

## **Dimensionen sozialer Ungleichheit im Alter**

sind der Schwerpunkt dieser Ausgabe mit folgenden Beiträgen: „Soziale Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft - Ein Überblick relevanter Themen und Befunde“ von *Monika Alisch* und *Susanne Kümpers*. „Verlorene Jahre? Potenziale des Alters vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit“ von

*Andreas Mergenthaler* und *Yvonne Eich*. „Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit – fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit“ von *Holger Adolph* und *Heike Ulrich*.

# informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566  
A 20690E

Heft 05, September / Oktober 2015  
42. Jahrgang

Herausgeber:  
Deutsches Zentrum  
für Altersfragen

05

## Inhalt

### Aus der Altersforschung

- 3 Soziale Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft – Ein Überblick relevanter Themen und Befunde  
*Monika Alisch und Susanne Kümpers*
- 12 Verlorene Jahre? Potenziale des Alters vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit  
*Andreas Mergenthaler und Yvonne Eich*
- 20 Kurzinformationen aus der Altersforschung

### Aus Politik und Praxis der Altenhilfe

- 21 Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit – fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit  
*Holger Adolph und Heike Ulrich*
- 26 Kurzinformationen aus Politik und Praxis der Altenhilfe
- 27 **Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen**

### Impressum

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

*DZA im Internet:*  
[www.dza.de](http://www.dza.de)

*Presserechtlich verantwortlich:*  
Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

*Redaktion:*  
Cornelia Au  
[ida@dza.de](mailto:ida@dza.de)

*Gestaltung und Satz:*  
Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)  
Kai Dieterich (morgen, Berlin)

*Druck:*  
Fatamorgana Verlag, Berlin

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

ISSN 1614-3566

## Soziale Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft – Ein Überblick relevanter Themen und Befunde

Monika Alisch und Susanne Kümpers

Das Konzept der „Sozialen Ungleichheit“ beschreibt die ungleiche Verteilung von Lebenschancen zwischen Bevölkerungsgruppen einer Gesellschaft (vgl. Hradil 1999: 102ff.), die in ihrer Sozialstruktur angelegt und wie diese zwar Entwicklungen unterworfen ist, gleichzeitig aber in ihren Grundeigenschaften über historische Epochen und gesellschaftliche Modelle hinweg stabil ist. Soziale Ungleichheit bezieht sich auf Unterschiede in der Gesellschaft, die zum einen mit Hilfe des Schichtindex<sup>1</sup> erfasst werden und zum anderen als ‚horizontale‘ Merkmale der Gesellschaftsstruktur Ungleichheiten bspw. nach dem Geschlecht, der Ethnizität, der Behinderung oder des Milieus verdeutlichen (vgl. Walgenbach 2014).

Aktuell und in Zukunft nimmt die Diversität in der älteren Bevölkerung wahrnehmbar zu:

- die selbstbewussten Generationen der 1968er und folgender sozialer Bewegungen werden alt;
- Lebensläufe, Rollen und Orientierungen von Frauen haben sich seither verändert;
- Arbeitsmigrant/-inn/-en der 1960er und 1970er Jahre, die ihnen nachgezogenen und weitere Gruppen von Migrant/-inn/-en, bspw. Spätaussiedler/-inn/-en, kommen zunehmend ins Rentenalter;
- die ersten Generationen offen homosexueller Männer und Frauen in Deutschland werden alt;
- und die erste Generation von Menschen mit Behinderung, die nach dem Nationalsozialismus am Leben blieben und denen eine bessere medizinische Versorgung und (psycho-)soziale Unterstützung zu Teil wurde, erreichen ein höheres Alter als die Generationen von Menschen mit Einschränkungen vor ihnen.

### Altersarmut

Armut im Alter stellt eine besonders vulnerable Situation dar. Sie ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar (Goebel u. Grabka 2011; Geyer 2014). Bei abnehmender physischer und psychischer Wehrhaftigkeit und zunehmenden Einschränkungen entsteht insbesondere bei sozial benachteiligten Älteren eine Situation erhöhter Vulnerabilität. Sie sind doppelt gefährdet: Zum einen sind ihre Lebensbedingungen – z.B. ungeeignete Wohnsituationen, Kriminalität im Wohnumfeld – problematischer, zum anderen sind ihre Reservekapazitäten (psychosozial, physisch, finanziell) in der Regel niedriger als bei weniger benachteiligten Gruppen. Sie sind dadurch „anfällig“ für krisenhafte Situationen von manifester Armut, sozialer Exklusion und Unterversorgung. In den kommenden Jahren und Jahrzehnten ist ein relevanter Anstieg der Altersarmut zu erwarten (Bäcker 2011; Bäcker u. Schmitz 2013; Faik u. Köhler-Rama 2013; Goebel u. Grabka 2011; Geyer 2014), z.T. insbesondere für Ostdeutschland (Geyer u. Steiner 2010), weil

- die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Verhältnis zum erzielten Einkommen sinken,
- Riester-Verträge in niedrigeren Einkommensgruppen seltener sind,
- Mehrfach- und Langzeitarbeitslosigkeit rentenrechtlich nicht abgesichert sind,
- Geringverdienende seltener bis zum gesetzlichen Renteneintritt arbeiten und dadurch relevante Abschläge hinnehmen müssen, und
- sich die Entwicklung der Renten von der Lohnentwicklung insgesamt weiter abkoppelt (vgl. Goebel u. Grabka 2011; Frommert u. Himmelreicher 2013; Geyer 2014) . Bestimmte Gruppen unter den Geringverdiener/-inne/-n sind – gegenwärtig und zukünftig – besonders vom Armutsrisiko im

<sup>1</sup> Mit Hilfe ‚vertikaler‘ Merkmale, nämlich des Einkommens, des formalen Bildungsstatus und des beruflichen Status wird der jeweilige sozioökonomische Status (SES) bestimmt.

Alter betroffen: Personen mit längeren Phasen von Unterbeschäftigung bzw. Langzeitarbeitslosigkeit, vor allem in Ostdeutschland; Menschen mit Migrationshintergrund (auch bei höheren Bildungsabschlüssen); Alleinlebende – insbesondere Frauen sowie hochaltrige Frauen (vgl. u.a. Simonson u.a. 2012; Fuhr 2012; Bäcker 2011).

### Gesundheit und Soziale Ungleichheiten

Gesundheitliche Unterschiede zwischen den Statusgruppen lassen sich einerseits mit je aktuellen Lebensbedingungen im Alter, andererseits mit den Belastungen im Verlauf eines Lebens erklären. Vielfältige Befunde legen nahe, dass die relevanten gesundheitlichen Unterschiede (hinsichtlich Morbidität, Funktionseinschränkungen, Lebenserwartung und Mortalität) von einer Kombination von langfristigen kumulativen lebenslaufbezogenen Effekten und relativ kurzfristigen Auswirkungen aktueller Lebenslagen- und Lebensstileffekte ausgegangen werden kann (vgl. Breeze u.a. 2001; Breeze 2007; Dagano u. Siegrist 2009; Nicholson u.a. 2005; Lampert u. Kroll 2010).

Viele soziale (z.B. Netzwerke) und räumliche (z.B. Erholungsflächen im Wohnumfeld) Faktoren moderieren zwischen Status und Gesundheit und zeigen unabhängige Gesundheitseffekte auch bei älteren Menschen (vgl. u.a. Breeze u.a. 2005; Yen u.a. 2009).

Die heutigen Älteren sind im Durchschnitt gesünder als die Älteren früherer Kohorten; allerdings haben untere Schichten von diesen Entwicklungen kontinuierlich deutlich weniger profitiert.

Zusätzlich zu den vertikalen Unterschieden (SES) tragen horizontale Dimensionen wie Geschlecht, Ethnizität, Einschränkungen sowie sexuelle Orientierungen innerhalb gegebener gesellschaftlicher Strukturen zu günstigen oder ungünstigen Lebenslagen, zu mehr oder weniger ausgeprägten Verwirklichungschancen und damit zu Gesundheitseffekten bei:

- Unterschiede zwischen älteren Frauen und Männern: Frauen leben im Durchschnitt länger als Männer (vgl. RKI 2014). Die Gesundheit älterer Frauen ist allerdings insgesamt schlechter als die älterer Männer („female-male health-survival paradox“, vgl.

Van Oyen u.a. 2013).

- Ältere Menschen mit Migrationshintergrund weisen im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte im Allgemeinen einen physisch und psychisch schlechteren Gesundheitszustand auf (vgl. Özcan u. Seifert 2006). Als migrationsbedingte Nachteile werden u.a. ein „unsicherer Aufenthaltsstatus, ungünstige Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit, geringere finanzielle Ressourcen und Trennung von Familienangehörigen“ (Razum u.a. 2008: 100) genannt, die vergleichsweise schlechtere Gesundheitsergebnisse im Alter erklären.
- Behinderte Menschen der ersten Generation nach dem Ende des Nationalsozialismus erreichen häufiger das Rentenalter und tragen erhöhte Krankheitsrisiken. Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere solche mit Down-Syndrom, sind überdurchschnittlich früh und häufig von Demenzen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Essstörungen, muskulo-skelettalen Problemen und Sinnesbeeinträchtigungen betroffen (Kruse 2010). Menschen mit körperlichen Behinderungen zeigen häufiger chronisch-degenerative Erkrankungen wie Parkinson und Multiple Sklerose sowie Nebenwirkungen jahrelangen Medikamentenkonsums (vgl. BAGüS 2013: 6).
- Studien zur Gesundheit älterer homosexueller Frauen und Männer liegen in Deutschland bisher nicht vor. Direkte und indirekte Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen beeinträchtigen allerdings die psychische und physische Gesundheit. HIV-Infektionen scheinen sich negativ auf die Lebensqualität homosexueller älterer Männer auszuwirken. Diese sind zudem häufig von sozio-ökonomischen und psychosozialen Multi-problemlagen betroffen.

### Ungleiche medizinische und pflegerische Versorgung

Die Forschungslage hinsichtlich sozialer Ungleichheiten in medizinischer und pflegerischer Versorgung gilt in Deutschland als unbefriedigend (vgl. Von dem Knesebeck u.a. 2009; Möller u.a. 2013). Hinsichtlich der medizinischen Versorgung wird zwischen Ungleichheit beim Zugang zu, der Inanspruch-

nahme von und der Qualität der erbrachten Versorgung unterschieden. Während es keine Unterschiede beim Zugang zu ambulanter hausärztlicher Versorgung gibt, ist der Zugang zu Fachärzten abhängig vom Bildungsstatus sozial ungleich. Während zur Inanspruchnahme stationärer Versorgung kaum ungleichheitsbezogene Befunde vorliegen, gibt es qualitative empirische Hinweise auf eine geringere Sorgfalt im Umgang mit Patient/-inn/-en, die sich nicht gut verständlich machen können.

Relevante Unterschiede in der Wartezeit auf einen Termin für ambulante ärztliche Behandlung zwischen gesetzlich und privat Versicherten sind nachweisbar, sowie eine herabgesetzte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bei überschuldeten Personen. Zielgruppenspezifische Behandlungsstrategien werden in Deutschland nicht systematisch gefördert.

