangel oft fehlt, in der Selbsthilfegruppe aber ein gemeinsames Anliegen ist. Damit steigt in Selbsthilfegruppen die Chance, ein neues Gesundheitsverständnis umzusetzen, wie es in der Ottawa-Charta der WHO von 1986 entwickelt wurde (WHO 1986). Gesundheit stellt danach einen Oberbegriff dar, der fünf Merkmale umfasst: Aktivität, Lebenszufriedenheit, subjektiv erlebte Gesundheit, Gesundheitsverhalten und gesunden Lebensstil. In der Selbsthilfe verbinden sich Ziele, Inhalte und Ergebnisse des gemeinsamen Handelns mit allen Dimensionen dieses umfassenden Gesundheitsbegriffs. Selbsthilfe kann einen, gerade auch für alte Menschen wichtigen, Weg von der Defizit- oder Krankheitsperspektive zur Ressourcen- und Kompetenzperspektive weisen. Gemeinsam gelingt es hier, „gelernte Hilflosigkeit“ und „Demoralisierung“ zu überwinden und Fähigkeiten zu mobilisieren, die man braucht, um in eigener Regie eine lebenswerte Lebenswelt und einen gelingenden Alltag herzustellen (vgl. Keupp, 2003).

### **Ausblick**

Die Unterstützung durch Selbsthilfe und informelle Netze bei der Bewältigung von Krisen, Krankheiten und Behinderungen, sowie für die Formulierung und Realisierung selbstbestimmter Lebensentwürfe auch unter erschwerten Bedingungen des Alternsprozesses ist für ältere Menschen von herausragender Bedeutung. Gegenwärtig übersteigt der Beitrag von Selbsthilfe und informellen Netzen zur Versorgung alter Menschen den des öffentlichen Systems bei weitem. Es wird jedoch befürchtet, dass sich in Zukunft die Schere zwischen einem wachsendem Unterstützungsbedarf des rasch zunehmenden Bevölkerungsanteils hochaltriger Menschen und dem Rückgang des informellen Unterstützungspotenzials vor allem der Familien öffnen wird. Als Gründe gelten die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen, die wachsende Anzahl kinderloser und alleinlebender Älterer, die Heraufsetzung des Ruhestandsalters und damit verbunden eine häufigere Berufstätigkeit von Männern im höheren Lebensalter sowie ein Wertewandel, der sich in Lebensentwürfen ausdrückt, die von Selbstständigkeit, Eigeninteressen, der Lösung aus traditionellen Bindungen und der Aufgabe traditioneller pflegekultureller Milieus geprägt ist (vgl. Blinkert & Klie, 2004). In entsprechenden Szenarios werden bereits heute mögliche Konsequenzen aus einem Rückgang des familialen Unterstützungspotenzials im Bereich der Pflege skizziert – etwa ein radikaler Ausbau der stationären Pflege und eine starke Verschiebung von der familiären zur professionellen Pflege.

Die Sorge, dass die informellen Netze durch zunehmende Individualisierung generell gefährdet und für alltägliche Unterstützungsleistungen zukünftig nicht mehr verfügbar seien, dürfte jedoch unbegründet sein. Zu erwarten sind zwar Verlagerungen in den Unterstützungskapazitäten von Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und organisierter Selbsthilfe, Verlagerungen auch von intergenerativen zu intragenerativen Hilfen im Alter; die empirische Netzwerkforschung widerlegt jedoch die These eines generellen Verlustes an sozialen Netzwerkressourcen. Sie bestätigt allerdings ihren Wandel und verweist auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtungsweise (Keupp, 2003).

Wie gezeigt wurde, liegt das Charakteristikum der Unterstützung durch Selbsthilfe und informelle Netze in der fundamentalen Bedeutung der persönlichen Beziehung und der nicht auf eine vertraglich und/oder fachlich definierte Versorgungsleistung reduzierbaren Wechselseitigkeit und Mehrdimensionalität der lebensweltlichen Hilfe. Allerdings unterscheiden sich die informellen Netze auch untereinander in ihren jeweiligen Beiträgen zur Versorgung und Selbstversorgung alter Menschen. Wir haben mittlerweile Daten über die quantitativen Unterschiede des Versorgungspotenzials von Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis und organisierter Selbsthilfe. Forschungsdefizite gibt es jedoch hinsichtlich der qualitativen Unterschiede ihrer Unterstützungsbereitschaft und -fähigkeit. Die von der Netzwerkforschung angemahnte differenziertere Betrachtungsweise der unterschiedlichen Ressourcen ist auch eine Grundbedingung, um das Konzept des sog. „welfare mix“ realisieren zu können, von dem man sich die Lösung künftiger Versorgungsprobleme verspricht. Dabei geht es nur zum Teil um eine „Hilfe für die Helfer“ im Sinne von Maßnahmen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen. Allerdings ist auch nicht die Instrumentalisierung von Selbsthilfe und informellen Netze zur Entlastung des öffentlichen Versorgungssystems gemeint. Pate steht vielmehr der Gedanke eines lebensweltlich-profes-

sionell gemischten und gemeinsam gestalteten Unterstützungsarrangements für das Alter, in dem sich – unter Beteiligung von Älteren als Geber und Empfänger – Angehörige, professionelle und freiwillig engagierte Helferinnen und Helfer die Verantwortung teilen und in Selbsthilfe wie Hilfe gezielt zusammenwirken. Ein wichtiger Schritt zur Verwirklichung einer solchen, sehr unterschiedliche Akteure einbeziehenden Perspektive läge darin, Anknüpfungspunkte für eine bessere Flankierung von Selbsthilfe und informellen Netzen durch die Institutionen und Dienste des öffentlichen Sektors zu finden und zu nutzen.

#### Literaturhinweise:

- Blinkert, B. & Klie, T. (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“, Hannover; Vincentz
- Borgetto, B. (2004): Selbsthilfe und Gesundheit. Bern: Huber.
- Gaber, & Hundertmark-Mayser (2005): Gesundheitsbezogene Selbsthilfegruppen – Beteiligung und Informiertheit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen, 67, S. 620 – 629.
- Hundertmark-Mayser, J., Möller, B. (2004): Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 23, Berlin (Robert-Koch-Institut).
- Keupp, H. (2003): Lokale Einrichtungen zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements: Freiwilligenagenturen, Selbsthilfekontaktstellen, Seniorenbüros u. Ä. – Chancen und Restriktionen. In Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements“ Deutscher Bundestag (Hrsg.), Bürgerschaftliches Engagement in den Kommunen, (S.13 – 51). Opladen: Leske und Budrich.
- Kohler, M. & Ziese, Th. (2004): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts zu chronischen Krankheiten und ihren Bedingungen. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut. Download: [www.rki.de/cln\\_048/nn\\_201180/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gstel03.pdf](http://www.rki.de/cln_048/nn_201180/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/gstel03,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/gstel03.pdf) [12.11.2007]
- Kruse, A. (2006): Plädoyer für ein Pro-Aging. In: Informationsdienst Altersfragen, Heft 5, S. 4 – 7.
- WHO (Hrsg.) (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. URL: [www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827\\_2?language=german](http://www.euro.who.int/aboutwho/policy/20010827_2?language=german) [20.10.2007]
- Zeman, P. (2008): Selbsthilfe und informelle Netze und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmei, A. & Schaeffer, D. (Hrsg.). Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber, 294 – 304.

---

# „Zukunftsorientierte Seniorenpolitik“ – zentrale Argumentationslinien

Peter Zeman

16

*Der folgende Beitrag stellt eine Reihe von seniorenpolitischen Überlegungen und Argumenten dar, die sich als Destillate einer gesellschaftspolitischen Gesamtprogrammatisierung verstehen lassen. Sie konturieren zunehmend den gerontologisch informierten seniorenpolitischen Diskurs, lassen aber hinsichtlich der Konsistenz und Verbindlichkeit ihrer Umsetzung noch viele Wünsche offen. Zwar ist in vielen politischen Verlautbarungen zu hören, vor dem Hintergrund des demografischen Wandels sei eine politische Doppelstrategie der Sicherung gegen soziale Altersrisiken bei gleichzeitiger Nutzung der Potenziale des Alters das Gebot der Stunde. Andererseits zeichnet sich die Entwicklung eines altersbezogenen Politikfeldes, das über Probleme der Pflege und Altenhilfe hinausweist bislang fast nur in Modellprogrammen ab.*

*Es bleibt abzuwarten, ob mit dem wachsenden gesellschaftlichen Bewusstsein für die Herausforderungen durch den demografischen Wandel auch jenseits der Projektlandschaft die politischen Anstrengungen zunehmen werden, die viel zitierten Potenziale des Alters systematisch zu fördern und zu nutzen. Die Merkmale eines seniorenpolitischen Ansatzes, der sich in diesem Sinne als zukunftsorientiert versteht, lassen sich benennen.*

## **Seniorenpolitik vor dem Hintergrund des demografischen Wandels**

Wenn gesellschaftliche Risiken des demografischen Wandels thematisiert werden, richtet sich der Blick vor allem auf die Systeme der sozialen Sicherung und den ins Schlingern geratenden Generationenvertrag. Tendenziell stellt die zurückgehende Zahl der Jüngeren aber auch im privaten und im zivilgesellschaftlichen Bereich viele Unterstützungsformen zwischen den Generationen in Frage und mit den Veränderungen der Familienstrukturen erscheint auch in den Familien das intergenerative Unterstützungspotenzial bedroht.

Sorgenvolle Szenarien werden aber vor allem aus der steigenden Anzahl hochaltriger Menschen abgeleitet: Wird das System der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zukünftigen Gesundheitsproblemen und zunehmender Pflegebedürftigkeit quantitativ und qualitativ gewachsen sein?

Schon heute wird in einigen Regionen und Kommunen Bevölkerungsrückgang zur Bestandsbedrohung. Es folgen Einbrüche der Infrastruktur und Lücken in der Daseinsvorsorge, z.B. in der ärztlichen Versorgung, aber auch bei den sozialen und kulturellen Angeboten.

Für die Individuen bedeutet die verlängerte Lebenserwartung einen Gewinn an Lebenszeit, zugleich aber wächst der Bedarf nach altersgerechtem Wohnraum, nach qualitativ guten, leicht verfügbaren und bezahlbaren Hilfen, Versorgungs- und Unterstützungsangeboten sowie insgesamt mehr Altersfreundlichkeit des sozialräumlichen Umfelds. Es geht auch darum, wie die Menschen ihr Alter aktiv und sinnvoll gestalten können. Wie zum Beispiel lässt sich Erfahrungswissen zum eigenen Nutzen und zum Nutzen anderer einsetzen? Und wie kann es auch im Alter noch weiter entwickelt werden?

## **Differenzierung des Alters und Merkmale zukunftsorientierter Seniorenpolitik**

Die Lebenslagen im Alter können sich stark von einander unterscheiden, je nach dem ob es sich z.B. um junge Alte oder hochaltrige Menschen handelt, um kranke oder gesunde, um mobile oder in ihrer Mobilität Eingeschränkte, um Menschen mit hohem oder niedrigerem Bildungshintergrund, um einkommensstarke oder einkommensschwache Gruppen. Entsprechend unterschiedlich sind nicht nur die Probleme und Bedürfnisse sondern auch die Ressourcen und Potenziale, über die sie verfügen. Es geht nicht nur um die Unterscheidung zwischen fitten jungen Alten und gebrechlichen alten Alten – wie es manchmal verkürzt dargestellt wird.

Zukunftsorientierte Seniorenpolitik – und dies ist ein *erstes* grundlegendes Merkmal – versucht auf die Vielfalt des Alters konzeptionell reagieren. Das heißt nicht nur, die jungen Alten stärker ins Auge zu fassen, sondern generell und bis ins höchste Alter ein differenziertes Altersbild zu Grunde zu legen. Letztlich geht es um die individuelle Einzigartigkeit der Menschen, die mit dem Alter ja eher zunimmt. Dennoch richtet sich Seniorenpolitik nicht am konkreten Einzelfall aus, sondern zielt auf Strukturen und die Steuerung von Prozessen. Nicht einzelne Angebote stehen im Fokus, dies ist ein *zweites* Merkmal, sondern Angebotsstrukturen, Rahmenbedingungen und Impulse für Angebote – speziell solche, die der Förderung von Alterskompetenzen und der Vermeidung und Kompensation von Altersgefährdungen dienen. Angebote dieser Art liegen nicht nur im individuellen Interesse, sondern zugleich im Gesamtinteresse der alternen Gesellschaft. Rahmenbedingungen müssen einerseits verlässlich und tragfähig sein, dürfen jedoch andererseits nicht zu eng oder starr sein. Sie müssen genügend Spielraum bieten, um in ihrer konkreten Ausgestaltung – als Maßnahme, Leistung, Angebot – den Bedürfnissen der Menschen angepasst werden zu können. Um die richtigen Impulse zu setzen und bedarfsgerechte Strukturen zu schaffen, wird es zunehmend für unverzichtbar gehalten, die Älteren selbst in seniorenpolitische Konzeptionsentwicklungen einzubeziehen und ihnen Raum für Mitverantwortung und Mitgestaltung zu geben. Zukunftsorientierte Seniorenpolitik – dies kann als ein *drittes* Merkmal betrachtet werden – versucht die Weichen so zu stellen, dass die Potenziale der Älteren gesellschaftlich besser genutzt werden können. Daran schließt ein *viertes* Merkmal an: Seniorenpolitik muss die Potenziale der Älteren nicht nur erkennen, sondern diese Erkenntnis auch in der Gesellschaft verbreiten und versuchen, Barrieren auszuräumen, die ihrer Entfaltung im Weg stehen – etwa die Dominanz negativer Altersbilder und einer pauschalen Defizitorientierung. Die seniorenpolitische Aufgabe besteht hier in einer Verbesserung

der so genannten „Altenkultur“. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragen: Welcher Wert wird dem Alter als Lebensphase und dem Älterwerden als Prozess im Lebenslauf zuerkannt? Sind wir – mit Blick auf das eigene Leben, aber auch im Umgang mit älteren Menschen – beherrscht von Altersängsten und ist uns der Blick durch negative Altersbilder verstellt? Oder können wir dem Älterwerden auch gute Seiten abgewinnen und lassen sich mit dem Leben im Alter auch positive Erfahrungen und Erwartungen verbinden. Und vor allem: Welche Bedeutung messen wir der Aufgabe zu, Lebensqualität im Alter, also ein „gutes Alter“ zu ermöglichen? Wenn es gelingt, den gesellschaftlichen Diskurs über solche Fragen voranzubringen, hat dies auch positive Rückwirkungen auf die seniorenpolitischen Gestaltungsmöglichkeiten selbst – z.B. wenn es darum geht, den Einsatz finanzieller Mittel demokratisch zu legitimieren.