Im Hinblick auf Pflege und die Pflegeversicherung wird als ‚ungleichheitsverstärkend‘ diskutiert (vgl. Bauer u. Büscher 2008):

- ihre Struktur als ‚Teilkaskoversicherung‘, die diejenigen begünstigt, die den nicht versicherten Bedarf anderweitig finanzieren können (vgl. Behrens 2008: 189);
- die Trennung zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung, die im privaten System durch die vorteilhafte Risikostruktur für einen geringeren Finanzierungsdruck und höhere Bewilligungsquote sorgt (vgl. Rothgang 2010);
- die im Durchschnitt geringere Chance für Angehörige niedriger Statusgruppen und Menschen mit Migrationshintergrund auf eine ihren Unterstützungsbedarfen entsprechende Pflegestufe
- und die geringere Chance für statusniedrigere Gruppen auf eine Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (vgl. Keck 2011).

Hinweise auf schlechtere Zugangschancen zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung finden sich im Zusammenhang mit vertikalen und horizontalen Ungleichheitsmerkmalen, obwohl schon das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozial ungleich verteilt ist und untere Einkommensschichten früher bzw. überproportional trifft. Antragstellungen auf eine Pflegestufe unterbleiben häufiger in ärmeren Haushalten. In einer Untersuchung an MDK-Daten aus Westfalen-Lippe konnte

festgestellt werden, dass Ältere mit Migrationshintergrund wesentlich häufiger als „nicht pflegebedürftig“ bzw. in niedrige Pflegestufen eingruppiert wurden als Deutsche. Da Menschen mit Migrationshintergrund bezogen auf ihren Bevölkerungsanteil seltener überhaupt eine Pflegestufe beantragten, war dies nicht durch ein „übertriebenes“ Antragsstellungsverhalten zu erklären (Okken u.a. 2004).

Genderspezifische Verteilungsmuster der informellen Pflege zeigen, dass Frauen häufiger pflegen als Männer; in höherem Alter leben sie häufiger allein und haben geringere Chancen als Männer von Familienangehörigen gepflegt zu werden (vgl. Simon 2004). In Familien in niedrigeren Statusgruppen wird häufiger selbst gepflegt und werden seltener Pflegesachleistungen, also professionelle Pflegedienste in Anspruch genommen (vgl. Blinkert u. Klie 2006; 2008). Angesichts der Präferenzen für informelle Pflege in Deutschland kann dies als ein Vorteil für die von Angehörigen Gepflegten gelten. Besonders für die pflegenden Frauen sind mit der Angehörigenpflege allerdings häufig weitere Einkommens- und Gesundheitseinbußen verbunden.

### **Soziale Teilhabe, Pflegedürftigkeit und soziale Produktivität**

Selbstbestimmte und gestaltende soziale Teilhabe gilt als wesentlich für Verwirklichung und als Voraussetzung für ein menschenwürdiges Dasein. Als zentrale Orientierung kann die Konzeptualisierung von Teilhabe in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) gelten. ‚Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]‘ bilden eine der vier Kerndimensionen des Konzepts. Auf ältere Menschen bezogen wird häufig eine vergleichsweise eingeschränkte Perspektive mit einem Fokus auf Dabeisein, Teilnehmen-Können eingenommen; Mitgestaltung und Mitentscheidung werden selten thematisiert, was einem emanzipatorischen Altersbild kaum entspricht.

Menschen in niedrigeren Statusgruppen verfügen durchschnittlich über weniger soziale Netzwerke und geringere soziale Unterstützung. Das Risiko sozialer Isolation steigt ins-

besondere angesichts von Armut, ebenso mit dem Alter und nochmal mehr mit Pflegebedürftigkeit. Armut, soziale Isolation und Gesundheitseinschränkungen scheinen sich besonders im Alter in einem Negativkreislauf wechselseitig zu verstärken.

Wünsche älterer Pflegebedürftiger richten sich häufig auf soziale Teilhabe, sich so weit wie möglich im öffentlichen Raum bewegen und soziale und kulturelle Kontakte und Angebote realisieren zu können (vgl. Falk 2012; Heusinger 2012). Ohne finanzielle Ressourcen lässt sich soziale Teilhabe bei Pflegebedürftigkeit kaum selbstbestimmt aufrechterhalten. Fehlende Aufzüge in mehrstöckigen Wohnhäusern, Barrieren im öffentlichen Raum und im Nahverkehr sowie ein mangelnder Zugang zu Mobilitätshilfen in den städtischen Umgebungen können zu unüberwindbaren Barrieren sozialer Teilhabe werden.

Von Expert/-inn/-en und Verbänden wird übereinstimmend eine Rückführung der Pflege in ein ganzheitliches Unterstützungshandeln eingefordert, das Teilhabebedarfe der zu Pflegenden einbezieht und dafür auch zusätzlich zur professionellen Pflege zivilgesellschaftliche Unterstützung mobilisieren soll. Dies soll mit Hilfe sozialräumlicher Orientierungen sowie einer (wieder) verstärkten Steuerungs- und Gestaltungskompetenz für die Pflege durch die Kommunen zu realisieren sein.

Das Verhältnis zwischen Wohlfahrtsstaat und Zivilgesellschaft ist nicht in erster Linie als komplementär zu begreifen – ein starker Wohlfahrtsstaat schwächt nicht die Zivilgesellschaft; die Zivilgesellschaft ersetzt nicht den Wohlfahrtsstaat. Tatsächlich scheint der Wohlfahrtsstaat die Zivilgesellschaft zu stärken: Je größer der Anteil der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt in europäischen Ländern ist, desto stärker neigen ältere Frauen und Männer dazu, sich freiwillig in nachbarschaftlichen Netzwerken zu engagieren. Allerdings sind Partizipation und Engagement sozial ungleich verteilt:

- Partizipations- bzw. Engagementchancen älterer Menschen werden durch ihren Bildungsstatus beeinflusst (vgl. Hank u. Erlinghagen 2009). Mit zunehmendem Alter werden Gesundheitsindikatoren für Partizipation relevanter, die aber ihrerseits einen sozioökonomischen Gradienten aufweisen

(vgl. u.a. Hank u.a. 2006);

- Negative sozioökonomische und soziokulturelle Bedingungen gelten als Barrieren für ein Engagement benachteiligter Älterer; für ihre Beteiligung bedarf es entsprechender Förderstrategien (vgl. Naegele u. Rohleder 2001: 416). Engagement spiegelt nicht in erster Linie persönliche Präferenzen, sondern wesentlich ungleiche Zugangschancen für gesellschaftlich sichtbare und anerkannte Funktionen in der Zivilgesellschaft.

Die Engagementberichterstattung in Deutschland zeigt häufig einen Mittelschichts- und Genderbias, der weniger formalisierte Unterstützungsnetzwerke kaum in den Blick nimmt, während formalisierte Vereinsstrukturen Menschen mit geringer formaler Bildung oder solche mit Migrationsgeschichte tendenziell ausschließen (vgl. u.a. Alisch u. May 2013).

### **Intersektionalität: Wechselwirkungen sozialer Ungleichheiten**

Die unterschiedlichen (vertikalen und horizontalen) Merkmale sozialer Ungleichheit wirken zusammen auf die Lebenslage im Alter. Mit einer intersektionalen Perspektive können Sorgebedarfe und Sorgeleistungen innerhalb bestimmter Communities – insbesondere Gemeinschaften Älterer mit Migrationshintergrund und/oder schwuler und lesbischer Älterer, die ihr Leben im Alter zumindest teilweise in ihren Gemeinschaften gestalten – in angemessener Weise adressiert und unterstützt werden.

### ***Geschlechterungleichheiten und Lebenslagen im Alter***

Frauen im Alter tragen ein doppeltes Risiko eingeschränkter Lebensqualität: Soziale Gefährdungen des Alters treffen mit geschlechtsspezifischen Gefährdungen zusammen, die sich bei alten Frauen häufiger als bei alten Männern in problematischen Lebenslagen zeigen (vgl. Backes 2005). Unterschiede in den Lebenslagen von Frauen und Männern differenzieren sich nach den Merkmalen vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit weiter aus. Ungleiche Lebenslagen von älteren Männern und Frauen

sind auch wesentlich durch die ungleiche Verteilung von bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter Sorgearbeit bedingt (vgl. u.a. Simonson 2013; BMFSFJ 2011).

Im Einzelnen

- sind die Erwerbszeiten der Männer im Vergleich zu früheren Kohorten gesunken, während die Lebenserwerbszeiten insb. der westdeutschen Frauen gegenüber den früheren Kohorten zugenommen haben; letzteres beruht allerdings stark auf der Zunahme von Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen,
- belief sich die Rentenhöhe der Frauen in Westdeutschland am Ende des Jahres 2008 auf nur 48% der Männerrenten; dies beruht auf dem hohen Anteil unbezahlter vs. einem geringem Anteil bezahlter Arbeit von Frauen gegenüber der inversen Verteilung von bezahlter und unbezahlter Arbeit bei Männern; Lebensleistungen von Frauen spiegeln sich bisher ungenügend in den sozialen Sicherungssystemen wider,
- sind Frauen gegenüber Männern in allen drei Säulen der Rentenversicherung benachteiligt: a) kürzere Erwerbszeiten, Erwerbsunterbrechungen für Sorgearbeit in der Familie und geringere Erwerbseinkommen mindern die gesetzlichen Rentenansprüche; b) sie arbeiten seltener in Unternehmen, die Betriebsrenten anbieten und c) insb. Frauen mit einem niedrigen sozialen Status können sich kaum privat absichern (BMFSFJ 2011). Die meist von Frauen geleistete Pflege von Angehörigen führt unter Umständen nicht oder zu nur geringen Rentenansprüchen.
- hat sich die Armutsrisikoquote für Frauen in den letzten Jahren kaum verändert (ebd. 210). Dabei steht der wachsende Anteil gut qualifizierter und langfristig erwerbstätiger Frauen einem gestiegenen Anteil von Frauen in Arbeitslosigkeit oder prekären Beschäftigungsverhältnissen gegenüber.
- beeinflussen die sich ausdifferenzierenden Haushalts- bzw. Lebensformen jenseits der klassischen Kernfamilie die Möglichkeiten, im Alter auf familiäre und partnerschaftliche Unterstützung zurückzugreifen.
- bemisst sich die Alterssicherung der künftigen Altkohorten gegenüber früheren Kohorten zunehmend auf der Basis diskontinuierlicher Erwerbsverläufe. Die Zunah-

me von prekären Beschäftigungsverhältnissen und Unterbrechungen der Erwerbszeiten – auch in männlichen Biographien – sowie die steigende Zahl von Scheidungen tragen dazu bei, dass das „Versorgermodell der Ehe“ für eine Einkommenssicherheit im Alter nicht mehr verlässlich ist (ebd.).