Den vermutlich wichtigsten Beitrag zur Verbesserung der gesellschaftlichen Alternkultur können die Älteren selbst leisten. Seniorenpolitik hat jedoch die Aufgabe, die vorhandenen Aktivitäten älterer Menschen zum sozialen Zusammenhalt und zum Gemeinwohl besser sichtbar zu machen. Dies ist auch eine Frage der Öffentlichkeitsarbeit. Aber Öffentlichkeitsarbeit muss auf gute Beispiele verweisen können, und es bedarf einer wirkungsvollen Engagementförderung, damit solche Beispiele entstehen und nachhaltig werden. Damit zeichnet sich als ein *fünftes* Merkmal zukunftsorientierte Seniorenpolitik ab, dass sie der Erkenntnis folgt: Es muss nicht nur *für* die Älteren etwas getan werden muss, sondern auch *mit* ihnen und mehr noch – die Älteren selbst werden für den Erhalt der Lebensqualität in einer alternden Gesellschaft dringend gebraucht. Zukunftsorientierte Seniorenpolitik macht sich die Förderung des bürgerschaftlichen Engagements der Älteren zur Aufgabe, weil sie einen doppelten Nutzen hat: Für die beteiligten Älteren selbst wie für die Gesellschaft. Dies berührt nicht nur Fragen der Förderpolitik, sondern auch der Partizipation.

### **Breite des Politikfeldes und Querschnittsorientierung**

Alle genannten Merkmale weisen auf die Breite des Politikfeldes hin. Seniorenpolitik ist breiter aufgestellt als traditionelle Alterssozialpolitik, als Altenhilfepolitik und Pflegepolitik. Sie verweigert sich den sozialen Problemen alter Menschen, wie sie im Sozialgesetzbuch definiert werden, keineswegs. Aber sie geht über den Gestaltungsbereich des SGB XII hinaus und weist viele Bezüge zu Fachpolitiken auch jenseits des Sozialwesens auf. Darin ist eine ressortübergreifende Querschnittsorientierung angelegt – so schwierig sie umzusetzen ist. Der seniorenpolitische Kernbereich entsteht zweifellos in der Verknüpfung von pflegepolitischen, sozialpolitischen und engagementpolitischen Fragestellungen. In ein umfassenderes Gestaltungskonzept sind jedoch die Schnittflächen zu anderen fachpolitischen Feldern einzubeziehen: Gesundheitspolitik, Wohnungspolitik, Verkehrspolitik, Bildungs- und Kulturpolitik, Familienpolitik, Integrationspolitik, Verbraucherschutzpolitik – und immer wieder auch Auswirkungen von Renten- und Beschäftigungspolitik.

### **Zukunftsorientierung – Prozessorientierung**

Ein weiteres Prinzip zukunftsorientierter Seniorenpolitik ist ihre Prozessorientierung. Sie berücksichtigt, dass sich die Probleme wie die Potenziale der älteren Menschen in doppelter Weise verändern können: Einerseits im individuellen Alternsverlauf, wenn auf das optionsreiche dritte Alter voller Möglichkeiten das vierte folgt, in dem gesundheitliche Beeinträchtigungen die Aktionsspielräume deutlich einschränken. Prävention ist daher eine zentrale seniorenpolitische Strategie. Veränderungen gibt es jedoch auch von Alterskohorte zu Alterskohorte. Hier ist bislang eine positive Entwicklung zu beobachten. Die gesundheitliche Situation hat sich stetig verbessert, das Bildungsniveau hat zugenommen, das Alterseinkommen ist – zumindest im Durchschnitt – gestiegen. Dies kann sich ändern, und – um nur das wichtigste Beispiel zu nehmen – Altersarmut könnte nicht wie zur Zeit auf kleine benachteiligte Gruppen be-

schränkt bleiben. Wenn sich aber eine der Rahmenbedingungen ändert, geraten auch die anderen aus der Balance – Seniorenpolitik hat sich dann erneut zu justieren.

### **Politische Steuerung – Partizipation – Netzwerkbildung**

Das Beispiel der Seniorenpolitik zeigt besonders deutlich: Politische Steuerung wird schwieriger. Gerade in einem so unübersichtlichen, querschnittsorientierten und in ständiger Entwicklung begriffenen Bereich bedarf es klarer Orientierungen, umfassender Konzepte, übergreifender konsensgetragener Leitbilder und daraus abgeleiteter Ziele und Maßnahmen. Viele unterschiedliche Interessen müssen zusammengeführt und so moderiert werden, dass sie sich weder wechselseitig blockieren noch unvermittelt nebeneinander herlaufen – was gesellschaftliche Ressourcen verschleudert –, sondern in der Summe zu positiven Entwicklungen mit einem übergeordneten Nutzen führen. Dieser Nutzen liegt ganz allgemein ausgedrückt in einer Sicherung und Steigerung der Lebensqualität im Alter, ohne damit die Lasten für die Jüngeren über Gebühr zu erhöhen. Weder der Staat noch die Wirtschaft und auch nicht die Zivilgesellschaft können diese schwierige Aufgabe allein lösen – zusammen schon. Ihre Zusammenarbeit ist unverzichtbar.

Damit gewinnt Partizipation systematisch an Bedeutung. Auch in der Seniorenpolitik gibt es Tendenzen, sich stärker am Ideal einer Bürgergesellschaft zu orientieren, in der die Bürger nicht nur ihre Rechte beanspruchen, sondern auch bereit sind, Pflichten zu übernehmen. Senioren dazu anzuregen und zu befähigen, sich auch über den Wahlgang hinaus als aktive Bürger zu engagieren, gelingt aber nur, wenn ihr Engagement politisch ernst genommen wird. Die Bereitschaft zu politischer Beteiligung und zur Beteiligung im Rahmen des darüber hinausgehenden bürgerschaftlichen Engagements besteht. Allerdings wollen ältere Bürger nicht zu Ausfallbürgern eines sich zurückziehenden Sozialstaats werden. Viele wollen auch nicht fremdbestimmt für Freiwilligenarbeit

und Ehrenamt „eingesetzt“, gar dienstverpflichtet werden.

Als engagierten und aktiven Bürgern geht es ihnen darum, mitzugestalten, Mitverantwortung zu übernehmen und – in diesem Rahmen – dann auch mitbestimmen zu können. Diesem Engagement Möglichkeiten zu eröffnen, Rahmenbedingungen seiner Förderung zu schaffen, sie nachhaltig auszubauen und strukturell zu sichern ist ein seniorenpolitisches Anliegen.

Politik und öffentliche Verwaltung sind heute oft darauf beschränkt, Ziele zu formulieren, Weichen zu stellen, Rahmenbedingungen zu schaffen, Anregungen zu geben, Anreize zu setzen und unterschiedliche Interessen zu moderieren. Dies gilt auch für den seniorenpolitischen Bereich. Dazu muss jedoch die Mitwirkung und die Beratung von Akteuren eingeholt werden, die näher an den Problemen und Entwicklungen dran sind als Politik und Verwaltung. Gremien im vorparlamentarischen Raum, wie z.B. Seniorenvertretungen und Seniorenbeiräte spielen hier ihre Rolle. Sie werden ernst genommen, wenn sie nicht ausschließlich durch persönliche Betroffenheit oder Verbandsinteressen legitimiert sind, sondern qualifiziert eine Vielfalt von Anliegen älterer Menschen erfassen und sachgerecht vertreten. Um wirkungsvoll handeln zu können, brauchen sie darüber hinaus Grundkenntnisse der Regeln und Verfahrensweisen, nach denen politische Entscheidungsfindung und Verwaltungshandeln ablaufen. Seniorenpolitik muss gegebenenfalls Weiterbildung ermöglichen, um die älteren Bürger für eine wirkungsvolle Partizipation zu qualifizieren. Ohnedies ist Weiterbildung eine zentrale Form der Anerkennung für bürgerschaftlich engagierte ältere Menschen.

Durch den kooperativen Einbezug eines breiten Spektrums von Akteuren, die für das Politikfeld „Alter“ relevant sind, kann sich seniorenpolitische Gestaltbarkeit deutlich verbessern. Die Strategie, um dies es dann in der Praxis geht, heißt Vernetzung. Mitunter bringt Vernetzung auch Reibungsverluste mit sich, und sie erfor-

dert immer spezifische Anstrengungen. Dennoch erscheint die seniorenpolitisch moderierte Vernetzung unterschiedlichster Akteure aus Politik, Verwaltung, Kirchen, Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbänden und Selbstorganisationen der Älteren heute zunehmend unverzichtbar.

### Seniorenpolitische Herausforderungen

Auf einen kurzen Nenner gebracht hat Seniorenpolitik die Aufgabe, Versorgungsstrukturen und Beteiligungsmöglichkeiten für die ältere Bevölkerung vorausschauend bereitzustellen und soziale Ungleichheit abzumildern. Geschlechtsspezifische Altersproblematiken aufgrund von Chancenungleichheit zwischen Frauen und Männern sind dabei ebenso zu berücksichtigen wie spezifische Altersrisiken bestimmter Gruppen mit Migrationshintergrund. Von besonderer Bedeutung ist die alterns- und zugleich generationengerechte Gestaltung des sozialräumlichen Umfelds, in dem die Menschen ihr Alter verbringen. Nicht nur das selbstständige Wohnen in der eigenen Wohnung ist zu sichern. Neben der Verbesserung des betreuten Wohnens und der stationären Versorgung, sollte auch die Entwicklung neuer alternativer Wohnformen gefördert werden.

Aus jedem der Bereiche, welche die Lebenslagen in der zweiten Lebenshälfte prägen, erwachsen seniorenpolitische Herausforderungen. Um sie zu erkennen, muss Seniorenpolitik auf Befunde einer kontinuierlichen Sozialberichterstattung zurückgreifen können. Die Beobachtungsfelder sind bekannt. Im Vordergrund stehen: Erwerbsbeteiligung und Übergang in den Ruhestand, Einkommenssituation und materielle Lage, Gesundheit und gesundheitliche Versorgung, Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, sowie die sozial-geografische Alterung in Kommunen und Regionen.

### Zusammenspiel der Politikebenen

Seniorenpolitik findet auf allen Ebenen des föderalen Politiksystems statt: auf der Ebene des Bundes (Bundesaltenplan), der Länder (Landesaltenpläne) und der Kommunen (kommunale Altenpläne). Um

die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Seniorenpolitik zu verbessern, ist eine Querschnittsorientierung auch für das Zusammenspiel von Bund, Ländern und Kommunen gefordert. Vom Bund kamen in den letzten Jahren seniorenpolitisch progressive Modelle, die auf der Ebene von Ländern und Kommunen bleibende Wirkungen erzielt haben. Ohne die frühzeitige und kontinuierliche Mitwirkung der Länder wäre die Umsetzung solcher Programme, vor allem aber die Sicherung ihrer Nachhaltigkeit kaum möglich gewesen. Die Länder spielen eine wichtige Rolle als Mittler zwischen Bund und Kommunen. Sie können Ideen von beiden Ebenen aufgreifen und weitergeben. Gleichzeitig verfolgen sie eine eigenständige Seniorenpolitik, die sich in entsprechenden Leitbildern, Schwerpunktsetzungen und Förderstrukturen ausdrückt.

Am konkretesten zeigen sich die Herausforderungen des demografischen Wandels jedoch in den Kommunen. Voraussichtlich wird daher die Bedeutung der kommunalen Seniorenpolitik zukünftig stark zunehmen. Landespolitik steht hier jedoch in der Mitverantwortung. Durch landespolitische Steuerungsimpulse und strukturbildende Maßnahmen müssen häufig erst die Grundlagen für eine moderne – über den Zuständigkeitsbereich traditioneller Altenhilfe hinausreichende – kommunale Seniorenpolitik geschaffen werden. Gebraucht werden Rahmenpläne und Leitlinien, fachliche Informationen und Qualifikationsangebote, Foren des Austauschs, interkommunale und landesweite seniorenpolitische Netzwerke. Viele kreisfreie Städte und Landkreise sind auf die Unterstützung des Landes angewiesen, um neue seniorenpolitische Projekte und Programme entwickeln und Förderstrukturen mit nachhaltiger Wirksamkeit aufbauen zu können.

### **Nicht die Gesundheitswirtschaft ist Jobmotor, sondern der Pflegemarkt**

Das Ministerium für Soziales und Gesundheit in Mecklenburg-Vorpommern warnt vor überzogenen Erwartungen an die Gesundheitswirtschaft als Jobmotor. Zwar sind in der Branche seit 2000 jedes Jahr rund 40.000 neue Arbeitsplätze hinzugekommen, schreibt Gerhard Reichert, zuständig für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsberichterstattung, in einem Beitrag für Financial Times Deutschland. Aber das Wachstum der Zahl der Beschäftigten sei vor allem auf die Umwandlung von Vollzeit- in Teilzeitstellen zurückzuführen. Das tatsächlich geleistete Arbeitsvolumen sei dagegen in manchen Bereichen der Gesundheitswirtschaft sogar rückläufig. „Die Gesundheitswirtschaft hat sich also bisher nicht als der von manchen prognostizierte Jobmotor erwiesen“, so Reichert.

Völlig anders sehe die Situation jedoch in der Pflege aus. Hier habe es einen realen Beschäftigungszuwachs gegeben – von den etwa 280.000 neuen Gesundheitsjobs seien allein 149.000 in der Altenpflege entstanden. Wegen des demografischen Wandels werde der Bedarf an Pflege weiter steigen.

Gesundheitsunternehmen haben dann Wachstumschancen, wenn sie ihre Angebote an den Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Wie die Ärzte Zeitung meldet, betonte der Vorsitzende der „Initiative Gesundheitswirtschaft“, Professor Heinz Lohmann auf dem 5. Gesundheitswirtschaftskongress in Hamburg, dass die Konsumenteninteressen in der Gesundheitswirtschaft immer wichtiger werden. Eine zunehmende Patientensouveränität treibe den Wandel im Gesundheitswesen weiter voran.

### **Körperliche Bewegung verlängert das Leben – auch noch im hohen Alter**

In einer israelischen Langzeitstudie wurden mehr als 1.800 über 70-Jährige bis zu 18 Jahre lang wiederholt untersucht und danach befragt, ob sie sich ausreichend körperlich bewegten (mindestens vier Stunden pro Woche) oder nicht (Arch Int Med 169, 2009, 1476).

Für die Langlebigkeit ist nicht so entscheidend, dies das zentrale Ergebnis der Untersuchung, wie viel Sport jemand bereits in seinem Leben gemacht hat, sondern was er aktuell tut, um fit zu sein. Von den 70-Jährigen mit ausreichend Bewegung waren nach acht Jahren noch 85 Prozent am Leben, ohne nur 73 Prozent. Und von den 78-Jährigen mit ausreichend Bewegung lebten acht Jahre später noch 74 Prozent, von den Bewegungsträgern nur 59 Prozent. Von den fitten 85-Jährigen lebten nach drei Jahren sogar noch 93 Prozent, aber nur 75 Prozent der trägen Altersgenossen.

Überraschend war, dass Menschen, die mit 78 Jahren noch träge waren und erst mit etwa 85 aktiv wurden, dann eine ähnlich hohe Lebenserwartung hatten wie solche, die kontinuierlich aktiv waren (Dreijahres-Sterberate 13 versus 8 Prozent). Dagegen starben Teilnehmer, die mit 85 aufhörten, aktiv zu sein, ähnlich rasch wie solche, die nie aktiv waren (Dreijahres-Sterberate je 25 Prozent). Auch 78-Jährige, die plötzlich aufhörten, starben ähnlich rasch wie kontinuierlich Träge.

### **Deutschland als Generalprobe für den demografischen Wandel**

Alle europäischen Länder sind vom demografischen Wandel erfasst, aber in keinem anderen Land ist mit 43,4 Jahren das Durchschnittsalter der Bevölkerung bereits so hoch wie in Deutschland. Ulf Fink, Berlins ehemaliger Gesundheitssenator und Gründer der Initiative „Deutschland - Land des langen Lebens“ sieht daher Deutschland als Generalprobe für die demografische Herausforderung in Europa. Zahlreiche, schon heute vorhandene vorbildhafte Projekte für die grauer werdende Republik könnten zu Exportschlagern gemacht werden. Dies gelte etwa für die Wohnungswirtschaft, die in Zusammenarbeit mit der Sozial- und Gesundheitswirtschaft neue Wohnlösungen für die älter werdende Bevölkerung erarbeitet. Beispielhaft seien auch eine Reihe von Assistenzsystemen, die das Leben im Alter in den eigenen vier Wänden möglich machen und für mehr Lebensqualität trotz körperlicher Gebrechen sorgen.

Im Rahmen der Kongressmesse „Zukunftforum Langes Leben“ in Berlin will die Initiative, der Vertreter der Wirtschaft sowie zweier Bundesministerien angehören, im September 2010 zeigen, was Deutschland als Land des langen Lebens zu bieten hat. Dazu plant der GdW Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen ein Forum zum Thema „Wohnen für ein langes Leben“. Trotz eines „gigantischen Bedarfs“ sind, so GdW-Vorstandsmitglied Ingeborg Esser, von den rund 39 Millionen Wohnungen in Deutschland derzeit gerade einmal 400.000 barrierefrei eingerichtet.

## Sturzrisiko durch Medikamente

Bei Patienten im höheren Lebensalter kann es viele Ursachen für Stürze geben. Hierzu gehört auch, wie die Hamburger Geriater M.K. Modreker und W. von Renteln-Kruse in einer Untersuchung festgestellt haben, die Exposition mit Arzneimitteln. Eine Metaanalyse hat ergeben, dass sich bei Patienten über 60 Jahre das Sturzrisiko erhöht, wenn sie mit mehr als drei oder vier Medikamenten gleichzeitig behandelt werden. Die komplette Erfassung und Beurteilung rezeptierter und nicht rezeptpflichtiger Medikamente sei daher ein essentieller Bestandteil eines Konzepts zur Sturzprävention (Der Internist 50, 2009, 493).

Arzneimittel können das Sturzrisiko über verschiedene Mechanismen erhöhen, etwa durch Beeinträchtigung von Vigilanz und Balance oder durch Veränderung der Sehschärfe, der Blutdruckregulation oder des Muskeltonus. Vulnerable hochaltrige Menschen mit Merkmalen von „frailty“, so die Autoren der Studie, werden häufig mit mehreren Medikamenten behandelt. Sie seien deshalb besonders prädisponiert für unerwünschte Arzneimittelwirkungen, die das Sturzrisiko erhöhen können. Medikamentöse Einflüsse auf das Risiko zu stürzen sind dosisabhängig. Dies ist bislang am besten untersucht für Psychopharmaka. Es wurde eine signifikante Zunahme des Sturzrisikos für die Behandlung mit Psychopharmaka festgestellt. Neben psychotropen Arzneimitteln zählen v. a. Medikamente zur Behandlung kardiovaskulärer Erkrankungen zu den sog. FRIDs (Fall-Risk Increasing Drugs). Unter Behandlung mit Kombinationen der gleichen Medikamentenklasse und/oder Kombination psychotroper und kardiovaskulärer Medikamente ist das Sturzrisiko besonders erhöht.

Interventionsstudien, in denen sturzbegünstigende Arzneimittel bei älteren Patienten abgesetzt und deren Dosis verringert wurden, führten zur Reduktion von Stürzen. Vergleichsweise wenig sei bekannt, inwieweit eine Medikamentenbehandlung das Risiko älterer Patienten zu stürzen verringert, indem Arzneimittel alltagsrelevant sichere Bewegungs- und

Gefähigkeit verbessern. Es kann sich auch lohnen, ein psychotropes Medikament abzusetzen, wenn es der Gesundheitszustand des Patienten erlaubt: In einer Interventionsstudie konnte, wie Renteln-Kruse berichtet, nachgewiesen werden, dass sich durch fraktioniert ausschleichendes Absetzen psychotroper Medikamente, vor allem Benzodiazepine, Antidepressiva und Neuroleptika, die Sturzrate um 66 Prozent verringern lässt.

Auch das Absetzen von Herz-Kreislauf-Medikamenten oder die Dosisreduktion ist bei Sturzneigung zu erwägen: In einer prospektiven Kohortenstudie konnten bei über der Hälfte von 139 Patienten einer geriatrischen Tagesklinik Arzneimittel, die das Sturzrisiko erhöhen, meist komplett abgesetzt oder in der Dosis reduziert werden. Es waren zu 39 Prozent Psychopharmaka und zu 55 Prozent Mittel zur kardiovaskulären Therapie. In der dreimonatigen Nachbeobachtungszeit stürzten signifikant weniger Patienten, bei denen die Arzneimittel abgesetzt wurden.

## Ältere Arbeitnehmer seltener krank als jüngere

Das Vorurteil, ältere Arbeitnehmer seien öfter krank, hält sich hartnäckig – trotz des Einspruchs vieler Experten. Durch den Gesundheitsreport der Techniker Kasse wird es nun erneut empirisch widerlegt: Ältere Menschen zwischen 45 und 55 Jahren sind seltener krank als ihre jungen Kollegen. Zwar ist die Krankheitsdauer der 15-20-Jährigen mit etwa sechs Tagen geringer als die der 45- bis 55-Jährigen (14 Tage), sie sind jedoch fast doppelt so häufig krankgeschrieben wie die Älteren.

## Informationsbroschüren zu Verbraucherrechten im Heim

Drei von der Bundesinteressenvertretung der Nutzerinnen und Nutzer von Wohn- und Betreuungsangeboten im Alter und bei Behinderung e.V. (BIVA) herausgegebene Informationsbroschüren sollen den Verbraucherinnen und Verbrauchern helfen, ihre Rechte zu erkennen und gegebenenfalls einzufordern:

*Der Heimvertrag* (Stand 2008) informiert über die zwingenden Rechte nach dem Heimgesetz und der allgemeinen Rechtsordnung und beschreibt verbraucherfreundliche Regelungen, die über das gesetzliche Muss hinaus gehen. Die Regelungen durch das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz sind hierin nicht erfasst.

*Hilfsmittel im Heim* (Stand 2009) gibt Auskunft über Rechtsansprüche zur Erleichterung der individuellen Lebensführung und zur Unterstützung pflegerischer Maßnahmen, aber auch zur Vorbeugung gegen gesundheitliche Beeinträchtigungen.

*Freiheitsentziehende Maßnahmen* (Stand 2008) erläutert den rechtlichen Rahmen und die Bedingungen, unter denen Eingriffe in persönliche Freiheitsrechte zulässig sind, und zeigen die Schranken auf, die der Gesetzgeber gesetzt hat.

Alle drei Broschüren, deren Erstellung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziell gefördert wurde, können über die Webseite der BIVA kostenlos heruntergeladen werden oder aber gegen einen Unkostenbeitrag von 15 Euro (*Der Heimvertrag*, *Hilfsmittel im Heim*) bzw. 10 Euro (*Freiheitsentziehende Maßnahmen*) plus Versandkosten bei der BIVA-Geschäftsstelle als Broschüre angefordert werden. Ebenso steht die gesamte Publikationsliste der BIVA im Web zum Download zur Verfügung.

Kontakt: BIVA e.V.  
Telefon: (02254) 600 05 40  
E-Mail: heimverzeichnis@biva.de  
www.heimverzeichnis.de

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

#### DZA-Bibliothek

Die Präsenzbibliothek des Deutschen Zentrums für Altersfragen ist an folgenden Tagen geöffnet:  
Dienstag 10.00–19.00 Uhr.  
Mittwoch und Donnerstag 10.00–16.00 Uhr.  
Besucher, die von auswärts anreisen oder die Bibliothek für einen längeren Studienaufenthalt nutzen wollen, können auch einen Termin außerhalb der Öffnungszeiten unter der Telefonnummer (030) 26 07 40-80 vereinbaren.

#### Allgemeines

Asiazobor, E. F. (2009). Surviving without children: life histories of childless aged women in Esan, Nigeria. *Bold*, 19(4), 13–30.

#### Psychologische Gerontologie

Abraham, A. (2009). Körperverhältnisse. Die Beziehung zum Körper im Alter im Horizont der persönlichen Geschichte. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 279–289.

Bryant, C., Jackson, H., & Arnes, D. (2009). Depression and anxiety in medically unwell older adults: prevalence and short-term course. *International psychogeriatrics*, 21(4), 754–763.

Choi, N. G., & McDougall, G. (2009). Unmet needs and depressive symptoms among low-income older adults. *Journal of gerontological social work*, 52(6), 567–583.

Greene, J. A., & Brown, S. C. (2009). The wisdom developmental scale: further validity investigations. *The international journal of aging & human development*, 68(4), 289–320.

Häusel, H.-G. (2009). Das Konsumverhalten Kauf-lustiger. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 59(32/33), 8–14.

Kang, S.-Y., Dietz Domanski, M., & Moon, S. S. (2009). Ethnic enclave resources and predictors of depression among Arizona's Korean immigrant elders. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 489–502.

Kipp, J. (2009). Körper-Selbst und Körperschema im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 291–302.

Kuwert, P., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2009). Impact of forced displacement during World War II on the present-day mental health of the elderly: a population-based study. *International psychogeriatrics*, 21(4), 748–753.

Lackinger Karger, I. (2009). „Über's Altern spricht man nicht ...“. Von der Herausforderung, als Frau zu altern. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 303–312.