### *Ethnische Ungleichheiten und Lebenslagen im Alter*

Die Lebenslagen älterer Migrantinnen und Migranten sind von einem vergleichsweise niedrigen Einkommen geprägt. Ihre Wohnungen sind kleiner, schlechter ausgestattet und liegen in Wohnquartieren, die durch schlechtere Infrastrukturen und Wohnumfeldbedingungen gekennzeichnet sind (vgl. Schimany u.a. 2012; Frick u.a. 2009).

Die Altersgruppe der über 60-jährigen aus der ersten Zuwanderergeneration hat im Vergleich zu Angehörigen der zweiten Generation ohne eigene Migrationserfahrung ein höheres Risiko von Altersarmut, dies gilt insb. für die Frauen (vgl. Frick u.a. 2009: 132f.).

Ihre Lebensqualität ist häufig gering.

Die Alltagsorganisation älterer Migrantinnen und Migranten in städtischen Wohnquartieren zeigt zum Teil dichte Netzwerke informeller Selbsthilfe und gegenseitiger Unterstützung. Nachbarschaftliche Sorgenetzwerke sind Ausdruck von Teilhabe an der Gestaltung der sozialräumlichen Strukturen und zeigen sich abhängig von den siedlungs- und infrastrukturellen Gegebenheiten des Quartiers. Gerade im Bereich von Gesundheit und Pflege sind Sorgenetzwerke älterer Migrantinnen und Migranten langfristig eher fragil und unterstützungsbedürftig (vgl. May u. Alisch 2013).

### *Behindert alt werden*

Fragen des Älterwerdens mit Behinderungen werden sozialpolitisch wie wissenschaftlich in Deutschland erst kürzlich thematisiert, haben jedoch wachsende gesellschaftliche Bedeutung. Als besonders relevant für die Lebenslagen älterer Menschen mit Beeinträchtigungen wurden spezifische gesundheitliche und Armutsrisiken identifiziert, sowie Veränderungen in den sozialen Netzwerken und der Wohnsituation beim Übergang in den Ruhestand, und Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem.

Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, insb. aus geschützten Arbeitsplätzen in Werkstätten für behinderte Menschen, stellt eine Herausforderung für die Inklusion insb. von Menschen mit geistiger Behinderung dar. Ein Umzug aus einer Institution betreuten Wohnens in ein Alterspflegeheim bedeutet häufig eine Verschlechterung für die Betroffenen (vgl. Schäper u.a. 2012).

Generell gibt es über die besonderen Bedürfnisse und Lebenslagen von Menschen, die behindert alt werden, erst wenige empirische Befunde. Eine verbesserte Einschätzung kommunalen Unterstützungsbedarfs für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen könnte durch eine Integration der Schwerbehinderten- und Pflegestatistiken ermöglicht werden.

### *Gleichgeschlechtlich liebende alte Frauen und Männer*

Materielle Lebenslagen von älteren Schwulen und Lesben divergieren ähnlich wie die in der Gesamtbevölkerung; allerdings scheinen ältere Lesben auf dem Hintergrund genderbasierter Benachteiligungen häufiger von Armut betroffen. Bei älteren Schwulen besteht ein zusätzliches Armutsrisiko (zusätzlich zu allgemeiner Diskriminierung) durch langjährige HIV-Infektionen, die häufig zu früher Erwerbsunfähigkeit und daraus resultierenden geringen Altersbezügen führen.

Das sog. Coming out und das Stigmamangement von homosexuellen Frauen und Männern ist für die Zufriedenheit mit der eigenen Lebensphase im dritten bzw. vierten Lebensalter hoch relevant, weil damit offene schwule bzw. lesbische Lebensweisen und somit die eigene Selbstakzeptanz verbunden sind (vgl. Bochow 2005: 339; Gille 2003: 79f).

Für die Inanspruchnahme ambulanter pflegerischer Dienste wünschen sich Lesben und Schwule in erster Linie Dienste, die ihre sexuelle Orientierung akzeptieren und das Angebot auf ihre Lebens- und Bedürfnislagen ausrichten.

## **Sozialräumliche Ungleichheiten**

Mit dem Begriff der Segregation werden Muster ungleicher räumlicher Verteilungen der Wohnstandorte der Bevölkerung nach Merkmalen sozialer Ungleichheit bezeichnet. Damit werden Wohnquartiere identifiziert, in denen Menschen ähnlicher Lebenslage wohnen (vgl. Dangschat u. Alisch 2014). In der politischen und sozialwissenschaftlichen Diskussion werden solche Konzentrationen meist dann problematisiert, wenn dort als sozial und/oder ökonomisch benachteiligt etikettierte Bevölkerungsgruppen wohnen. Ungleiche Verteilungen von Bevölkerungsgruppen über sozialräumliche Einheiten sind Folge

- der vertikalen und horizontalen sozialen Ungleichheit in der Wohnbevölkerung sowie deren Überlagerung (Intersektionalität);
- der Ungleichheit der städtischen Teilgebiete nach Wohnraum-Merkmalen, nach der infrastrukturellen Ausstattung, der Erreichbarkeit und Lage sowie den Zuschreibungen von Attraktivität sowie
- von Zuweisungsprozessen sozialer Gruppen zu Wohnungsmarktsegmenten (vgl. Dangschat u. Alisch 2012).

Durch diese Mechanismen wird der Sozialraum selbst zur Differenzkategorie sozialer Ungleichheiten.

Diese sozialräumlichen Ungleichheiten manifestieren sich durch den sozio-demographischen und den sozio-ökonomischen Wandel der letzten Jahrzehnte. Sie bewirken ungleiche Zugänge zu gesellschaftlichen Institutionen und zu gesellschaftlicher Teilhabe im Prozess des Älterwerdens.

Effekte in und durch die sozialräumliche Nachbarschaft auf die Lebenssituation der Bewohnerschaft sind vielfach beforscht (vgl. u.a. Friedrichs 1998; Häußermann 2008; Volkmann 2012), jedoch nicht „eindeutig genug nachweisbar“ wie Volkmann (2012: 84) in einer Analyse verschiedener Studien feststellt. Die internationale Forschung zu solchen Effekten bezieht sich auf a) strukturelle Aspekte der Wohnverhältnisse (Wohnraumverteilung und -zugang, Wohnraumstruktur, soziale und ökonomische Infrastruktur), b) sozio-strukturelle Merkmale der Bewohner-



schaft (SES, Haushaltstyp, Ethnie, Kaufkraft, Einstellungen und Werte) sowie c) die dadurch vermittelten Aspekte der Gemeinschaftsbildung im Sozialraum, die sich in sozialen Milieus, Kommunikations- und Verhaltensstilen, politischer Kultur und Partizipation ausdrücken (vgl. Dangschat u. Alisch 2012; 2014). Raumstrukturelle Ungleichheiten beeinflussen somit auch die Zugänge zu Ressourcen, die für Aufbau und Erhalt kompensatorischer sozialer Netzwerke erforderlich sind.

Neben der Quartiersperspektive, die vorwiegend auf Erfahrungen in größeren und Großstädten basiert, zeigen sich sozialräumliche Ungleichheiten zwischen ländlichen und/oder peripheren Räumen und den Ballungsräumen. In bestimmten ländlichen Regionen treffen die Alterung der Bevölkerung, der Wegzug der erwerbsfähigen Generation und damit verbunden sinkende Steuereinnahmen in den Kommunen mit der Ausdünnung öffentlicher Infrastrukturen und nicht mehr dauerhaft stabilen Nachbarschafts- und Familienstrukturen vor Ort zusammen.

Auf die unterschiedlichen Dimensionen Sozialer Ungleichheit sowie die Überlagerung verschiedener Merkmale von Ungleichheit im Alter sollte mit einer ebenso differenzierten Strategie einer Politik für die alternde Gesellschaft reagiert werden.

*Prof. Dr. Monika Alisch, Soziologin, forscht zu Sozialraumentwicklung und -organisation, Sozialer Nachhaltigkeit und Partizipation am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Fulda und ist Leiterin des wiss. Zentrums „Gesellschaft und Nachhaltigkeit“ (CeSSt) und Mitglied der 7. Altenberichtscommission. Kontakt: [Monika.Alisch@sw.hs-fulda.de](mailto:Monika.Alisch@sw.hs-fulda.de)*

*Prof. Dr. Susanne Kümpers lehrt als Professorin für Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit und Public Health Strategien an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit. Sie ist Mitglied der Siebten Altenberichtscommission. Kontakt: [Susanne.Kuempers@pg.hs-fulda.de](mailto:Susanne.Kuempers@pg.hs-fulda.de)*

## Literatur:

- Alisch, M. u. May, M. (2013): Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten. In: *Aus Politik und Zeitgeschehen* (4-5), 40-45.
- Bäcker, G. (2011): Altersarmut – ein Zukunftsproblem. In: *Informationsdienst Altersfragen* 38 (2), 3-10.
- Bäcker, G. u. Schmitz, J. (2013): Altersarmut und Rentenversicherung: Diagnosen, Trends, Reformoptionen und Wirkungen. In: C. Vogel und A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel: Rückkehr der Altersarmut?* Wiesbaden: Springer VS, 25-53.
- Backes, G. (2005): Alter(n) und Geschlecht: ein Thema mit Zukunft. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (49-50), 31-38.
- BAGüS, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (2013): *Orientierungshilfe der BAGüS „Menschen mit Behinderung im Alter“ vom 24.06.2013.* (<https://www.lwl.org/spur-download/bag/ Orientierungshilfe.pdf> [Zugriff am 20.05.2015]).
- Bauer, U. u. Büscher, A. (2008): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, I. (2012): Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 58 (2), 123-148.
- Behrens, J. (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: U. Bauer/A. Büscher (2008): *Soziale Ungleichheit und Pflege.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 180-211.
- Blinkert, B. u. Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 39 (3), 202-210
- Blinkert, B. u. Klie, T. (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* (12-13), 25-33.
- Bochow, M. (2005): *Ich bin doch schwul und will das immer bleiben – Schwule Männer im dritten Lebensalter.* Hamburg: Männerschwarmskript Verlag.
- Breeze, E. (2007): Health inequalities in old age in Britain. In: A. Dangour, E. Grundy u. A. Fletcher (Hrsg.): *Ageing well. Nutrition, health, and social interventions.* London: Chemical Rubber Company (CRC) Press, 85-126.
- Breeze, E.; Fletcher, A.; Leon, D.; Marmot, M. u.a. (2001): Do socioeconomic disadvantages persist into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. In: *American Journal of Public Health* 91 (2), 277-283.
- Breeze, E.; Jones, D.; Wilkinson, P.; Bulpitt, C. u. a. (2005): Area deprivation, social class, and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. In: *International Journal of Epidemiology* 34 (2), 276-283.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011): *Neue Wege – Gleiche Chancen. Gleichstellung von Frauen und Männern im Lebensverlauf. 1. Gleichstellungsbericht der Bundesregierung. Stellungnahme der Bundesregierung zum Gutachten der Sachverständigenkommission. Gutachten der Sachverständigenkommission.* Deutscher Bundestag. Drucksache 17/6240.
- Dragano, N. u. Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-194.
- Dangschat, J. u. Alisch, M. (2012): Perspektiven der soziologischen Segregationsforschung. In: M. May u. M. Alisch (Hrsg.): *Formen sozialräumlicher Segregation. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 7.* Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, 23-50.
- Dangschat, J. u. Alisch, M. (2014): Soziale Mischung – die Lösung von Integrations-Herausforderungen? In: P. Gans (Hrsg.): *Räumliche Auswirkungen der internationalen Migration. Forschungsberichte der Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL).* Hannover: Akademie für Raumforschung und Landesplanung.
- Dragano, N. u. Siegrist, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: M. Richter u. K. Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181-194.
- Faik, J. u. Köhler-Rama, T. (2013): Anstieg der Altersarmut? Anmerkungen zu einem Gutachten des wissenschaftlichen Beirats beim Bundeswirtschaftsministerium. In: *Wirtschaftsdienst* (3), 159-163.
- Falk, K. (2012): Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter – wie geht das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: S. Kümpers u. J. Heusinger (Hrsg.): *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung.* Bern: Huber, 39-75.
- Frick, J.; Grabka, M.; Groh-Samberg, O.; Hertel, F. u. a. (2009): *Alterssicherung von Personen mit Migrationshintergrund. Forschungsstudie.* Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Friedrichs, J. (1998): Do poor neighbourhoods make their residents poorer? Context effects of poverty neighbourhoods on residents. In: Andreß, H.-J. (Hrsg.): *Empirical poverty research in a comparative perspective.* Aldershot, 77-101.
- Frommert, D. u. Himmelreicher, R. K. (2013): Entwicklung und Zusammensetzung von Alterseinkünften in Deutschland. In: C. Vogel u. A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel. Die Rückkehr der Altersarmut? Alter(n) und Gesellschaft.* Band 23. Wiesbaden: Springer VS, 141-160.
- Fuhr, G. (2012): *Armutgefährdung von Menschen mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2010.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Geyer, J. (2014): *Zukünftige Altersarmut.* Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