Lee, E.-K. O., & Chan, K. (2009). Religious/spiritual and other adaptive coping strategies among Chinese American older immigrants. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 517–533.

Matsumoto, Y. (2009). Dealing with life changes: humour in painful self-disclosures by elderly Japanese women. *Ageing and society*, 29(6), 929–952.

Parks, Hwa-Ok Hannah (2009): Factors associated with the psychological health of grandparents as primary caregivers: an analysis of gender differences. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 191–208.

Stein, B. v. d., & Kretzer, R. (2009). Bedrohte Männlichkeit im Alterungsprozess. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 313–323.

Strug, D. L., Mason, S. E., & Auerbach, C. (2009). How older Hispanic immigrants in New York City cope with current traumatic stressors: practice implications. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 503–516.

#### Soziologische Gerontologie

Armstrong, M. L., Saunders, J. C., & Roberts, A. E. (2009). Older women and cosmetic tattooing experiences. *Journal of women & aging*, 21(3), 186–197.

Ashida, S., Palmquist, A. E. L., & Basen-Engquist, K. (2009). Changes in female support network systems and adaptation after breast cancer diagnosis: differences between older and younger patients. *The gerontologist*, 49(4), 549–559.

Bailey, S. J., Letiecq, B. L., & Porterfield, F. (2009). Family coping and adaptation among grandparents rearing grandchildren. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 144–158.

Baker, L., & Gringart, E. (2009). Body image and self-esteem in older adulthood. *Ageing and society*, 29(6), 977–995.

Banks, S. P. (2009). Intergenerational ties across borders: grandparenting narratives by expatriate retirees in Mexico. *Journal of aging studies*, 23(3), 178–187.

Beck, M. M. (2009). Giving grandparents a LIFT: program teaches kinship caregiving about the family court system. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 337–339.

Burnette, D. (2009). Grandparent caregiving in Caribbean Latino families: correlates of children's departure from care. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 274–290.

Bytheway, B. (2009). Writing about age, birthdays and the passage of time. *Ageing and society*, 29(6), 883–901.

Clarke, L. H., & Bundon, A. (2009). From „the thing to do“ to „defying the ravages of age“: older women reflect on the use of Lipstick. *Journal of women & aging*, 21(3), 198–212.

Coupland, J. (2009). Discourse, identity and change in mid-to-late life: interdisciplinary perspectives on language and ageing. *Ageing and society*, 29(6), 849–861.

Coupland, J. (2009). Time, the body and the reversibility of ageing: commodifying the decade. *Ageing and society*, 29(6), 953–976.

Cox, C. (2009). Custodial grandparents: policies affecting care. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 177–190.

Crittenden, J., Adle, M., & Kaye, L. W. (2009). Substance abuse exposure among youth being raised by grandparents in rural communities: findings from a three-year evaluation. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 291–305.

Dolbin-MacNab, M. L., Rodgers, B. E., & Taylor, R. M. (2009). Bridging the generations: a retrospective examination of adults' relationships with their kinship caregivers. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 159–176.

Gillard, C., & Higgs, P. (2009). The power of silver: age and identity politics in the 21st century. *Journal of aging & social policy*, 21(3), 277–295.

Greif, G. L. (2009). Understanding older men and their male friendships: a comparison of African American and white men. *Journal of gerontological social work*, 52(6), 618–632.

Guo, M., Chi, I., & Silverstein, M. (2009). Intergenerational support of Chinese rural elders with migrant children: Do sons' or daughters' migrations make a difference? *Journal of gerontological social work*, 52(5), 534–554.

Hayslip, B., Glover, R. J., & Harris, B. E. (2009). Perceptions of custodial grandparents among young adults. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 209–224.

Heisterkamp, G. (2009). Der alte Großvater und der Enkel. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 339–351.

Khodyakov, D., & Carr, D. (2009). The impact of late-life parental death on adult sibling relationships. Do parents' advance directives help or hurt? *Research on aging*, 31(5), 495–519.

Killick, C., & Taylor, B. J. (2009). Professional decision making on elder abuse: systematic narrative review. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(3), 211–238.

Lee, H. Y., & Eaton, C. K. (2009). Financial abuse in elderly Korean immigrants: mixed analysis of the role of culture on perception and help-seeking intention. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 463–488.

Littlewood, K. A., & Strozier, A. L. (2009). Florida Kinship Center. Program profiles. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 306–310.

Lowenstein, A. (2009). Elder abuse and neglect – „old phenomenon“: new directions for research, legislation, and service developments. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(3), 278–287.

- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., & Band-Winterstein, T. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? data from the first national prevalence survey in Israel. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(3), 253–277.
- Merz, E.-M., Schuengel, C., & Schulze, H.-J. (2009). Intergenerational relations across 4 years: well-being is affected by quality, not by support exchange. *The gerontologist*, 49(4), 536–548.
- Nikander, P. (2009). Doing change and continuity: age identity and the micro-macro divide. *Ageing and society*, 29(6), 863–881.
- Norrick, N. R. (2009). The construction of multiple identities in elderly narrators' stories. *Ageing and society*, 29(6), 903–927.
- Otto, W.-G. (2009). Zwischen Leisten und Losslassen: Altersbilder in der Ratgeberliteratur der Gegenwart. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(5), 6–10.
- Page, C., Conner, T., & Prokhorov, A. (2009). The effect of care setting on elder abuse. Results from a Michigan survey. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(3), 239–252.
- Persson, D. I. (2009). Unique challenges of transgender aging: implications from the literature. *Journal of gerontological social work*, 52(6), 633–646.
- Pinazo-Hernandis, S., & Tompkins, C. J. (2009). Custodial grandparents. The state of the art and many faces of this contribution. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 137–143.
- Pinquart, M., Stotzka, C., & Silbereisen, R. K. (2009). Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Ambivalenz gegenüber dem Eingehen einer Partnerschaft. *Zeitschrift für Familienforschung*, 21(2), 193–206.
- Ploeg, J., & Fear, J. (2009). A systematic review of interventions for elder abuse. *Journal of elder abuse & neglect*, 21(3), 187–210.
- Prauß, A. (2009). Das Kreuz mit dem Kreuzchen. Wie pflegebedürftige alte Menschen von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen können. *Pro Alter*, 41(2), 42–43.
- Romeu Gordo, L. (2009). Why are women delaying motherhood in Germany? *Feminist economics*, 15(4), 57–75.
- Rosa, J. (2009). Catholic Charities Caregivers Support Services Kinship Caregiving Program. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 334–336.
- Sawchuk, D. (2009). The raging grannies: defying stereotypes and embracing aging through activism. *Journal of women & aging*, 21(3), 171–185.
- Saxena, D., & Sanders, G. F. (2009). Quality of grandparent-grandchild relationship in Asian-Indian immigrant families. *The international journal of aging & human development*, 68(4), 321–337.
- Schwartz, B. (2009). The impact of a „tiny“ brookdale grant: Illinois Department on Aging, Grandparents and other Relatives Raising Children Program. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 325–327.
- Shim, W. S., & Nelson-Becker, H. (2009). Korean older intimate partner violence survivors in North America: cultural considerations and practice recommendations. *Journal of women & aging*, 21(3), 213–228.
- Worrall, J. (2009). When grandparents take custody – changing intergenerational relationships: the New Zealand experience. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 259–273.
- Zeman, P. (2009). Kulturarbeit mit älteren Migranten und Migrantinnen – (K)eine gesellschaftliche Aufgabe? *Informationsdienst Altersfragen*, 36(5), 2–5.
- Geriatric/Gesundheitliche Versorgung**
- Batljan, I., Lagergren, M., & Thorslund, M. (2009). Population ageing in Sweden: the effect of change in educational composition on the future number of older people suffering severe ill-health. *European journal of ageing*, 6(3), 201–211.
- Batljan, I., & Thorslund, M. (2009). The effect of change in educational composition on population ageing. *European journal of ageing*, 6(3), 191–200.
- Carder, P. C., Zimmermann, S., & Schumacher, J. G. (2009). Understanding the intersection of individual needs and choices with organizational practices. the case of medication management in assisted living. *The gerontologist*, 49(4), 463–473.
- Conn, V. S., Haf Dahl, A. R., & Cooper, P. S. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *The gerontologist*, 49(4), 447–462.
- Ferreira, M., & Kalula, S. (2009). Ageing, women and health: emerging caregiving needs in sub-Saharan African countries. *Bold*, 19(4), 2–12.
- Kipp, J., & Stein, B. v. d. (2009). Grundfragen der Psychosomatik im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 247–263.
- Ko, Y.-M., Park, W.-B., & Lim, J.-Y. (2009). Discrepancies between balance confidence and physical performance among community-dwelling Korean elders: a population-based study. *International psychogeriatrics*, 21(4), 738–747.
- Kolomer, Stacey R. (2009): Grandparent caregivers' health and management of prescription. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 243–258
- Kütemeyer, M. (2009). Karzinomschmerz – ein dissoziatives Phänomen? *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 325–337.
- Litwin, H., & Sapir, E. V. (2009). Forgone health care due to cost among older adults in European countries and in Israel. *European journal of ageing*, 6(3), 167–176.
- Nygren, C., & Iwarsson, S. (2009). Negotiating and effectuating relocation to sheltered housing in old age: a Swedish study over 11 years. *European journal of ageing*, 6(3), 177–189.
- Verropoulou, G. (2009). Key elements composing self-rated health in older adults: a comparative study of 11 European countries. *European journal of ageing*, 6(3), 213–226.
- Windel, K. (2009). Alternende Körper und Pflegebedürftigkeit. Eindrücke und Reflektionen aus dem hausärztlichen und geriatrischen Arbeitsbericht. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 265–277.
- Zeug, A., Lindner, J., & Julius, U. (2009). Beziehungen zwischen Aktivitäten des täglichen Lebens und Glukosestoffwechsel bei geriatrischen Typ-2-Diabetikern. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 323–327.
- Gerontopsychologie**
- Ayalon, L. (2009). Fears come true: the experiences of older care recipients and their family members of live-in foreign home care workers. *International psychogeriatrics*, 21(4), 779–786.
- Beaulieu-Bonneau, S., & Hudon, C. (2009). Sleep disturbances in older adults with mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*, 21(4), 654–666.
- Bouchard Ryan, E., Bannister, K. A., & Anas, A. P. (2009). The dementia narrative: writing to reclaim social identity. *Journal of aging studies*, 23(3), 145–157.
- Burns, A., Allen, H., & Tomenson, B. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *International psychogeriatrics*, 21(4), 711–721.
- Cooper, C., Maxmin, K., & Selwood, A. (2009). The sensitivity and specificity of the modified conflict tactics scale for detecting clinically significant elder abuse. *International psychogeriatrics*, 21(4), 774–778.
- Ellis, K. A., Bush, A. I., & Darby, D. (2009). The Australian Imaging, Biomarkers and Lifestyle (AIBL) study of aging: methodology and baseline characteristics of 1112 individuals recruited for a longitudinal study of Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics*, 21(4), 672–687.
- Groß, J. (2009). Zumutbarkeit individuell abwägen. *Demenz-WG: Übernahme von Mehrkosten durch Sozialhilfeträger. Häusliche Pflege*, 18(9), 44–45.
- Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz. (2009). *TUP*, 60(4), 254–260.
- Hulko, W. (2009). From „not a big deal“ to „hellish“: experiences of older people with dementia. *Journal of aging studies*, 23(3), 131–144.
- Kim, Y. (2009). Korean-American family postcaregivers on dementia caregiving: a phenomenological inquiry. *Journal of gerontological social work*, 52(6), 600–617.
- Klenovsky, C., & Bruns, W. (2009). Von Fall zu Fall. Viele Probleme im Pflegealltag resultieren aus dem herausfordernden Verhalten demenzkranker Menschen. *Altenpflege*, 34(9), 35–37.
- Lautenschlager, N. T. (2009). Top cited papers in *International Psychogeriatrics*: 4. Effects of individualized vs. classical „relaxation“ music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. *International psychogeriatrics*, 21(4), 667–671.
- Lind, S. (2009). Ängste lindern. Hilfe bei Demenz. *Altenpflege*, 34(9), 26–28.
- Mathias, J. L., & Lucas, L. K. (2009). Cognitive predictors of unsafe driving in older drivers: a meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 21(4), 637–653.
- Mujic, F., Heising, M. v., & Stewart, R. J. (2009). Mental capacity assessments among general hospital inpatients referred to a specialist liaison psychiatry service for older people. *International psychogeriatrics*, 21(4), 729–737.
- Niepel, A. (2009). Ruhe suchen. In immer mehr Pflegeheimen ist eine Bushaltestelle fester Bestandteil eines therapeutischen Gartens. *Altenpflege*, 34(9), 29–30.
- Nitrini, R., Bottino, C. M. C., & Albalá, C. (2009). Prevalence of dementia in Latin America: a collaborative study of population-based cohorts. *International psychogeriatrics*, 21(4), 622–630.
- Pilotprojekt „Qualitätsmanagement Pflege und Betreuung Demenzkranker in der stationären Altenhilfe“ (4). (2009). *TUP*, 60(4), 253–254.
- Piquet, O., Halliday, G. M., & Creasey, H. (2009). Frontotemporal dementia and dementia with Lewy bodies in a case-control study of Alzheimer's disease. *International psychogeriatrics*, 21(4), 688–695.
- Prakash, O., Kumar, C. N., & Shivakumar, P. T. (2009). Clinical presentation of mania compared with depression: data from a geriatric clinic in India. *International psychogeriatrics*, 21(4), 764–767.
- Shibusawa, T., & Padgett, D. (2009). The experiences of „aging“ among formerly homeless adults with chronic mental illness: a qualitative study. *Journal of aging studies*, 23(3), 188–196.
- Städtler-Mach, B. (2009). Glauben leben. Hilfe bei Demenz. *Altenpflege*, 34(9), 32–33.
- Werner, P., Stein-Shvachman, I., & Korczyn, A. D. (2009). Early onset dementia: clinical and social aspects. *International psychogeriatrics*, 21(4), 631–636.
- Whitehouse, P., & George, D. (2009). Die Medikalisierung von Alzheimer. *Demenz*, 1(1), 55–58.