- Geyer, J. u. Steiner V. (2010): Künftige Altersrenten in Deutschland: Relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten. Wochenbericht des DIW Berlin (11): 1–11.
- Gille, C. (2003): Homosexuelle Männer im Alter. Über Aspekte von gutem Leben im Alter und die Unterstützungsmöglichkeiten, die durch die schwule Gemeinschaft und durch professionelle Altenhilfe geschaffen werden können. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Evangelische Fachhochschule.
- Goebel, J. u. Grabka, M. (2011): Zur Entwicklung der Altersarmut in Deutschland. In: DIW Wochenbericht (25), 3-16.
- Hank, K.; Erlinghagen, M. u. Lemke, A. (2006): Ehrenamtliches Engagement in Europa: Eine vergleichende Untersuchung am Beispiel von Senioren. In: Sozialer Fortschritt 55 (1), 6-11. Hank, K. u. M. Erlinghagen (2009). „Dynamics of Volunteering in Older Europeans.“ *The Gerontologist* 50(2): 170-178.
- Häußermann, H. (2008): Segregation in der Stadt – Befürchtungen und Tatsachen. In: vhw Forum Wohneigentum 9 (3), 123-125.
- Heusinger, J. (2012): „Wenn ich wat nich will, will ich nich!“ Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: S. Kümpers u. J. Heusinger (Hrsg.): *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*. Bern: Huber, 77-105.
- Hradil, S. (1999): *Soziale Ungleichheit in Deutschland*, Opladen (7.Auflage).
- Keck, W. (2011): *Pflege und Beruf: Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit*. Berlin: WZB Berlin.
- Knesebeck, O. von dem; Bauer, U.; Geyer, S. u. Mielck, A. (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung – Ein Plädoyer für systematische Forschung. In: *Das Gesundheitswesen* 71 (2), 59-62.
- Kruse, A. (2010). Ältere Menschen mit geistiger Behinderung – Anforderungen und Perspektiven der Heilpädagogik in der Gerontologie. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und Nachbargebiete* 4, 285-299.
- Lampert, T. u. Kroll, L. (2010): *Armut und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- May, M. u. Alisch, M. (2013): *AMIQUS – Unter Freunden. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Stadt*. Beiträge zur Sozialraumforschung. Band 8. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Möller, A.; Osterfeld, A. u. Büscher, A. (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46 (4), 312-316.
- Naegele, G. u. Rohleder, C. (2001): Bürgerschaftliches Engagement und Freiwilligenarbeit im Alter. In: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 52 (11), 415-421.
- Nicholson, A.; Bobak, M.; Murphy, M.; Rose, R. u. a. (2005): Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach. In: *Social Science and Medicine* 61, 2345-2354.
- Okken, P.-K.; Spallek J. u. Razum O. (2008). Pflege türkischer Migranten. In: U. Bauer u. A. Büscher. *Soziale Ungleichheit und Pflege*. Wiesbaden, VS Verlag: 396-422.
- Oyen, H. van; Nusselder, W.; Jagger, C.; Kolip, P. u. a. (2013): Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health-survival” paradox. In: *International Journal of Public Health* 58 (1), 143-155.
- Özcan, V. u. Seifert, W. (2006): *Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland*. Expertise für den Fünften Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L. u. a. (2008): *Migration und Gesundheit*. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2014): *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. Beiträge der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut .
- Rothgang, H. (2010): Gerechtigkeit im Verhältnis von Sozialer Pflegeversicherung und Privater Pflegepflichtversicherung. In: *Das Gesundheitswesen* 72 (3), 154-160.
- Schäper, S. u. Graumann, S. (2012): „Alter(n) als wertvolle Lebensphase erleben. Herausforderungen und Chancen für Menschen mit geistiger Behinderung“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45, 630-636.
- Schimany, P.; Rühl, S. u. Kohls, M. (2012): *Ältere Migrantinnen und Migranten*. Entwicklungen, Lebenslagen und Perspektiven. Band 18. Forschungsbericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge. Berlin.
- Simon, M. (2004): Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. In: *Journal of Public Health* 12 (3), 218-228.
- Simonson, J. (2013): Erwerbsverläufe im Wandel – Konsequenzen und Risiken für die Alterssicherung der Babyboomer. In: C. Vogel u. A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* Wiesbaden: Springer VS, 273-290.
- Simonson, J.; Kelle, N.; Gordo, L.; Grabka, M. u. a. (Hrsg.) (2012): Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. In: *DIW Wochenbericht* (23), 3-13.
- Volkman, A. (2012): Quartiereffekte in der Stadtforschung und in der sozialen Stadtpolitik. Die Rolle des Raumes bei der Reproduktion sozialer Ungleichheit. In: *Forum Stadt- und Regionalplanung e.V. (Hrsg.): Graue Reihe des Instituts für Stadt- und Regionalplanung* (36). Berlin: Technische Universität.
- Walgenbach, K. (2014): *Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in den Erziehungswissenschaften*. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Yen, I.; Michael, Y. u. Perdue, L. (2009): Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. In: *American Journal of Preventive Medicine* 37 (5), 455-463.

## Verlorene Jahre? Potenziale des Alters vor dem Hintergrund gesundheitlicher Ungleichheit<sup>1</sup>

Andreas Mergenthaler und Yvonne Eich

<sup>1</sup> Es handelt sich um eine gekürzte und leicht überarbeitete Version eines Beitrags aus *Bevölkerungsforschung Aktuell* 2013, Jg. 34, Ausgabe 6, S. 11–18.

In den letzten Jahren ist in der Altersforschung wie auch in der öffentlichen Diskussion ein Wandel des Altersbildes vom so genannten „Defizit-“ zum „Kompetenzmodell“ zu beobachten (Tews 1991: 131; Van Dyk u. Lessenich 2009: 31ff.; Klös u. Naegele 2013: 124). Vor dem Hintergrund einer historisch bislang einzigartigen Situation der heutigen „jungen Alten“ – die im Jahr 2013 60- bis 80-Jährigen sind wohlhabender, besser gebildet und gesünder als alle Generationen vor ihnen (Aner; Karl u. Rosenmayr 2007: 14) – verweist dieser Diskurs auf die Potenziale des Alters. Hierunter wird vor allem die ökonomische und zivilgesellschaftliche Aktivität älterer Menschen subsumiert, d. h. die Fortführung von Erwerbsarbeit auch jenseits der Regelaltersgrenze, das bürgerschaftliche Engagement im Ruhestand oder die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger. Zum aktuellen zeitlichen Umfang der Aktivitäten, die die 60- bis 85-Jährigen bereits innerhalb ihrer Familie erbringen, liefert die Generali Altersstudie interessante Ergebnisse. Die heute rund 15,2 Millionen 60- bis 85-Jährigen unterstützen ihre Familie durchschnittlich 15 Stunden im Monat. Dies entspricht der Arbeitszeit von rund 1,4 Millionen Vollzeitstellen (Generali Zukunftsfonds 2013: 527). Die Potenziale des Alters umfassen aber keineswegs nur die aktuelle Aktivität, sondern, im Sinne von Entwicklungsmöglichkeiten (Kruse u. Schmitt 2010: 14), gerade auch die Arbeiten, zu denen ältere Menschen im Stande wären, falls bestimmte individuelle oder gesellschaftliche Rahmenbedingungen bestünden. Durch eine solche Betrachtungsweise kommen vielfältige Ressourcen als Voraussetzungen für die Verwirklichung von Potenzialen ins Blickfeld. Als typische Altersressourcen verstehen Gerontologen sowohl die materielle Wohlfahrt, die verfügbare Zeit, soziale und psychische Kompetenzen als auch fachliche und methodische Kompetenzen (Pohlmann 2010: 78f.).

Dieser Diskurs eines Wandels des Altersbildes von einem passiven hin zu einem aktiven, ja produktiven Alter(n) (Caro u.a. 1993: 4ff.; Bass u. Caro 2001: 39ff.; Tews 1996) vernachlässigte bislang die Gesundheit älterer Menschen und deren individuellen sowie, mehr noch, die sozialen Einflüsse auf die Chancen eines gesunden und langen Lebens. Die einschlägige Literatur berücksichtigt die Gesundheit mitunter ausschließlich als eine Barriere für ältere Menschen, welche die Entfaltung von Alterspotenzialen erschwert oder gar unmöglich macht (Pohlmann 2010: 80f.). Auch der fünfte Altenbericht der Bundesregierung, der sich schwerpunktmäßig mit den Potenzialen des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft beschäftigt und sich somit auf Erwerbsarbeit, Bildung, Einkommen, Konsum, private Netzwerke sowie das freiwillige Engagement älterer Menschen konzentriert, verweist eher am Rande auf eine Stärkung der Gesundheitsförderung und -prävention, um bislang noch ungenutzte Potenziale älterer Menschen zu erschließen (BMFSFJ 2005: 23f.). Der politische Diskurs im Rahmen des Dialogprozesses zur Demografiestrategie der Bundesregierung greift die Potenzialdiskussion in etwas veränderter Form auf. Im Ebenen übergreifenden Arbeitsgruppenprozess zu neun Themenschwerpunkten der Demografiestrategie wurden die Potenziale der Menschen in den verschiedenen Altersphasen unter der übergeordneten Zielsetzung „Menschen in ihren Lebensläufen stärken“ betrachtet (BMI 2013: 7f.). Als Schlüssel für die Stärkung der Potenziale und „für ein gelingendes längeres Leben“ nennt die Bundesregierung Investitionen in Bildung und Gesundheitsprävention. Darin zeigt sich in der Demografiepolitik der Bundesregierung eine erste Annäherung an eine langfristig ausgerichtete „Lebenslaufperspektive“ im Hinblick auf die Potenzialdiskussion. Umfassend und frühzeitig die Entwicklungschancen aller Altersgruppen zu

fördern, um die Potenziale im Alter auszuweiten, wird auch im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs gefordert und darauf hingewiesen, dass diese Perspektive oft vernachlässigt wird (Klös u. Naegele 2013: 129). Klös und Naegele (2013: 137) stellen Ressourcen- und Potenzialförderung in einer alternden Gesellschaft zudem in den Kontext einer demografiefpolitischen Gemeinschaftsaufgabe.