- Woodward, M. C., & Woodward, E. (2009). A national survey of memory clinics in Australia. *International psychogeriatrics*, 21(4), 696–702.
- Zeintl, M., & Kliegel, M. (2009). Effects of age and contextualized material on working memory span performance. *European journal of ageing*, 6(3), 237–245.
- Sozialpolitik/ Soziale Sicherung**
- Ausland; Kostenerstattung an Sozialhilfeträger; Sozialhilfeempfänger; überörtlicher Träger; gemeinsame Wohnung; vorübergehendes Zusammenleben]. § 108 Abs. 1 BSGH. (2009). ZFSH, SGB, 48(8), 502–504.
- Bieber, U., Münch, W., & Weinhardt, M. (2009). Alterssicherung in Deutschland 2007. Neue Studie vereint bewährte Berichterstattung mit methodischen Innovationen. *Deutsche Rentenversicherung*, 64(3), 203–222.
- Dimova-Hözl, R. (2009). Alterssicherung in Bulgarien – ein Überblick über das bulgarische Rentenversicherungssystem. ZFSH, SGB, 48(9), 515–524.
- Faik, J. (2009). OLG-Modelle und Alterssicherung: ein Überblick. *Deutsche Rentenversicherung*, 64(3), 241–253.
- Geyer, J., & Steiner, V. (2009). Zahl der Riester-Renten steigt sprunghaft. Aber Geringverdiener halten sich noch zurück. *Wochenbericht*, 76(32), 534, 536–541.
- Götze, R., Cacace, M., & Rothgang, H. (2009). Von der Risiko- zur Anbieterselektion. Eigendynamiken wettbewerblicher Reformen in Gesundheitssystemen des Sozialversicherungstyps. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(2), 149–175.
- Greß, S., Walendzik, A., & Wasem, J. (2009). Auswirkungen der Maßnahmen gegen Nichtversicherung im GKV-WVG. Eine Zwischenbilanz. *Sozialer Fortschritt*, 58(7), 147–154.
- Groh-Samberg, O. (2009). Sorgenfreier Reichtum: jenseits von Konjunktur und Krise lebt nur ein Prozent der Bevölkerung. *Wochenbericht*, 76(35), 590, 592–597.
- Hauser, R. (2009). Das 30-30-Modell zur Bekämpfung gegenwärtiger und künftiger Altersarmut. *Soziale Sicherheit*, 58(7/8), 264–269.
- Kim, J. (2009). Early retirement in the three types of welfare states. *Research on aging*, 31(5), 520–548.
- Leisering, L., & Vitić, I. (2009). Die Evolution marktregulativer Politik. Normbildung in hybriden Bereichen sozialer Sicherung ; das Beispiel der Unisex-Tarife für die Riester-Rente. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(2), 97–123.
- Loose, B. L. (2009). Grundversicherungsquote im Alter deutlich geringer als bei Jüngeren. *RV aktuell*, 56(7), 232–233.
- Ochmann, R., & Steiner, V. (2009). Vermögensstrukturen im Lebenszyklus. Immer noch große Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. *Wochenbericht*, 76(36), 614, 616–621.
- Rürup, B. (2009). Vom Elend der wissenschaftlichen Politikberatung. *Sozialer Fortschritt*, 58(8), 177–182.
- Schmähl, W. (2009). Zuwanderungen aus Nicht-EU-Ländern (Drittstaaten) und die deutsche soziale Sicherung. *Deutsche Rentenversicherung*, 64(3), 187–202.
- Scholl, A., & Hoffmann, D. (2009). Neue Wege für Information, Transfer, Beratung und Vernetzung in NRW. Praxisnahe Ansätze für sich wandelndes, kommunales Handeln. *Pro Alter*, 41(2), 23–26.
- Sesselmeier, W., Haupt, M., Somaggio, G., & Yollu-Tok, A. (2009). Auswirkungen der Finanz- und Wirtschaftskrise auf die soziale Sicherung. *Sozialer Fortschritt*, 58(8), 183–188.
- Siegfried, M. (2009). Bettelgaben – ein „out of limits“ des SGB XII. Zur Frage der Anrechenbarkeit von Bettelgaben als Einkommen nach dem SGB XII. ZFSH, SGB, 48(7), 393–396.
- Stapf-Finé, H. (2009). Sozialpolitik kann Wahlen entscheiden. Sozialpolitische Perspektiven der Bundestagsparteien. *Soziale Sicherheit*, 58(7/8), 245–249.
- Stegmann, M. (2009). Das Einkommen aus der gesetzlichen Rentenversicherung von Senioren im Alter über 65 Jahren: Ergebnisse der Rentenzahlbestandsstatistik 2008. *Deutsche Rentenversicherung*, 64(3), 254–269.
- Tamborini, C. R., Iams, H. M., & Whitman, K. (2009). Marital history, race, and social security spouse and widow benefit eligibility in the United States. *Research on aging*, 31(5), 577–605.
- Viebrok, H. (2009). Aufgaben und Arbeitsweise des Schätzerkreises Rentenversicherung. *RV aktuell*, 56(7), 219–224.
- Weller, C. E., & Wenger, J. B. (2009). What happens to defined contribution accounts when labor markets and financial markets move together? *Journal of aging & social policy*, 21(3), 256–276.
- Wenner, U. (2009). Trotz Mitgliedschaft in einem berufsständischen Versorgungswerk werden Erziehungszeiten bei gesetzlicher Rente anerkannt. *Soziale Sicherheit*, 58(7/8), 275–278.
- Wiegand, W. (2009). Spieglein, Spieglein an der Wand, wer ist (war) der erfolgreichste Politikberater im Land? *Sozialer Fortschritt*, 58(8), 173–176.
- Gesundheitswesen / Kranken- / Pflegeversicherung**
- Basistarif; Beobachtungspflicht; gesetzliche Krankenkasse; Gesundheitsreform 2007; Jahrestgeltgrenze; private Krankenversicherung; Versicherungswechsel; Wettbewerb]. (2009). ZFSH, SGB, 48(7), 396–422.
- Becker, J. (2009). Kasse mit Gestaltungskraft. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(7/8), 16–17.
- Lucke, M., Stöckle, U., & Lucke, C. (2009). Zur Geschichte von Diagnostik und Therapie hüftnaher Femurfrakturen bis zum Beginn der operativen Therapie. Ein historischer Überblick. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 311–316.
- Marscholke, M., Nemitz, G., & Gietzelt, M. (2009). Predicting in-patient falls in a geriatric clinic. A clinical study combining assessment data and simple sensory gait measurements. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 317–321.
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., & Daniels, L. M. (2009). Regret in later life: exploring relationships between regret frequency, secondary interpretive control beliefs, and health in older individuals. *The international journal of aging & human development*, 68(4), 261–288.
- Pottins, I., Irlé, H., & Korsukéwitz, C. (2009). Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation. *RV aktuell*, 56(8), 267–275.
- Reichelt, H. (2009). Rezepte für mehr Wettbewerb. Bundestagswahl 2009. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(7/8), 23–29.
- Reiners, H. (2009). Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Anmerkungen zum Postulat einer nachhaltigen GKV-Reform. *Gesundheit und Gesellschaft*, 9(7), 7–12.
- Rexin, B. (2009). Mehr Lebensqualität für Chroniker. *Disease Management. Gesundheit und Gesellschaft*, 12(7/8), 18–19.
- Sell, S. (2009). Die Suche nach der Goldformel. *Gesundheit und Gesellschaft*, 12(7/8), 35–41.
- Altenhilfe/ Altenpolitik/ Freie Wohlfahrtspflege**
- Articus, S. (2009). „Die Förderung aktiven Alters lässt die Gesellschaft wieder enger zusammenrücken“. *Kommunale Seniorenpolitik aus Sicht der Städte. Pro Alter*, 41(2), 30–32.
- Bode, S., & Müller, T. (2009). Mehr Aufwand lohnt sich. Leistungsorientierte Vergütung. *Altenheim*, 48(9), 18–19.
- Klie, T. (2009). Bundessozialgericht zu den Aufgaben einer verantwortlichen Pflegefachkraft. *Das Urteil. Altenheim*, 48(9), 25–26.
- Kremer-Preiß, U. (2009). „Es geht um einen Paradigmenwechsel“. Eckpunkte einer quartiersbezogenen kommunalen Altenhilfeplanung. *Pro Alter*, 41(2), 8–17.
- Okafor, M. C. (2009). Avenues and barriers to access of services for immigrant elders: state and local policies for OAA units on aging. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 555–564.
- Stratmann, J. (2009). Aktivitäten und Modellprojekte zwischen Rhein und Weser. *Pro Alter*, 41(2), 27–29.
- Wilken, B. (2009). Öcher Frönnde, Herzeitlose, Super 60 .... Acht herausragende Projekte gewinnen im Wettbewerb der Stiftung Pro Alter. *Pro Alter*, 41(2), 38–41.
- Sozialarbeit/ Altenarbeit/ Ehrenamt**
- Bhattacharya, G., & Shibusawa, T. (2009). Experiences of aging among immigrants from India to the United States: social work practice in a global context. *Journal of gerontological social work*, 52(5), 445–462.
- Fringer, A., & Schnepf, W. (2009). Anforderungen an die Schulung ehrenamtlicher Helfer im Bereich der Angehörigenpflege. *Pflegewissenschaft*, 11(7/8), 431–440.
- Müller, C. W. (2009). 90 Jahre und kein bisschen leiser – zur Geschichte der AWO. *TUP*, 60(4), 276–287.
- Suanet, B., Groenou, M. B. v., & Braam, A. W. (2009). Changes in volunteering among young old in the Netherlands between 1992 and 2002: the impact of religion, age-norms, and intergenerational transmission. *European journal of ageing*, 6(3), 157–165.
- Pflege/ Pflegebedürftigkeit/ Rehabilitation**
- Bierther, I. R. (2009). Risikofaktor Sprache. Eine mangelhafte Pflegedokumentation kann im Zweifelsfall zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses führen. *Altenpflege*, 34(9), 47–48.
- Bierther, I. R. (2009). Wunsch und Wille. In Sachen Patientenverfügung gibt es jetzt ein wenig mehr Rechtssicherheit. *Altenpflege*, 34(8), 46–47.
- Cramer-Scharnagl, D. (2009). Wissensmanagement in sozialen Einrichtungen. *Heim + Pflege*, 40(8/9), 230–241.
- Einbock, N. (2009). Kompetent und kooperativ. *Wundversorgung. Altenpflege*, 34(8), 32–33.
- Gurk, S. (2009). Mutlos, lustlos, antriebslos. Zunehmend mehr Altenpflegekräfte leiden unter Depressionen. *Altenpflege*, 34(8), 44–45.
- Hanika, H. (2009). Pflegerecht und Patientensicherheit im Lichte der Delegations-, Substitutions- und Allokationsdiskussion. *Pflegerecht*, 13(8), 372–378.
- Hausmann, S. (2009). Standards – von Experten empfohlen. *Heim + Pflege*, 40(8/9), 255–258.
- Heidenreich, J. (2009). Wenn Alte Alte pflegen – ältere Arbeitnehmer n der Pflege. *Pflegerecht*, 13(7), 327–330.
- Heuser, K. (2009). Ursache und Wirkung. *Wundversorgung. Altenpflege*, 34(8), 26–28.
- In Bewegung bleiben. *Fernfortbildung Teil 2. (2009). Altenpflege*, 34(8), 6–8.
- Jonas, I. (2009). Ein neuer Weg zur Begleitung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase. *Die qualitätsgeleitete Pflegeoase. Pro Alter*, 41(2), 46–51.

- Kämmer, K. (2009). Controlling ist keine Hexerei. PDL. *Altenpflege*, 34(9), 40–41.
- Kämmer, K. (2009). Fehlzeiten senken. Personalausfälle treffen Pflegeheime und Pflegedienste in ihrem Kern. *Altenpflege*, 34(8), 35–37.
- Kane, R. L., & Kane, R. A. (2009). We've looked at care from both sides now: the effects of alternative evaluation strategies on study conclusions. *Journal of aging & social policy*, 21(3), 246–255.
- Knodel, A. (2009). Dem Teufelskreis entfliehen. Tagtäglich kommt es in der Praxis zu freiheitsentziehenden Maßnahmen. *Altenpflege*, 34(8), 39–40.
- Lötzerich, U. (2009). Sorgsame Partnerwahl. Vermittlungsagenturen: Kooperation mit seriösen Anbietern kann Leistungsportfolio erweitern. *Häusliche Pflege*, 18(9), 26–29.
- Ludewig, C. (2009). Spiritualität in der Pflege. *Pro Alter*, 41(2), 56–59.
- Pfeiffer-Schupp, U. (2009). Prä-Therapie in der Altenpflege. Neue Zugänge zu Menschen mit schwerer Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 336–341.
- Roßbruch, R. (2009). Dekubiti – kein fahrlässiges Fehlverhalten des Pflegepersonals. BGB §§ 31, 253 Abs. 2, 278, 280 Abs. 1, 823 Abs. 1, 831, 1922. *Pflegerecht*, 13(8), 392–397.
- Roßbruch, R. (2009). Leistungserbringer muss Streit über Vergütung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) direkt mit der Krankenkasse austragen. SGB V § 13 Abs. 3. *Pflegerecht*, 13(7), 350–352.
- Roßbruch, R. (2009). Schmerzensgeld für Pflege-mängel. Mangelnde Dekubitusprophylaxe im Krankenhaus. *Pflegerecht*, 13(7), 344–349.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Haftung des Krankenhausträgers und des diensthabenden und aufsichtsführenden Pflegepersonals. BGB §§ 242, 253 Abs. 2, 280 Abs. 1 Satz 1, 362, 611, 823 Abs. 1. *Pflegerecht*, 13(8), 403–407.
- Rudolphi, B. (2009). Ein peinliches Gefühl. Ekel als Tabuthema in der Pflege. *Dr. med. Mabuse*, 34(181), 26–28.
- Sahmel, K.-H. (2009). Pflegedidaktik im Widerspruch. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 465–472.
- Schlüter, W. (2009). Implementierung eines Fehlermanagementkonzepts – Teil II. *Heim + Pflege*, 40(8/9), 216–220.
- Schmidt, S. (2009). Interkulturelle Pflegeberatung – Paradigmenwechsel erforderlich. *Informationsdienst Altersfragen*, 36(5), 12–15.
- Schwansee, O. (2009). Rechtliche Gesichtspunkte der enteralen Ernährung. *Heim + Pflege*, 40(8/9), 245–249.
- Schwendtke, S. (2009). Golfplatz im Heim. Virtuelle Spielekonsolen lassen sich therapeutisch sinnvoll einsetzen. *Altenpflege*, 34(9), 42–43.
- Seigel, M. (2009). Pflegekleidung – sie schützt und setzt Zeichen. Die vielfältigen Aufgaben von Kleidung in der Pflege. *Häusliche Pflege*, 18(8), 36–39.
- Tegeler, J. (2009). Servicegesellschaft: flexibles Modell mit Zukunft. *Heim + Pflege*, 40(8/9), 251–253.
- Uhlig, M. (2009). Verbesserte Betreuung von Diabetikern tut not. Einführung eines Diabetiker-Pflegemanagements hebt die Lebensqualität Pflegebedürftiger. *Pro Alter*, 41(2), 60–64.
- Wiefel, D. (2009). Erinnern. Ein Tag mit Doreen Wiefel. *Altenpflege*, 34(8), 6–7.
- Winter, S., & Matzawrakos, A. (2009). Ekel in der Pflege. Auswertung eines Fragebogens. *Psychotherapie im Alter*, 6(3), 353–362.
- Familiale Altenpflege**
- Donath, C., Winkler, A., & Gräßel, E. (2009). Short-term residential care for dementia patients: predictors for utilization and expected quality from a family caregiver's point of view. *International psychogeriatrics*, 21(4), 703–710.
- Fringer, A., Franken, G., & Schnepf, W. (2009). Zur Darstellung von Angehörigenpflege und Ehrenamt in lokalen Printmedien: Inhaltsanalytische Untersuchung am Beispiel eines Modellprojekts. *Pflege & Gesellschaft*, 14(3), 254–281.
- Gulwadi, G. B. (2009). Restorative home environments for family caregivers. *Journal of aging studies*, 23(3), 197–204.
- Kimura, J., & Browne, C. V. (2009). Eldercare in a Filipino community: older women's attitudes toward caregiving and service use. *Journal of women & aging*, 21(3), 229–243.
- Klott, S. (2009). Das unbekannte Wesen. *Pflegende Söhne*. *Dr. med. Mabuse*, 34(181), 58–60.
- Kofahl, C., Lüdecke, D., & Döhner, H. (2009). Der Einfluss von Betreuungsbedarf und psychosozialer Determinanten auf Belastung und Wohlbefinden von pflegenden Angehörigen alter Menschen. Ergebnisse aus der deutschen Teilstichprobe des Projekts EUROFAMCARE. *Pflege & Gesellschaft*, 14(3), 236–253.
- Lyons, K. S., Stewart, B. J., & Archbold, P. G. (2009). Optimism, pessimism, mutuality, and gender: predicting 10-year role strain in Parkinson's disease spouses. *The Gerontologist*, 49(3), 378–387.
- Stevens-Roseman, E. S. (2009). Eleven tips to lighten the load: optimizing the blessing of family caregiving. *Journal of gerontological social work*, 52(4), 401–405.
- Stone, L. J., & Clements, J. A. (2009). The effect of nursing home placement on the perceived levels of caregiver burden. *Journal of gerontological social work*, 52(3), 193–214.
- Sussman, T. (2009). The influence of service factors on spousal caregivers' perceptions of community services. *Journal of gerontological social work*, 52(4), 406–422.
- Soziale Dienste/ Ambulante Dienste/ Pflegedienste**
- Berg, R. (2009). Mezzanine-Darlehen: auf private Geldgeber setzen. Sanierung ohne Kreditinstitute zu beanspruchen. *Häusliche Pflege*, 18(9), 48–52.
- Büscher, A., & Schaeffer, D. (2009). Zugänglichkeit und Nachhaltigkeit in der Langzeitversorgung – der Aufbau von Pflegestützpunkten vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen. *Pflege & Gesellschaft*, 14(3), 197–215.
- Eyer, E. (2009). Werden Sie ein attraktiver Arbeitgeber. Brennpunkt Fachkräftemangel: Mitarbeiter gewinnen und halten. *Häusliche Pflege*, 18(8), 20–23.
- Heiber, A. (2009). Regel, Anlass, Wiederholung. Die neu überarbeiteten Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die MDK-Prüfungen. *Häusliche Pflege*, 18(9), 20–25.
- Hoffmann, A. (2009). Prozessqualität muss nachvollziehbar sein. *Häusliche Krankenpflege: fristlose Kündigung des Vertrages nach § 132a Abs. 2 SGB V. Häusliche Pflege*, 18(8), 32–33.
- Höhmann, U. (2009). Pflegestützpunkte als Brücken im System: Anmerkungen zu Vernetzungschancen. *Pflege & Gesellschaft*, 14(3), 215–236.
- Kaminski, R. (2009). Mehrere Mahnstufen einführen. Mit einem konsequenten Mahnwesen die Liquidität des Pflegedienstes verbessern. *Häusliche Pflege*, 18(8), 26–27.
- King, Sharon; Kropf, Nancy P. & Perkins, Molly (2009): Kinship care in rural Georgia communities: responding to needs and challenges of grandparent caregivers. *Journal of intergenerational relationships*, 7(2/3), 225–242.
- Meixner, K., Dudeck, A., & Glattacker, M. (2009). Patientenzufriedenheit in der ambulanten Pflege (ZAP). Entwicklung, Pilottestung und Anwendungsmöglichkeiten eines Fragebogens. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 453–464.
- Otto, M. (2009). Vom Pflegedienst zum Vollversorger. Veränderungsprojekt: Pflegedienst nutzt zur Neuausrichtung System der Balanced Scorecard. *Häusliche Pflege*, 18(9), 30–34.
- Tummes, C. (2009). Häusliche Pflege Trendbarometer. *Häusliche Pflege*, 18(9), 16–17.
- Heimunterbringung/ Heime**
- Althammer, T., & Sehlbach, O. (2009). CRM-Software. Belegung professionell managen. *Altenheim*, 48(8), 36–38.
- Augurzky, B., & Krolop, S. (2009). Gute Aussichten trotz Überkapazitäten. *Pflegeheim Rating Report 2009. Altenheim*, 48(8), 20–23.
- Augurzky, B., & Krolop, S. (2009). Preise unterschiedlich – Pflegequalität gleich. *Pflegeheim Rating Report 2009. Altenheim*, 48(8), 16–19.
- Barczyk, A. N., & Davis, K. (2009). Analysis of the Civil Rights of Institutionalized Persons Act (CRIPA) of 1980. The current avenue for protecting individuals in institutions. *Journal of policy practice*, 8(3), 188–203.
- Bilek, A. (2009). Mit System zur optimalen Dienstleistung. Eilenriedestift Hannover. *Altenheim*, 48(9), 46–47.
- Cohen-Mansfield, J., Regier, N. G., & Peyser, H. (2009). Wisdom of generations: a pilot study of the values transmitted in ethical wills of nursing home residents and student volunteers. *The gerontologist*, 49(4), 525–535.
- Curry, L. A., Robinson, J., & Shugrue, N. (2009). Individual decision making in the non-purchase of long-term care insurance. *The gerontologist*, 49(4), 560–569.
- Flores, C., & Newcomer, R. (2009). Monitoring quality of care in residential care for the elderly: the information challenge. *Journal of aging & social policy*, 21(3), 225–242.
- Hoffmann, A. (2009). Mit der Vermietung verknüpfte Leistungen prüfen. Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) : Anwendungsbe- reich und wesentliche Inhalte. *Häusliche Pflege*, 18(8), 41–43.
- Iffland, S. (2009). Stellung beziehen. Nach der Qualitätsprüfung – vor der Veröffentlichung. *Altenheim*, 48(8), 32–34.
- Klie, T. (2009). Oberlandesgericht Düsseldorf zur Obhutspflicht des Heimes bei rauchenden Bewohnern. Das Urteil. *Altenheim*, 48(8), 27–28.
- Lockhart, C. (2009). Commentary: is assisted living in the United States well served by regulations requiring the reporting of detailed operational data that are then posted on the Internet? *Journal of aging & social policy*, 21(3), 243–245.
- Möwisch, A., & Michel, L. (2009). Aus Bewohnern werden Verbraucher. Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz. *Altenheim*, 48(9), 30–32.
- Reinfurt, D. (2009). In der Küche leben. Küchenplanung. *Altenheim*, 48(9), 44–45.
- Roßbruch, R. (2009). Anwendbarkeit des Heimgesetzes auf eine „Seniorenwohngemeinschaft“. *HeimG §§ 1 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2, 12 Abs. 2; SGB XI § 15 Abs. 1; WVG § 80 Abs. 5. Pflegerecht*, 13(8), 413–419.
- Schnelle, J. F., Bertrand, R., & Hurd, D. (2009). Resident Choice and the survey process: the need for standardized observation and transparency. *The gerontologist*, 49(4), 517–524.