### **Gesundheit als Ressource und Potenzial des Alter(n)s**

Eine stärkere Ausrichtung des Potenzial-Diskurses auf den Bereich „Gesundheit“, für die dieser Beitrag plädiert, hätte eine zentrale wissenschaftliche und praktische Bedeutung: Versteht man Gesundheit im Sinne der prominenten WHO-Definition nicht nur als „... umfassendes körperliches, seelisches und geistiges Wohlbefinden ...“ (WHO 1986: 1), sondern, durchaus in Übereinstimmung mit dieser Begriffsbestimmung, als grundlegende Ressource zur Erreichung von Lebenszielen, so wird Gesundheit zur Voraussetzung für die Verwirklichung von Potenzialen im Alter(n). Gesundheit im Sinne von verbleibender Lebenszeit in einem Zustand körperlichen und geistigen Wohlbefindens schafft somit die Grundlage, ohne die Aktivität in Wirtschaft und Gesellschaft nicht dauerhaft entstehen oder aufrechterhalten werden kann. Dies gilt vor allem für einen gesundheitlich vulnerablen Lebensabschnitt wie das höhere Lebensalter. Auch wenn das heutige Alter keinesfalls mit Krankheit oder Gebrechlichkeit gleichgesetzt werden kann, so existieren doch nach wie vor eine Reihe alterstypischer Erkrankungen, die die Lebensqualität und die Selbstständigkeit der Lebensführung massiv beeinträchtigen oder gar unmöglich machen können. Die Entwicklung der gesunden Lebenszeit spielt daher als grundlegende Ressource und als ein in Zukunft weiter zu entwickelndes Potenzial in einer Gesellschaft des langen Lebens eine maßgebliche Rolle (Walter u. Reuter 2013: 223).

Deutschland liegt im europäischen Vergleich der Ressource „gesunde Lebenszeit“ im Mittelfeld. Betrachtet man die zu erwartenden gesunden Lebensjahre („Healthy Life Years“) ab dem 50. Lebensjahr, wird deutlich, dass

dort noch viel Entwicklungspotenzial vorhanden ist. Deutschland liegt hier mit 14,5 Jahren für die Männer und 15,4 Jahren für die Frauen unter dem europäischen Durchschnitt von 17 Jahren gesunder Lebenszeit (Jagger u.a. 2011). Etwa ab dem 65. Lebensjahr ist in Deutschland also durchschnittlich schon mit einer eingeschränkten Gesundheit für Männer und Frauen zu rechnen, was der Ausschöpfung der Potenziale des Alters entgegenstehen kann.

### **Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit**

Die Ressource „Gesundheit“ hat, ebenso wie ihr Komplementärbegriff „Krankheit“, mehrere Dimensionen. In wissenschaftlicher Perspektive lassen sich mindestens eine naturwissenschaftlich-medizinische, eine psychologische sowie eine soziologische Perspektive unterscheiden (Erhart u.a. 2009: 335). Diese unterschiedlichen disziplinären Zugänge verdeutlichen, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ keinesfalls nur medizinische Forschungsgegenstände sind, sondern auch Arbeitsfelder der sozialwissenschaftlichen Forschung darstellen. Aus soziologischer Perspektive geht es, neben der Frage, mit welchen institutionellen Regelungen eine Gesellschaft auf „Krankheit“ reagiert und Gesundheit wiederherstellt, vor allem um die gesellschaftlichen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit (Wolf u. Wendt 2006: 10).

Die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung beschäftigt sich vor allem mit den Zusammenhängen zwischen der Stellung im Gefüge sozialer Ungleichheit und der Gesundheit sowie dem Sterblichkeitsrisiko, die nach jahrzehntelanger Forschung als weitgehend gesichert gelten können. Eine aktuelle Studie des Max-Planck-Instituts für Demografie in Rostock unterstreicht die Bedeutung gesellschaftlicher Einflüsse auf Morbidität und Mortalität: So sind die Zugewinne der ferneren Lebenserwartung in den letzten Jahren nur zu 10 Prozent auf gesundheitsrelevante Einflüsse während früherer Lebensabschnitte, zu 25 Prozent auf genetische Faktoren, aber zu rund 65 Prozent auf soziale Einflüsse (u. a. Bildung, Lebensstil, materielle Lage) zurückzuführen (Max-Planck-Institut

für Demografische Forschung 2009 zit. n. Naeyele 2013: 249). Nach wie vor bestehen in modernen Gesellschaften, trotz gut ausgebauter und allgemein zugänglicher Krankenversicherungssysteme und medizinischer Versorgungseinrichtungen, deutliche Unterschiede der Gesundheit und der Lebenserwartung nach sozialer Lage, die sich in den letzten Jahren in den meisten europäischen Gesellschaften teilweise sogar ausgeweitet haben (Mackenbach 2006 zit. n. Richter u. Hurrelmann 2009: 19).

Die Forschungen zu diesem Phänomen der sozial bedingten gesundheitlichen Ungleichheiten konzentrieren sich auf die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. Ältere Menschen sind in der wissenschaftlichen Diskussion um den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit bislang unterrepräsentiert, was angesichts der zu erwartenden Belastungen im Gesundheits- und Pflegesektor im Zuge des demografischen Wandels verwundert. Fasst man die Ergebnisse der vorhandenen Studien für Deutschland zusammen, so stehen die Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken auch in der Altersgruppe der 60-jährigen und Älteren in enger Verbindung mit der im Lebenslauf erworbenen Stellung im Beruf, dem Bildungs- und dem Einkommensniveau. Allgemein kommen diese Studien zum Ergebnis: Je höher der soziale Status, desto besser die subjektive, funktionale oder mentale Gesundheit im höheren Lebensalter (u. a. Von dem Knesebeck u.a. 2003; Von dem Knesebeck u.a. 2007; Borchert 2008: 262ff.; Mergenthaler 2012: 193ff.). Zwar scheint dieser soziale Gradient der Gesundheit mit steigendem Alter geringer zu werden; er verschwindet aber, wenn überhaupt, erst in der Hochaltrigkeit (Kümpers u. Rosenbrock 2010: 288).

Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen in Form eines sozialen Gradienten stellt für die Debatte um die Potenziale des Alters eine grundlegende Herausforderung dar. In einer Gesellschaft des langen Lebens und einer alternden Bevölkerung wird man sich in Zukunft immer weniger leisten können, eine grundlegende Ressource zu vergeuden: gesunde Lebenszeit. Genau dies ist jedoch die Folge sozial ungleich verteilter Gesundheitschancen und Sterblichkeitsrisiken.

Wenn man die Potenziale zu Aktivität älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft umfassend nutzen möchte, ist es zunächst geboten, die Chancengleichheit auf ein gesundes und langes Leben zu verbessern. Der vorliegende Beitrag möchte auf der Grundlage empirischer Daten eine Schätzung der Lebensjahre im „Dritten Alter“ liefern, die in Folge der bestehenden gesundheitlichen Ungleichheiten im höheren Alter derzeit brachliegen und somit ein Potenzial des Alters darstellen.

## Daten und Methode

Datengrundlage ist der vom Forschungsdatenzentrum des Deutschen Zentrums für Altersfragen (FDZ-DZA) herausgegebene Deutsche Alterssurvey (DEAS). Den folgenden Auswertungen liegen die Daten der dritten Welle zu Grunde, die im Jahr 2008 erhoben wurde. Es handelt sich dabei um die Basisstichprobe der dritten Welle, die insgesamt 6.205 Personen zwischen 40 und 85 Jahren umfasst (Motel-Klingebiel u.a. 2009: 2ff.). Diese Stichprobe wurde auf insgesamt 3.079 Personen zwischen 60 und 80 Jahren eingegrenzt.

Zur Messung der abhängigen Variablen „gesunde Lebenszeit“ verwendeten wir einen Indikator, der die fernere Lebenserwartung mit dem gesundheitlichen Zustand der Befragten kombiniert. Ein solcher Indikator ist für die Beschreibung der gesundheitlichen Qualität der gewonnenen Lebensjahre besonders aufschlussreich: Die Morbidität steht gerade im höheren Alter in enger Verbindung mit dem Sterblichkeitsrisiko, so dass es in diesem Lebensabschnitt wenig Sinn macht, diese beiden Größen getrennt voneinander zu betrachten. Die Daten zur ferneren Lebenserwartung der 60- bis 80-Jährigen wurden auf der Grundlage der Periodensterbetafeln des Statistischen Bundesamtes (geschlechtsspezifische Angaben der Jahre 2008/2010) bestimmt (StBA 2012). Als Indikator der funktionalen Gesundheit im DEAS diente die altersbezogene Prävalenz der gesundheitlichen Einschränkungen, die eine Hilfsbedürftigkeit zur Folge hatten. Diese beiden Basisdimensionen wurden kombiniert mit Informationen zum Bezug einer Altersrente und der aktuellen Erwerbstätigkeit

im Ruhestand. Auf diese Weise konnten wir die Lebenserwartung im Dritten Alter („Third Age Life Expectancy“ – TALE) schätzen, die definiert ist als die durchschnittliche Anzahl von Jahren, die ein Mensch im Ruhestand ohne gesundheitliche Einschränkung verbringen kann (Carr 2009: 74). Hierbei wählten wir ein Vorgehen, das auf Sullivan’s Methode beruht (Sullivan 1971).