- Utley-Smith, Q., Colón-Emeric, C. S., & Lekan-Ruthledge, D. (2009). Staff perceptions of staff-family interactions in nursing homes. *Journal of aging studies*, 23(3), 168–177.
- Vornefeld, R. (2009). Heime sind die Lotsen der medizinischen Versorgung. *Altenheim*, 48(8), 40–43.
- Whitaker, A. (2009). Family involvement in the institutional eldercare context. Towards a new understanding. *Journal of aging studies*, 23(3), 158–167.
- Sterben / Sterbebegleitung / Tod**
- Bern-Klug, M. (2009). A framework for categorizing social interactions related to end-of-life care in nursing homes. *The gerontologist*, 49(4), 495–507.
- Cartwright, J. C., Miller, L., & Volpin, M. (2009). Hospice in assisted living: promoting good quality care at end of life. *The gerontologist*, 49(4), 508–516.
- Lebensverhältnisse Älterer**
- Ferreira, M., & Kalula, S. (2009). Human rights and ageing in South Africa. *Bold*, 19(3), 2–5.
- Lu, L. (2009). Population ageing and the China undertaking. Country report. *Bold*, 19(3), 28–29.
- Salam, A., & Bushaala, A. M. (2009). Demographic and health progress in Libya and its implications on population ageing. *Bold*, 19(3), 13–18.
- Xerri, J. (2009). Social aspects and role players of ageing in Malta. *Bold*, 19(3), 25–27.
- Wohnen / Wohnumfeld / Verkehr**
- Caragata Nasvadi, G., & Wister, A. (2009). Do restricted driver's licenses lower crash risk among older drivers? A survival analysis of insurance data from British Columbia. *The gerontologist*, 49(4), 474–484.
- Edwards, J. D., Myers, C., & Ross, L. A. (2009). The longitudinal impact of cognitive speed of processing training on driving mobility. *The gerontologist*, 49(4), 485–494.
- Künzel, A. (2009). Keine Chance für „massenhaft Käseglocken“ auf der grünen Wiese“. Miteinander statt gegeneinander – Zusammenarbeit im Quartier. *Pro Alter*, 41(2), 17–19.
- Schwarze, U. (2009). Wohnungsnot, Wohnungslosigkeit und Wohnungshilfe im Wohlfahrtsstaat Schweden. Eine Bestandsaufnahme im Vergleich zu Deutschland. *Zeitschrift für Sozialreform*, 55(2), 177–200.
- Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand**
- Barusch, A. S., Luptak, M., & Hurtado, M. (2009). Supporting the labor force participation of older adults: an international survey of policy options. *Journal of gerontological social work*, 52(6), 584–599.
- Brauer, K., Backes, G. M., & Clemens, W. (2009). Chancen älterer Arbeitssuchender in Auswahlprozessen. Fallstudien in deutschen KMU. *Deutsche Rentenversicherung*, 64(3), 223–240.
- Brussig, M. (2009). Die Erwerbsbeteiligung älterer Arbeitnehmer/-innen in Deutschland im Wandel. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 281–286.
- Davis, M. H., Kraus, L. A., & Capobianco, S. (2009). Age differences in responses to conflict in the workplace. *The international journal of aging & human development*, 68(4), 339–355.
- Deller, J., & Maxin, L. M. (2009). Berufliche Aktivität von Ruhestandlern. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 305–310.
- Leve, V., & Naegele, G. (2009). „Rente mit 67“. Voraussetzungen für die Weiterarbeitsfähigkeit älterer. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 287–291.
- Sporket, M. (2009). Alternsmanagement in der betrieblichen Praxis. Motive, Umsetzung und Effekte. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 292–298.
- Wild-Wall, N., Gajewski, P., & Falkenstein, M. (2009). Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Gerontologie + Geriatrie*, 42(4), 299–304.
- Aktivierung / Ernährung / Sport**
- Bäuerle, D., & Roes, M. (2009). Widerspruch oder Ergänzung? Expertenstandards Qualitätsniveaus. *Altenheim*, 48(9), 40–42.
- Brühe, R., & Selinger, Y. (2009). Raum zum Denken – Geschichte, Struktur und Nutzen des Bildungsnetzwerks Gesundheits- und Pflegeberufe. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 487–490.
- Kicklighter, J. R., Whitley, D. M., & Kelly, S. J. (2009). A home-based nutrition and physical activity interventions for grandparents raising grandchildren: a pilot study. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(2), 188–199.
- Lengyel, C. O., Tate, R. B., & Blatz, A. K. O. (2009). The relationships between food group consumption, self-rated health, and life satisfaction of community-dwelling Canadian older men: the Manitoba Follow-up Study. *Journal of nutrition for the elderly*, 28(2), 158–173.
- Schöffler, M. (2009). Eine weitere Messlatte für Qualität. Expertenstandard Ernährungsmanagement. *Altenheim*, 48(9), 36–38.
- Berufliche Aus- / Fort- / Weiterbildung**
- Blundell, A., Gordon, A., & Gladman, J. (2009). Undergraduate teaching in geriatric medicine: the role of national curricula. *Gerontology and geriatrics education*, 30(1), 75–88.
- Csikai, E. L., & Durkin, D. W. (2009). Perceived educational needs and preparation of adult protective services workers for practice with end-of-life issues. *Gerontology and geriatrics education*, 30(2), 146–163.
- Denzler, E. (2009). Zuschüsse von Vater Staat. Recht: Fort- und Weiterbildung. *Altenpflege*, 34(5), 48–51.
- Fitzgerald, M. A., Chromy, B., & Philbrick, C. A. (2009). The North Dakota Mental Health and Aging Education Project: curriculum design and training outcomes for a train-the trainer model. *Gerontology and geriatrics education*, 30(2), 114–129.
- Gieseke, M. (2009). Ein Lernbegleitbuch zur Sicherung der praktischen Pflegeausbildung. Entwicklung, Gestalt, Inhalte, fachdidaktische Ausrichtung. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 478–486.
- Gores, N., & Ruppert-Fürstos, S. (2009). Politische Handlungsfähigkeit – eine relevante und aktuelle Betrachtung im Kontext von Pflegeausbildung. Teil 1. *Pflegewissenschaft*, 11(5), 285–295.
- Gores, N., & Ruppert-Fürstos, S. (2009). Politische Handlungsfähigkeit – eine relevante und aktuelle Betrachtung im Kontext von Pflegeausbildung. Teil 2. *Pflegewissenschaft*, 11(6), 352–363.
- Gores, N., & Ruppert-Fürstos, S. (2009). Politische Handlungsfähigkeit – eine relevante und aktuelle Betrachtung im Kontext von Pflegeausbildung. Teil 3. *Pflegewissenschaft*, 11(7/8), 418–430.
- Hansmann, R., Blaha, V., & Umbescheidt, R. (2009). Lernortkooperation am Beispiel der Kooperationstage Schule und Praxis. Im Rahmen des Lernbereichs Training und Transfer (LTT) im Kanton Aargau. *Pflegewissenschaft*, 11(6), 372–376.
- Hills, W. E., Brallier, S. A., & Palm, L. J. (2009). Web-based gerontology courses: how do they measure up? *Gerontology and geriatrics education*, 30(2), 89–99.
- Hörmann, M., & Lenz, B. (2009). Lernfeldorientierte Gestaltung von Lehr-/Lernprozessen in der (Alten-)Pflegeausbildung. Ergebnisse aus zwei Befragungen von Lehrkräften und Auszubildenden. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 473–477.
- Jenny-Zulliger, E., & Schlegel, C. (2009). Die Evaluation im Problem-Based Learning – eine Herausforderung für Tutorinnen und Tutoren. *Pflegewissenschaft*, 11(7/8), 404–409.
- Kämmer, K. (2009). Qualität durch Wissen. PDL. *Altenpflege*, 34(7), 38–39.
- Loewenhardt, C., Bleses, H. M., & Behrens, J. (2009). Evaluation der klinisch-praktischen Ausbildung von Pflegestudierenden in den Laboren des Lernortes Hochschule. Der prämiqualifizierende Studiengang Pflege B.Sc. an der Hochschule Fulda. *Pflegewissenschaft*, 11(9), 491–499.
- Ma, A. (2009). Examining the curricula for entry-level social workers in aging-related fields. *Journal of gerontological social work*, 52(3), 315–329.
- Moone, R. P., & Gagle, J. G. (2009). An analysis of end-of-life content in aging network conference proceedings. *Gerontology and geriatrics education*, 30(2), 130–145.
- Ntiri, D. W., & Stewart, M. (2009). Transformative learning intervention: effect on functional health literacy and diabetes knowledge in older African Americans. *Gerontology and geriatrics education*, 30(2), 100–113.
- Swoboda, B. (2009). Angebot trifft auf Nachfrage. Titelthema: Spezialisierung. *Altenpflege*, 34(6), 32–33.
- Uessem, R. (2009). Anleiten, informieren, beraten. Fernfortbildung Teil 3. *Altenpflege*, 34(9), 10–12.
- Wangmo, T., Ewen, H. H., & Webb, A. K. (2009). Mentoring in gerontology doctoral education: the role of elders in mentoring gerontologists. *Gerontology and geriatrics education*, 30(1), 47–60.
- Recht**
- Bieback, K.-J. (2009). Rechtliche Grundstrukturen der „Aktivierung“ arbeitsloser Sozialhilfeempfänger. Ein Vergleich zwischen Deutschland, Frankreich und dem Vereinigten Königreich. *ZFSH, SGB*, 48(5), 259–269.
- Griep, H. (2009). Gesetzes-Flickschusterei an Stelle von Verträgen? Auswirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes auf das SGB XI-Leistungserbringungsrecht. *Pflegerecht*, 13(6), 267–276.
- Groß, J. (2009). Vergütung pro Einsatz. Urteil: In-fusionstherapie in zwei Einsätzen abrechenbar. *Häusliche Pflege*, 18(7), 38–39.
- Kaminski, R. (2009). Eine Zusatzleistung zum Lohn. Arbeitsrecht: Überlassung des Dienstwagens zur privaten Nutzung. *Häusliche Pflege*, 18(7), 40–41.
- Klie, T. (2009). Landgericht Ulm: Funkchip mit Armband verlangt eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung. *Altenheim*, 48(6), 31–32.
- Roßbruch, R. (2009). Zum Ausgleichsanspruch für nächtliche Bereitschaftsdienste nach dem Arbeitszeitgesetz. *Pflegerecht*, 13(5), 228–234.
- Roßbruch, R. (2009). Zur Anerkennung einer Altenpflegerin als verantwortliche Pflegefachkraft im Sinne des § 71 Abs. 3 SGB XI. *Pflegerecht*, 13(5), 250–255.
- Roßbruch, R. (2009). Zur heimrechtlichen Anordnung nach § 17 HeimG. *Pflegerecht*, 13(5), 256–260.

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

## Gerontologie allgemein

- Alter in der Antike: die Blüte des Alters aber ist die Weisheit: Katalog zur Ausstellung im LVR-LandesMuseum Bonn 25.2.2009 – 7.6.2009/Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.); LVR-LandesMuseum Bonn. – Mainz a.Rh.: Philipp von Zabern, 2009. – 191 S.: Ill.  
ISBN 978-380-533-9797: EUR 24.90
- Altern in Gemeinde und Region/hrsg. von Stephan Beetz et al. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 210 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 367 = Bd. 103) (Altern in Deutschland; Bd. 5). Deutscher Text mit deutschen und engl. Zusammenfassungen. ISBN 978-380-472-5461: EUR 24.00
- Bilder des Alterns im Wandel: historische, interkulturelle, theoretische und aktuelle Perspektiven/hrsg. von Josef Ehmer und Otfried Höffe; unter Mitarb. von Dirk Brantl et al. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 244 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 363 = Bd. 99) (Altern in Deutschland; Bd. 1). – Deutscher Text mit deutschen und engl. Zusammenfassungen.  
ISBN 978-380-472-5423: EUR 24.00
- Geyer, Gerda: Alternforschung in Österreich: Entwicklung, Institutionalisierungsgrad, Forschungsförderung. – Wien: Facultas, 2008. – 255 S. – (Dissertationen der Universität Wien; Bd. 112). ISBN 978-370-890-0520: EUR 19.40
- Holzhausen, Martin: Lebensqualität multimorbider älterer Menschen: Konstruktion eines neuen individualisierten Messverfahrens. – Bern: H. Huber, 2009. – 262 S.: Ill. – (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung) (Reihe Multimorbidität im Alter). ISBN 978-345-684-7153: EUR 29.95
- Praktische Theologie des Alterns/hrsg. von Thomas Klie, Martina Kumlehn und Ralph Kunz. – Berlin: Walter de Gruyter, 2009. – 617 S. – (Praktische Theologie im Wissenschaftsdiskurs, ISSN 1865-1658; Bd. 4)  
ISBN 978-311-020-3745: EUR 91.59
- Produktivität in alternden Gesellschaften/hrsg. von Axel Börsch-Supan et al. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 157 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 366 = Bd. 102) (Altern in Deutschland; Bd. 4). – Deutscher Text mit deutschen und engl. Zusammenfassungen.  
ISBN 978-380-472-5454: EUR 24.00

## Psychologische Gerontologie / Psychologie

- Beyer, Sigrid: Frauen im Sterben: Gender und Palliative Care. – Freiburg im Breisgau: Lambertus, 2008. – 237 S. – (Palliative Care und OrganisationsEthik; 17).  
ISBN 978-378-411-8482: EUR 23.00
- Boss, Pauline; aus dem Amer. von Astrid Hildenbrand; mit einem Vorw. für die deutschspr. Ausg. von Astrid und Bruno Hildenbrand; mit einem Geleitw. von Carlos E. Sluzki: Verlust, Trauma und Resilienz: die therapeutische Arbeit mit dem „uneindeutigen Verlust“. – Stuttgart: Klett-Cotta, 2008. – 315 S. – Register. – Übers. von: Loss, trauma, and resilience.  
ISBN 978-360-894-4754: EUR 34.90
- Engelbrecht-Schnür, Julia; Britta Nagel: Wo bist du?: Demenz – Abschied zu Lebzeiten. – Hamburg: Hoffmann und Campe, 2009. – 159 S.: Ill..  
ISBN 978-345-550-1070: EUR 25.00
- Erinnerung – Reflexion – Geschichte: Erinnerung aus psychoanalytischer und biographietheoretischer Perspektive/Margret Dörr et al. (Hrsg.). – Wiesbaden: VS Verl. f. Sozialw.; GWV Fachverlag, 2008. – 279 S.  
ISBN 978-353-115-3452: EUR 49.90
- Hermann, Marie-Luise: Was im Leben zählt: Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview. Bern etc.: P. Lang, 2009. – 310 S. – (Psychoanalyse im Dialog, ISSN 0944-2154; Bd. 13).  
ISBN 978-303-911-7130: EUR 53.80
- Das Recht der Alten auf Eigensinn : ein notwendiges Hörbuch für Angehörige und Pflegende/Erich Schützendorf. München: E. Reinhardt, 2009. – 4 Compact Discs (280 Min. 50 Sek.); in Hülle. – Sprecher: Erich Schützendorf  
ISBN 978-349-702-0867: EUR 24.90

## Soziologische und Sozialpsychologische Gerontologie / Soziologie

- Alter und Migration: Tagungsband der 15. Gerontopsychiatrischen Arbeitstagung des Geriatriischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen/ Jacques-Emmanuel Schaefer (Hrsg.). Frankfurt, M.: Mabuse-Verl., 2009. – 131 S.  
ISBN 978-393-830-4037: EUR 19.90
- Altern: Familie, Zivilgesellschaft, Politik/hrsg. von Jürgen Kocka, Martin Kohli und Wolfgang Streeck; unter Mitarb. von Kai Brauer et al. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 343 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 370 = Bd. 106) (Altern in Deutschland; Bd. 8). – Deutscher Text mit deutscher und engl. Zusammenfassung.  
ISBN 978-380-472-5492: EUR 24.00
- Altern in Europa: empirische Analysen mit dem Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe/hrsg. von Henriette Engelhardt. – Bamberg: University of Bamberg Press, 2009. – 143 S. – (Bamberger Beiträge zur Soziologie, ISSN 1867-8416; Bd. 1). [Bezug: www.opus-bayern.de/uni-bamberg/volltexte/2009/172/]

- Bukov, Aleksej: Soziale Beteiligung im hohen Alter: ein theoretischer und empirischer Beitrag zur Analyse einer Aktivitätsart bei alten und sehr alten Menschen. – Kassel: kassel university press, 2007. – 241 S.: Ill. – Zugl.: Diss. Kassel, 2007. ISBN 978-389-958-3151: EUR 39.00
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Kongress (005: 2008 Erfurt, Deutschland): „Aktiv für Demenzerkrankte“: Referate auf dem 5. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft: Selbsthilfe Demenz: Erfurt, 9.-11. Oktober 2008. – Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, 2009. – 512 S.: Ill. – (Tagungsreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft; Bd. 7). [Bezug: www.deutsche-alzheimer.de]
- Gewonnene Jahre: Empfehlungen der Akademien-gruppe Altern in Deutschland/eingesetzt von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften); in Zusarb. mit der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften (acatech). – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 102 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 371 = Bd. 107) (Altern in Deutschland; Bd. 9). – Deutscher Text mit deutscher und engl. Zusammenfassung  
ISBN 978-380-472-5508: EUR 12.00
- Hearing the voice revisited: Teil 1: Einbindung und Teilhabe/Beate Radzey et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg.). – Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2009. – 48 S. – (DeSS orientiert, ISSN 1863-6136; Bd. 2009/1/1)  
[Bezug: www.demenz-support.de]
- Hearing the voice revisited: Teil 2: Verständigung/Sachweh, Svenja et al.; Demenz Support Stuttgart (Hrsg.). – Stuttgart: Demenz Support Stuttgart, 2009. – 51 S. – (DeSS orientiert, ISSN 1863-6136; Bd. 2009/1/2)  
[Bezug: www.demenz-support.de]
- Jennessen, Sven (Hrsg.): Leben geht weiter...: neue Perspektiven der sozialen Rehabilitation körperbehinderter Menschen im Lebenslauf. – Weinheim etc.: Juventa, 2008. – 264 S. – (Edition sozial).  
ISBN 978-377-992-0748: EUR 22.00
- Köhncke, Ylva: Alt und behindert: wie sich der demografische Wandel auf das Leben mit Behinderung auswirkt/Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung [Hrsg.]. – Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2009. – 79 S.: graph. Darst.  
ISBN 978-398-124-7329: EUR 6.45
- Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen: Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen/Thomas Görger et al.; Hrsg.: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. – [S.l.]: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009. – 40 S.: graph. Darst. [Bezug: www.bmfsfj.de]

Menning, Sonja; Elke Hoffmann: Ältere Migrantinnen und Migranten/Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2009. – 35 S.: graph. Darst. – (Report Altersdaten. Gerostat Statistisches Informationssystem; 01/2009). [Bezug: www.dza.de]

### Geriatric / Gerontopsychiatrie

Ahnis, Anne: Bewältigung von Inkontinenz im Alter: subjektives Belastungserleben, Krankheitsverarbeitung und subjektives Wohlbefinden bei alten Menschen mit Harn- und Analinkontinenz/ Anne Ahnis. – Bern: H. Huber, 2009. – 240 S.: Ill. – (Projektreihe der Robert-Bosch-Stiftung) (Reihe Multimorbidität im Alter). ISBN 978-345-684-7092: EUR 29.95

### Sozialpolitik / Soziale Sicherung

First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe [SHARE] (2004-2007): starting the longitudinal dimension/ed. by Axel Börsch-Supan (coordinator) et al.; authors: Kirsten H. Alcser et al. – Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2008. – 364 S.: graph. Darst. ISBN 978-300-024-9693: [Bezug: www.share-project.org]

The politics of age: basic pension systems in a comparative and historical perspective/Jorn Henrik Petersen, Klaus Petersen (eds.). – Frankfurt a.M.: Peter Lang, 2009. – 225 S. ISBN 978-363-158-1919: EUR 32.50

### Sozialarbeit / Selbsthilfe / Freiwillige Hilfe

Becker, Regina: Beratung von pflegenden Angehörigen: eine queer-feministische Diskursanalyse. – Kassel: Universität Kassel, 2008. – 290 S.: Ill. – (Kasseler Gerontologische Schriften; Bd. 45). ISBN 978-389-958-4011: EUR 24.00

Becker-Lenz, Roland; Silke Müller: Der professionelle Habitus in der sozialen Arbeit: Grundlagen eines Professionsideals. – Bern etc.: Peter Lang, 2009. – 419 S. – (Profession und Fallverstehen, ISSN 1661-6251; Bd. 1). ISBN 978-303-911-7598: EUR 46.20

### Lebensverhältnisse Älterer

Baus, Lars: Nach dem Job: ein Selbsthilfe-Buch für den Übergang in die dritte Lebensphase. – München; Zürich: Pendo-Verlag, 2007. – 258 S.: Ill. ISBN 978-386-612-1218: EUR 18.00

Jens, Inge: Unvollständige Erinnerungen. – 4. Aufl. Hamburg: Rowohlt, 2009. – 317 S.: Ill. Register. ISBN 978-349-803-2333: EUR 19.90

### Wohnen / Wohnumfeld

Feddersen, Eckhard; Insa Lütke; mit Beitr. von Helmut Braun et al.: Wohnen im Alter: Entwurfsatlas. – Basel etc.: Birkhäuser, 2009. – 247 S.: Ill. – Anderer Titel: Entwurfsatlas Wohnen im Alter. – Register. ISBN 978-376-438-8706 (geb.): EUR 89.90

Kubitzki, Jörg; Timmo Janitzek: Sicherheit und Mobilität älterer Verkehrsteilnehmer/Allianz Deutschland AG (Hrsg.). – S.I.: Allianz Deutschland AG, 2009. – 161 S.: Ill. – Auf der Titelseite: European Transport Safety Council, Brussels [Bezug: www.allianz-autowelt.de]

Eine neue Architektur des Sozialen: sechs Fallstudien zum Welfare Mix/Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.). – 2. Aufl. – Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2009. – 176 S.: Ill. – (Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden ISBN 978-386-793-0321: EUR 32.00

Schneider-Grauvogel, Elisabeth; Gudrun Kaiser: Licht + Farbe: Wohnqualität für ältere Menschen: Band 1/Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). – Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2009. – 111 S.: Ill. ISBN 978-394-005-4128: EUR 12.00

Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen (moH): Projektbericht/Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.). – S.I.: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., 2009. – 104 S.: graph. Darst. [Bezug: www.dip.de]

Soziale Wirkung und „Social Return“: eine sozio-ökonomische Mehrwertanalyse gemeinschaftlicher Wohnprojekte/Netzwerk: Soziales neu gestalten (Hrsg.). Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 2009. – 302 S.: Ill. – (Zukunft Quartier – Lebensräume zum Älterwerden; Bd. 3). ISBN 978-386-793-0475: EUR 34.00

### Arbeit / Ältere Erwerbstätige / Ruhestand

Altern, Arbeit und Betrieb/hrsg. von Uschi Backes-Gellner und Stephan Veen. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 157 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 365 = Bd. 101) (Altern in Deutschland; Bd. 3). – Deutscher Text mit deutschen und engl. Zusammenfassungen. ISBN 978-380-472-5447: EUR 24.00

Constructions of women's age at the workplace/ Margret Beisheim .et al. (eds.). – Frankfurt a.M.; Bern etc.: P. Lang, 2009. – 141 S.: Ill. – (Frauen, Forschung und Wirtschaft, ISSN 1433-4658; Bd. 18). ISBN 978-363-157-8360: EUR 27.50

Hofmann, Heidemarie; Mario Gottwald: Weiterbildung und Gesundheitsförderung integrieren: der Weg zur Demografie-Fitness Ihres Unternehmens/Hrsg.: Herbert Loebe, Eckart Seveering; Forschungsinstitut Betriebliche Bildung. – Bielefeld: W. Bertelsmann, 2009. – 63 S.: Ill. – (Leitfaden für die Bildungspraxis; Bd. 36). ISBN 978-376-393-8803: EUR 19.90

Lernalter: Weiterbildung statt Altersarmut/Peter Faulstich (Hrsg.) et al. – Hamburg: VSA-Verlag, 2007. – Seitenzahl: graph. Darst. ISBN 978-389-965-2703: EUR 12.80

### Vorbereitung auf das Alter / Weiterbildung / Bildung Älterer

Altern, Bildung und lebenslanges Lernen/hrsg. von Ursula M. Staudinger und Heike Heide-meier. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. – 279 S.: Ill. – (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 364 = Bd. 100) (Altern in Deutschland; Bd. 2). – Deutscher Text mit deutschen und engl. Zusammenfassungen ISBN 978-380-472-5430: EUR 24.00

Groote, Kim de; Flavia Nebauer: Kulturelle Bildung im Alter: eine Bestandsaufnahme kultureller Bildungsangebote für Ältere in Deutschland/hrsg. vom Institut für Bildung und Kultur e.V. – München: Kopaed, 2008. – 279 S.: Ill. – (Kulturelle Bildung; Vo. 7). ISBN 978-386-736-0371: EUR 18.80

Ledl, Andreas: Lebenslanges Lernen als Reformprogramm: Aufbrüche in der Reformationszeit durch Hieronymus Weller und Christoph Fischer. – Jena: IKS Garamond, Edition Paideia, 2007. – 90 S. – (Pädagogische Reform; Nr. 9). ISBN 978-393-820-3507: EUR 12.00

### Generationen / Generationenbeziehungen

Fietze, Beate: Historische Generationen: über einen sozialen Mechanismus kulturellen Wandels und kollektiver Kreativität. Bielefeld: Transcript, 2009. 288 S. ISBN 978-389-942-9428: EUR 28.80

Intergenerationelle Transferleistungen in Familien/ Ewald Johannes Brunner (Hrsg.). Jena: IKS Garamond, Edition Paideia, cop. 2008. 136 S. (Aus dem Institut für Erziehungswissenschaft der Friedrich-Schiller-Universität Jena; Nr. 6). ISBN 978-393-830-3699: EUR 12.80

Philipp-Metzen, H. Elisabeth: Die Enkelgeneration im ambulanten Pflegesetting bei Demenz: Ergebnisse einer lebensweltorientierten Studie. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.; GWV Fachverl., 2008. 424 S. ISBN 978-353-116-1181: EUR 39.90

### Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gerontologie / Geriatric / Altenhilfe

Niedrigschwellige Betreuung von Demenzerkrankten: Grundlagen und Unterrichtsmaterialien/ Gabriela Stoppe, Gerthild Stiens (Hrsg.); mit Beitr. von Elmar Grässel et al. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2009. 178 S.; + 1 CD-ROM ISBN 978-317-020-4058: EUR 39.00

### Soziale Dienste

Ageing Society: Altern in der Stadt: aktuelle Trends und ihre Bedeutung für die strategische Stadtentwicklung/ Edeltraud Hanappi-Egger, Peter Schnedlitz (Hrsg.). Wien: Facultas, 2009. – 770 S.: graph. Darst. ISBN 978-370-890-3576: EUR 124.60

### Gesundheit / Ernährung / Sport

Altern und Gesundheit/hrsg. von Kurt Kochsiek. – Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2009. 302 S.: Ill. (Nova acta Leopoldina, ISSN 0369-5034; n.F., Nr. 369 = Bd. 105) (Altern in Deutschland; Bd. 7). Deutscher Text mit deutscher und engl. Zusammenfassung. ISBN 978-380-472-5485: EUR 24.00

Klotter, Christoph: Warum wir es schaffen, nicht gesund zu bleiben: eine Streitschrift zur Gesundheitsförderung. – München; Basel: E. Reinhardt, 2009. – 163 S. ISBN 978-349-702-0614 (brosch.): EUR 16.90

Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention/Petra Kolip, Veronika E. Müller (Hrsg.). Bern: H. Huber, 2009. – 365 S.: graph. Darst. (Verlag Hans Huber, Programmbereich Gesundheit) (Handbuch Gesundheitswissenschaften). ISBN 978-345-684-7665: EUR 39.95

### Aktivierung / Pflege / Rehabilitation / Therapie

Maier, Vera: Kognitiv aktivierende Methoden bei Alzheimer Demenz: Gedächtnistraining, Realitätsorientierungstraining, Erinnerungstherapie, Selbst-Erhaltungstherapie und Validations-therapie. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller, 2008. – 93 S. ISBN 978-363-905-1476: EUR 49.00

Mötzing, Gisela: Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen/Gisela Mötzing. – 2. Aufl. – Münschen etc.: Elsevier, Urban & Fischer, 2009. – 330 S.: Ill. – Register. ISBN 978-343-725-6219: EUR 39.95

Oswald, Wolf D.; Andreas Ackermann; unter Mitwirkung von Christine Fricke et al.: Biographieorientierte Aktivierung mit SimA-P: selbständig im Alter. Wien etc.: Springer, 2009. – 340 S.: Ill. + 1 CD-ROM. ISBN 978-321-179-9017: EUR 49.95

Oswald, Wolf D., Andreas Ackermann; unter Mitwirkung von Christine Fricke et al.: Kognitive Aktivierung mit SimA-P: selbständig im Alter/ Wolf D. Oswald. Wien etc.: Springer, 2009. – 430 S.: Ill. + 1 CD-ROM. ISBN 978-321-179-9031: EUR 49.95

## Impressum

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

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

ISSN 0724-8849