Da die Lebenslage älterer Menschen auch in der nachberuflichen Phase des Altersruhestandes durch Ressourcen aus privaten und staatlichen Quellen geprägt ist, wurden zur Messung des sozioökonomischen Status (SES) mehrere Indikatoren herangezogen. Das formale Bildungsniveau maßen wir anhand einer dreistufigen Skala (geringes, mittleres und hohes Bildungsniveau) auf der Grundlage der ISCED97-Klassifikation („International Standard Classification of Education“). Zur Messung der materiellen Wohlfahrt der Befragten verwendeten wir das monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen. Die Grundlage für die Bestimmung dieses Indikators bildet das Haushaltseinkommen, das mit der Struktur des jeweiligen Haushalts verrechnet wird. Dabei weist die neuere Skala der OECD dem Haushaltsvorstand ein Gewicht von 1, jeder weiteren erwachsenen Person ein Gewicht von 0,5 und den Kindern unter 14 Jahren im Haushalt jeweils ein Gewicht von 0,3 zu. Um das monatliche Netto-Äquivalenzeinkommen zu bestimmen, wird das Haushaltseinkommen durch die Summe dieser Gewichte dividiert. Als dritte Dimension ging das Prestige der aktuellen oder letzten beruflichen Tätigkeit der Befragten in die Berechnung des sozioökonomischen Status ein.

Hierfür verwendeten wir die Prestigewerte der SIOPS-Skala („Standard International Occupational Prestige Scale“ nach Treiman). Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Werten dieser drei Variablen herzustellen, wurden diese z-transformiert. Diese Z-Werte summierten wir zu einem Index auf, wobei wir die fehlenden Angaben, im Gegensatz zu anderen Verfahren zur Berechnung des sozioökonomischen Status, nicht imputierten (Lampert u. Kroll 2009: 325f.). Zur Berechnung der Mittelwertunterschiede der Lebenserwartung im Dritten Alter wurde die kontinuierliche Skala des SES in Quartile unterteilt, wobei das erste Quartil die Lebenslagen mit dem niedrigsten sozioökonomischen Status umfasst und das vierte Quartil den vergleichsweise höchsten sozialen Status abbildet. Zur Schätzung des sozialen Gradienten ungleicher Lebenserwartung im Dritten Alter und dessen Auswirkung auf die zur Verfügung stehenden Personen-Jahre in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen in der deutschen Bevölkerung wählten wir ein zweistufiges Vorgehen. Im ersten Schritt wurde anhand der Daten des DEAS der Einfluss des sozioökonomischen Status auf die Lebenserwartung im Dritten Alter auf der Grundlage bivariater Mittelwertvergleiche geschätzt. In einem zweiten Schritt wurden die Mittelwerte der Statusgruppen mit den Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Altersjahren (Stand: 31.12.2008) der zu Grunde liegenden Altersgruppe multipliziert. Auf diese Weise berechneten sich die Personen-Jahre im Dritten Alter. Beide Analyseschritte wurden getrennt nach Geschlecht durchgeführt.

*Tabelle 1: Unterschiede der Lebenserwartung im Dritten Lebensalter (Third Age Life Expectancy – TALE) nach dem sozioökonomischen Status der 60- bis 80-Jährigen*

Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Basisstichprobe 2008 (Männer: n=1.178; Frauen: n=1.355); gewichtete Angaben: eigene Darstellung und Berechnung

Sozioökonomischer Status (SES)	Lebenserwartung im Dritten Alter (TALE) in Jahren					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	Mittelwert	Differenz	Mittelwert	Differenz	Mittelwert	Differenz
1. Quartil (niedrig)	9,8 (Ref.)	1,0	8,8 (Ref.)	2,2	9,1 (Ref.)	1,8
2. Quartil	10,5*	0,3	9,8***	1,1	10,2***	0,7
3. Quartil	10,5*	0,3	10,7***	0,2	10,6***	0,2
4. Quartil (hoch)	10,8**	–	10,9***	–	10,9***	–

\*:  $p < 5\%$ , \*\*:  $p < 1\%$ , \*\*\*:  $p < 0,1\%$ ; Mittelwertvergleiche anhand von T-Tests

## Ergebnisse

Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung im Dritten Alter zeigen sich bei den 60- bis 80-Jährigen sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Tabelle 1). Jedoch sind diese Unterschiede bei den Frauen deutlicher ausgeprägt: Während sich bei den Männern lediglich rund ein Jahr Differenz zwischen dem untersten und dem obersten Quartil des sozioökonomischen Status zeigt, beträgt die gleiche Differenz bei den Frauen über zwei Jahre. Bei beiden Geschlechtern zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Quartil besonders deutlich ausgeprägt sind; in den beiden Mittelkategorien sind sie im Vergleich zum höchsten Quartil deutlich geringer.

Welche Bedeutung haben diese Schätzwerte nun für die Anzahl der Personen-Jahre der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 60 und 80 Jahren? Im Jahr 2008 lebten in Deutschland etwa 8 Millionen Männer und rund 9 Millionen Frauen in dieser Altersgruppe, insgesamt also rund 17 Millionen Personen. Verrechnet man die Schätzwerte der Stichprobe des DEAS mit diesen Daten, kommt man hinsichtlich der 60- bis 80-jährigen Männer zum Ergebnis, dass die Angehörigen der höchsten Statusgruppe mit mehr als 21 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter rechnen konnten (Abbildung 1). Für

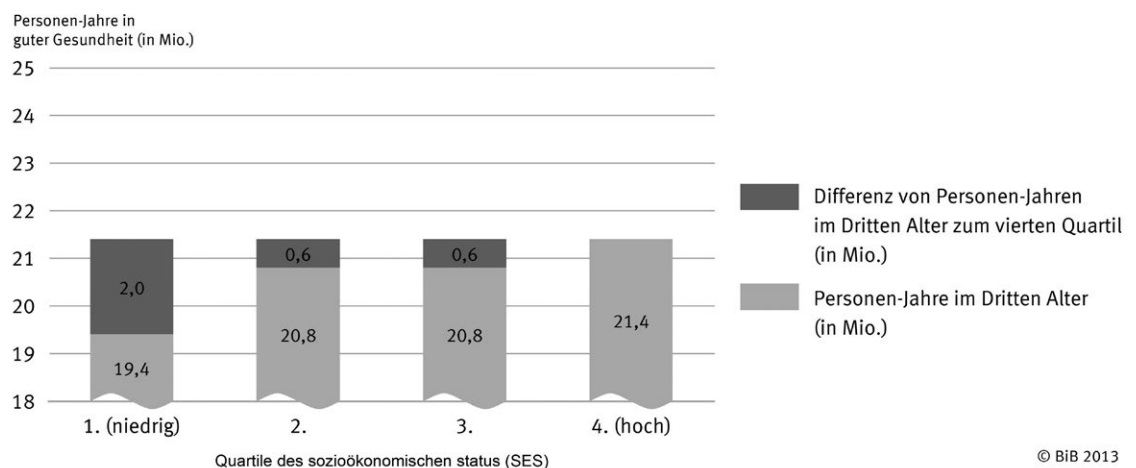
die beiden mittleren Statusgruppen fallen die Differenzen im Vergleich zu höchsten Gruppe mit etwas weniger als 21 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter noch recht gering aus. Die unterste Statusgruppe fällt mit etwas mehr als 19 Millionen Personen-Jahren deutlicher ab.

Nimmt man die Personen-Jahre der höchsten Statusgruppe als Referenzpunkt, so ist der soziale Gradient der Lebenserwartung im Dritten Alter unter den älteren Männern insgesamt für eine Differenz von etwas mehr als 3 Millionen Personen-Jahren verantwortlich. Die größte Differenz von 2 Millionen Personen-Jahren entfällt auf das unterste Quartil, was rund 63 Prozent der Gesamtdifferenz entspricht.

Im Vergleich zu den Männern haben die 60- bis 80-jährigen Frauen insgesamt mit einer höheren Zahl an Personen-Jahren im Dritten Alter zu rechnen. Dieses Mehr an Lebenszeit im Dritten Alter entfällt jedoch vor allem auf die beiden oberen Quartile: So kann die höchste Statusgruppe mit rund 25 Millionen und die nächst niedrigere immerhin noch mit 24 Millionen Personen-Jahren rechnen (Abbildung 2). Im untersten Quartil des sozioökonomischen Status unterscheidet sich die Anzahl der Personen-Jahre zwischen Männern und Frauen mit etwas mehr als 19 Millionen bzw. knapp 20 Millionen nur geringfügig.

Abbildung 1: Personen-Jahre im Dritten Alter in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bei den 60- bis 80-jährigen Männern im Jahr 2008

Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Basisstichprobe 2008 (Männer: n=1.178; Frauen: n=1.355); gewichtete Angaben: eigene Darstellung und Berechnung



© BIB 2013



Die Differenzen der Personen-Jahre im Vergleich zum höchsten Quartil fallen bei den Frauen ungleich höher aus als bei den Männern. Bei den Frauen kann dem sozialen Gradienten insgesamt eine Differenz von knapp 8 Millionen Personen-Jahren im Dritten Alter zugewiesen werden. Wie auch bei den Männern, entfällt ein Großteil dieser Differenz auf die unterste Statusgruppe. Deren Abstand zum höchsten Quartil beträgt knapp 5 Millionen Personen-Jahre, was einem Anteil an der gesamten Differenz von 62 Prozent entspricht.

### Fazit

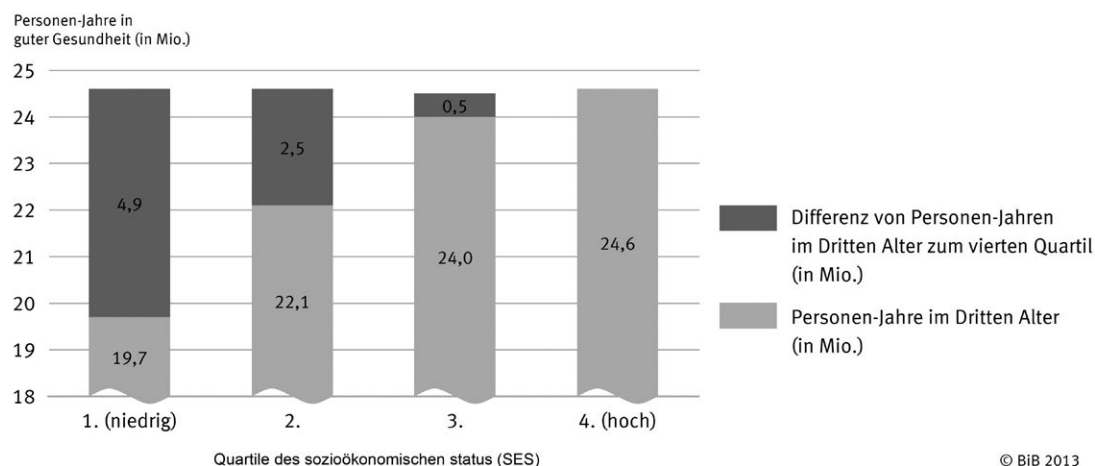
Der Beitrag untersucht die Auswirkungen gesundheitlicher Ungleichheit in der Altersgruppe der 60- bis 80-Jährigen und verknüpft die Befunde mit dem Diskurs um die Potenziale des Alters. Dabei geht es um die Lebenszeit im sogenannten „Dritten Alter“, als einem von guter Gesundheit geprägten Lebensabschnitt im Ruhestand. In Folge des sozialen Gradienten ungleicher Gesundheitschancen steht umso weniger Lebenszeit im Dritten Alter zur Verfügung, je niedriger der soziale Status älterer Menschen ausfällt. Dabei folgt dieser Zusammenhang einem typischen kurvilinearen Verlauf, d. h. der Zuwachs an gesunder Lebenszeit im Ruhestand flacht mit zunehmendem Sozialstatus ab (Hurrelmann 2006: 34f.). Die Befunde auf der Grundlage der Daten des DEAS (2008) und der Periodensterbe-

tafeln des Statistischen Bundesamtes (2008/2010) zeigen, dass durch sozioökonomische Unterschiede insgesamt rund 11 Millionen Personen-Jahre im Dritten Alter zusätzlich zur Verfügung ständen, falls alle Statusgruppen eine Lebenserwartung im Dritten Alter hätten, die der höchsten Statusgruppe entspräche. Dabei sind die Ungleichheiten bei den Frauen weitaus deutlicher ausgeprägt als bei den Männern. Im Einklang mit dem kurvilinearen Verlauf des sozialen Gradienten ungleicher Gesundheitschancen finden sich die größten Potenziale an Lebenszeit im Dritten Alter bei beiden Geschlechtern in der niedrigsten Statusgruppe. Gelänge es, die Gesundheitschancen dieser Gruppen zu verbessern, wären die Auswirkungen des sozialen Gradienten auf die Verteilung von Lebenszeit im Dritten Alter weitaus weniger gravierend.

Das Erkennen und die Nutzung von Potenzialen des Alters sind für die Politik eine zentrale Gestaltungsaufgabe, um in Zeiten des demografischen Wandels die Wettbewerbsfähigkeit, die Innovationskraft und die Solidarität innerhalb der deutschen Gesellschaft zu erhalten (Klös u. Naegele 2013: 137). Soziale Einflüsse auf die Gesundheit stellen dabei einen wichtigen Ansatzpunkt für Verhaltensprävention aber vor allem auch für verhältnispräventive Maßnahmen dar, die auf eine Veränderung der Umwelt und der Lebensbedingungen der Menschen abzielen (Leppin 2007: 36).

Abbildung 2: Personen-Jahre im Dritten Alter in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status bei den 60- bis 80-jährigen Frauen im Jahr 2008

Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS), Basisstichprobe 2008 (Männer: n=1.178; Frauen: n=1.355); gewichtete Angaben: eigene Darstellung und Berechnung



© BIB 2013

Sozioökonomische Unterschiede der Lebenszeit im Dritten Alter sind eine Folge des über den Lebenslauf hinweg ausgeprägten Human-, Sozial- und ökonomischen Kapitals. Die Möglichkeiten zum Erwerb dieser Kapitalien sind eng mit den Zugangschancen zu Bildung, zum Arbeitsmarkt und zu Leistungen des Wohlfahrtsstaats verbunden. Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit älterer Menschen und somit zur Erschließung von Gesundheitspotenzialen sollten daher nicht erst beim Übergang in den Ruhestand beginnen, sondern möglichst frühzeitig im Lebenslauf ansetzen (Aner u. Hammerschmidt 2008: 271; Klös u. Naegele 2013: 137f.). In einer Gesellschaft des langen Lebens, die auf die Potenziale aller Generationen und aller Altersgruppen angewiesen ist, stellt das Handlungsziel „gleiche Gesundheitschancen“ nicht nur eine sozialpolitische Herausforderung dar, sondern es bildet auch die Voraussetzung für eine Verlängerung von Erwerbsarbeit, zivilgesellschaftliches Engagement und familiäre Hilfsleistungen älterer Menschen.

*Dr. Andreas Mergenthaler ist Leiter der Forschungsgruppe „Alterung und Mortalität“ am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Wiesbaden.  
Kontakt: andreas.mergenthaler@bib.bund.de*

*Yvonne Eich, M.A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) in Wiesbaden.  
Kontakt: yvonne.eich@bib.bund.de*

## Literatur:

- Aner, K.; Karl, F. u. Rosenmayr, L. (2007): Die neuen Alten – Retter des Sozialen?. In: Aner, K.; Karl, F.; Rosenmayr, L. (Hrsg.): Die neuen Alten – Retter des Sozialen?, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 14–35
- Aner, K. u. Hammerschmidt, P. (2008): Zivilgesellschaftlich produktiv altern: Eine kritische Analyse ausgewählter Modellprogramme. In: Erlinghagen, M. u. Hank, K. (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften, Reihe „Alter(n) und Gesellschaft“, Band 16, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 259–276
- Bass, S. A. u. Caro, F. G. (2001): Productive aging: A conceptual framework, in: Morrow-Howell, N.; Hinterlong, J. u. Sherraden, M. (Hrsg.): Productive aging: Concepts and challenges, Baltimore: The Johns Hopkins University Press, S. 37–78
- Borchert, L. (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheitsrisiken älterer Menschen. Eine empirische Längsschnittanalyse unter Berücksichtigung von Morbidität, Pflegebedürftigkeit und Mortalität, Augsburg: Maro
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2013): Jedes Alter zählt. Zweiter Demografie Gipfel der Bundesregierung am 14. Mai 2013, online unter: [www.demografie-portal.de/SharedDocs/Arbeitsgruppe/DE/GipfelBroschue-re\\_Ergebnisbericht\\_Arbeitsgruppen.html](http://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Arbeitsgruppe/DE/GipfelBroschue-re_Ergebnisbericht_Arbeitsgruppen.html)
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2005): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, online unter: [www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/fuenfter-altenbericht,property=pdf,bereich=rwb=true.pdf)
- Caro, F. G.; Bass, S. A. u. Chen, Y.-P. (1993): Introduction: Achieving a productive aging society, in: Bass, S. A.; Caro, F. G.; Chen, Y.-P. (Hrsg.): Achieving a productive aging society, London: Auburn House, S. 3–25
- Carr, D. C. (2009): Demography, Ideology, and Stratification: Exploring the emergence and consequences of the third age. Online unter: [www.academia.edu](http://www.academia.edu)
- Erhart, M.; Wille, N.; Ravens-Sieberer (2009): Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen, in: Richter, M. u. Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 335–352
- Generali Zukunftsfonds (Hrsg.) (2013): Generali Altersstudie 2013, Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung
- Hurrelmann, K. (2006): Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, 6. Aufl., Weinheim, München: Juventa

- Jagger, C. u.a. (2011): Inequalities in health expectancies at older ages in The European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE), *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, S. 1030–1035
- Klös, H.-P. u. Naegele, G. (2013): Alter als „Ressource“ – Befunde und verteilungspolitische Implikationen, in: Hüther, M. u. Naegele, G. (Hrsg.): *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: Springer VS, S. 123–141
- Kruse, A. u. Schmitt, E. (2010): Potenziale des Alters im Kontext individueller und gesellschaftlicher Entwicklung, in: Kruse, A. (Hrsg.): *Potenziale im Altern: Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft*, Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 3–30
- Kümpers, S. u. Rosenbrock, R. (2010): Gesundheitspolitik für ältere und alte Menschen, in: Naegele, G. (Hrsg.): *Soziale Lebenslaufpolitik*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 281–309
- Lampert, T. u. Kroll, L. E. (2009): Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien, in: Richter, M. u. Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 309–334
- Leppin, A. (2007): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T. u. Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*, 2. Aufl., Bern: Huber, S. 31–40
- Mergenthaler, A. (2012): *Gesundheitliche Resilienz. Konzept und Empirie zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit im Alter*, Gesundheit und Gesellschaft, Wiesbaden: Springer VS
- Motel-Klingebiel, A. u.a. (2009): *Deutscher Alterssurvey: Die zweite Lebenshälfte. Erhebungsdesign und Instrumente der dritten Befragungswelle*, Berlin
- Naegele, G. (2013): Gesundheitliche Versorgung in einer alternden Gesellschaft. In: Hüther, M. u. Naegele, G. (Hrsg.): *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: Springer VS, S. 245–258
- Pohlmann, S. (2010): Alterspotenziale: Wirklichkeit, Wahrnehmung und Wahrscheinlichkeit. In: Kruse, A. (Hrsg.): *Potenziale im Altern. Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft*, Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft, S. 75–97
- Richter, M. u. Hurrelmann, K. (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen*. In: Richter, M. u. Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13–33
- STBA (Statistisches Bundesamt) (Hg.) (2012): *Periodensterbetafeln für Deutschland – Früheres Bundesgebiet, neue Länder sowie die Bundesländer – 2009/2011*, online unter: [www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnBundeslaender5126204117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Bevoelkerungsbewegung/PeriodensterbetafelnBundeslaender5126204117004.pdf?__blob=publicationFile)
- Sullivan, D. F. (1971): A single index of mortality and morbidity. In: *HSMHA Health Reports*, Jg. 86, H. 4, S. 347–354
- Tews, H. P. (1991): *Altersbilder: Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen vom und Einstellungen zum Alter*, KDA Forum Band 16, Köln
- Tews, H. P. (1996): *Produktivität des Alters*. In: Baltes, M. u. Montada, L. (Hrsg.): *Produktives Leben im Alter*, AIDA-Stiftung zur Erforschung neuer Wege für Arbeit und soziales Leben, Band 3, Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 184–210
- Van Dyk, S. u. Lessenich, S. (2009): „Junge Alte“: Vom Aufstieg und Wandel einer Sozialfigur. In: Van Dyk, S. u. Lessenich, S. (Hrsg.): *Die jungen Alten: Analysen einer neuen Sozialfigur*, Frankfurt am Main, New York: Campus, S. 11–48
- Von dem Knesebeck, O. u.a. (2003): Socioeconomic status and health among the aged in the United States and Germany: A comparative cross-sectional study. In: *Social Science and Medicine*, Jg. 57, H. 9, S. 1643–1652
- Von dem Knesebeck, O. u.a. (2007): Socio-economic position and quality of life among older people in 10 European countries: results of the SHARE study. In: *Ageing & Society*, Jg. 27, S. 269–284
- Walter, U. u. Reuter, D. (2013): *Prävention und Gesundheitsförderung als politische Strategien für Beschäftigungsfähigkeit und Teilhabe im Alter*. In: Hüther, M. u. Naegele, G. (Hrsg.): *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 223–244
- WHO (World Health Organization) (1986): *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*, online unter: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)
- Wolf, C. u. Wendt, C. (2006): *Perspektiven der Gesundheitssoziologie*. In: Wendt, C. u. Wolf, C. (Hrsg.): *Soziologie der Gesundheit*, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie (KZfSS)*, Sonderheft 46, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9–33

## Soziale Benachteiligung im Alter und gesundheitsbezogene Beratung durch Soziale Arbeit – fehlende Vernetzung der Beratungsstrukturen verschärft die Folgen sozialer Ungleichheit

Holger Adolph und Heike Ulrich

### Soziale Ungleichheit im Alter und gesundheitsbezogene Beratung

Soziale Ungleichheiten in der Lebenssituation von gesundheitlich oder funktional eingeschränkten älteren Menschen äußern sich in unterschiedlicher Art und Weise. In Deutschland existiert ein starker Zusammenhang von sozialem Status und der Lebenserwartung bzw. der behinderungsfreien Lebenserwartung sowie Erkrankungsrisiken. Die Differenzierung von Lebenslagen nimmt im Alter darüber hinaus eher zu statt ab (Lampert u. Kroll 2014). Im Verlauf des Alter(n)s verändert sich zudem das Risikoprofil benachteiligter Menschen. Neben den klassischen sozialen Ungleichheitsdimensionen – wie Einkommenssituation, Bildung, sozialem Status und Wohnsituation – gewinnen andere soziale und sozialräumliche Faktoren an Gewicht: das Vorhandensein eines Partners oder von Verwandten / Freunden / Nachbarn, die Unterstützung im Alltag leisten können; die Barrierefreiheit der Wohnung und die Qualität des Wohnumfelds und die Erreichbarkeit von Einkaufs- und Versorgungsangeboten. Auch der regionale Kontext kann das Altern positiv oder negativ beeinflussen (Wiest u.a. 2015).

Soziale Benachteiligung wirkt sich aber nicht nur auf die Entstehung von gesundheitlichen und funktionalen Problemen aus, sie beeinflusst auch in hohem Maß die Fähigkeit der Betroffenen, diese Einschränkungen zu bewältigen und mit der neuen Situation umzugehen. Neben den medizinischen und pflegerischen Versorgungsangeboten spielen gesundheits- und pflegebezogene psychosoziale Beratungsangebote für ältere Menschen eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung von Selbständigkeit im Alter. Psychosoziale Beratung für ältere Menschen zielt generell darauf, die Teilhabemöglichkeiten dieser Gruppe auch unter den Bedingungen

von körperlichen, kognitiven und seelischen Einschränkungen zu erhalten. Sozialarbeiterische Beratungsangebote unterstützen dabei u.a. die von den Betroffenen präferierten häuslichen Versorgungsarrangements zu stabilisieren und damit die Autonomie älterer Menschen zu stärken. Dazu unterstützen sie ältere Menschen und ihre Angehörigen bei der Bewältigung und Lösung individueller Problemlagen und Krisen, bei der Weiterentwicklung der Gesundheitskompetenz und stellen psychosoziale und anwaltschaftliche Unterstützung bereit. „Schließlich sehen sich die Einrichtungen der Patientenberatung ... als Vertreter von Patienteninteressen und Patientenrechten“ (Dierks u. Schaeffer 2012).

### Sozial ungleicher Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten

Ältere Menschen treten in allen Settings als Nutzer des Gesundheitswesens und der pflegerischen Versorgung auf. Typisch sind im höheren Alter das Wechseln zwischen den Sektoren, d.h. es werden sowohl ambulante medizinische als auch wiederkehrend stationäre Aufenthalte in Akutkliniken oder geriatrischer Rehabilitation in Anspruch genommen. „Schnittstellen oder Übergänge [sind] in fast allen und besonders in den höheren Altersgruppen alltäglich“ (Braun u.a. 2011, S. 4). Dies ist Ausdruck der besonderen gesundheitlichen Belastungen durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität und fragiler sozialer Unterstützungsnetzwerke, wenn häusliche / ambulante Versorgungsarrangements durch krisenhafte Ereignisse oder einen erhöhten Versorgungsbedarf (temporär) nicht mehr tragfähig sind.

Gesundheits- und pflegebezogene psychosoziale Beratung gehört zu den häufig genutzten Angeboten für ältere Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen und de-

ren Angehörige (Dorin u. Büscher 2013, S. 256 f.). Sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Sektor gibt es Beratungsinstitutionen innerhalb derer die Soziale Arbeit zu finanziellen, beruflichen, familiären und sozialen Belastungen berät. Häufig sind dies multiprofessionelle Beratungsangebote. Die Soziale Arbeit unterstützt ältere Menschen und deren Angehörige außerdem bei der Realisierung sozialrechtlicher Ansprüche und in der Organisation von formellen und informellen Versorgungsarrangements (Zippel u. Kraus 2011; Auer u. Karl 2010; DVSG 2007). Charakteristisch ist dabei die Kombination von Leistungen verschiedener Sozialgesetzbücher sowie struktureller Unterstützungsangebote aus dem Gesundheitswesen und der kommunalen Altenhilfe (Schönemann-Gieck u. Weber 2015).

Dazu sind hohe Beratungskompetenz, sozialrechtliches Wissen, Case-Management-Methodenkompetenz, das Wissen um Strukturen des Gesundheits- und Sozialwesens sowie die konkret regional vorhandene Versorgungslandschaft notwendig, da es sich bei den Unterstützungsbedarfen häufig um komplexe Problemlagen handelt, die gesundheitliche, psychische, familiäre, finanzielle, wohnraumbezogene, rechtliche und andere Aspekte berühren (Dettmers 2015).

Benachteiligte ältere Menschen, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf an kompensatorischen Leistungen aufgrund von Gesundheitseinschränkungen bei gleichzeitiger schlechter finanzieller Lage, ungeeigneter Wohnsituation oder mangelnder sozialer Unterstützungsnetzwerke haben, verfügen häufig nur über ein geringes Wissen, was ihre Rechte und alternative Versorgungsoptionen angeht. Gleichzeitig nutzen sie oder ihre Angehörigen Beratungsangebote, die sie beim Zugang zu Gesundheitsleistungen und anderen sozialstaatlichen Ressourcen sowie informellen Hilfsmöglichkeiten unterstützen können, nur unterdurchschnittlich. Das zeigt sich generell bei der Nutzung von Informations- und Beratungsangeboten, aber besonders bei der Nutzung ambulanter Beratungsangebote und präventiver Leistungen (Dierks u. Seidel 2012; Marstedt u. Amhof 2008; Janßen u.a. 2011).

Akutkrankenhäuser und Rehabilitationskliniken sind bei krisenhaften gesundheitlichen

wie sozialen Problemen episodisch Stationen der Versorgung benachteiligter Personengruppen. Klinik-Sozialdienste haben gute Zugänge zu diesen Patientengruppen. Sie weisen in der Nutzung eine geringere soziale Selektivität auf als ambulante Beratungsangebote und ihnen kommt die wichtige Aufgabe zu, die Beratungskontinuität in den ambulanten Bereich hinein zu sichern. Insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen kommt es nach dem Übergang aus der stationären Akutversorgung in den ambulanten Bereich trotz objektiv vorhandener Informationsdefizite und eines Beratungsbedarfs zu einem Bruch in der „Beratungskette“. Eine enge Vernetzung von stationären und ambulanten Beratungsangeboten für ältere Menschen kann Fehlsteuerungen und von den Betroffenen nichtgewollte Versorgungsarrangements vermeiden helfen.

Aufgrund der stark verkürzten Liegezeiten sind insbesondere ältere Patientinnen und Patienten heute bei ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung deutlich unterstützungsbedürftiger als vor einigen Jahren. Damit ist auch die medizinisch-pflegerische Prognose deutlich schwieriger geworden, ob und wann die Selbständigkeit wieder erreicht werden kann, um zurück in die eigene Häuslichkeit zu gehen. Ist der Pflegebedarf bei der Entlassung nicht unmittelbar in der ambulanten Versorgung zu organisieren, gehen die Patientinnen und Patienten in der Regel in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege. Die Rückkehr in das eigene Zuhause erfolgt jedoch nicht automatisch nach Ablauf der vereinbarten Aufnahmezeit.

Neben der verlängerten Rekonvaleszenz bedarf es großer Anstrengungen der älteren Patientinnen und Patienten, um einen Grad der Selbständigkeit zu erlangen, der eine Rückkehr möglich macht. Neben aktivierender Pflege und ergänzenden rehabilitativen therapeutischen Angeboten bedarf es auch in dieser Phase unabhängiger Beratung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu Hilfe- und Entlastungsangeboten, um den Weg zurück in die eigene Wohnung gehen zu können. Kurzzeitpflege stellt eine sensible Phase der Weichenstellung für die zukünftige Wohnform dar, die unbedingt durch unabhängige Beratung begleitet werden muss. Dies ist insbesondere bei eingestreuter Kurzzeitpflege gegenüber Solitäreinrichtungen der

Kurzzeitpflege häufig nicht garantiert (IGES 2013). Pflegeeinrichtungen haben ein Interesse daran, ihre stationären Plätze zu besetzen und den Pflegebedürftigen in ihre Einrichtung zu integrieren. Das gelingt durch die Kurzzeitpflege leichter, da dort schon beurteilt wird, ob der oder die Pflegebedürftige zu der Bewohnerstruktur der Einrichtung passt. In der Praxis führt die Aufnahme in eingestreute Kurzzeitpflegebetten nach der Krankenhausentlassung für viele Menschen jedoch häufig in eine stationäre Dauerpflege.

Angehörige sehen ihre pflegebedürftigen Mütter oder Väter im Heim gegenüber der häuslichen Situation häufig „besser aufgehoben“, sei es aus eigener Überlastung nach einer längeren häuslichen Pflegephase, sei es aus Sicherheitserwägungen oder ähnlichen Gründen. Stationäre Pflegeeinrichtungen bieten aus Sicht der Angehörigen kontinuierliche und verlässliche Hilfe an: Bei Stürzen besteht nicht die Gefahr, dass Angehörige unbemerkt evtl. die ganze Nacht ohne Hilfe sind, die Versorgung mit regelmäßigem Essen und die Überwachung der Medikamenteneinnahme ist gesichert. Auch wenn sie anfänglich die Rückkehr in die eigene Wohnung, in das eigene Haus unterstützt haben, verändern Angehörige oft ihre Perspektive, mitunter auch, weil die Rückkehr in die Selbständigkeit ihre eigenen zeitlichen und persönlichen Ressourcen zur Unterstützung erfordert. Das ist durchaus legitim, denn auch pflegende Angehörige haben berechnete Interessen. Unabhängig davon können bei den betroffenen älteren Menschen aber abweichende Präferenzen bestehen. Eine unabhängige Beratung für Pflegebedürftige, die in ihre eigene Wohnung zurückkehren möchten, steht in dieser sensiblen Phase nicht systematisch zur Verfügung. Hier ist eine enge Verzahnung der Krankenhaussozialdienste mit den kommunalen Sozialdiensten, Seniorenberatungsstellen oder auch den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern der Pflegestützpunkte erforderlich, um den betroffenen Menschen eine unabhängige und neutrale Beratungsinstanz an die Seite zu stellen, die anwaltschaftlich Betroffene und Angehörige gleichermaßen begleitet. Die regionalen Dienste kennen die Angebote und Möglichkeiten vor Ort, können beurteilen, was ambulant machbar ist und sind für sowohl für die Pflegebe-

dürftigen als auch deren Angehörige und Vertrauenspersonen ansprechbar.

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen spricht sich deshalb für eine systematischere Vernetzung der sozialarbeiterischen/psychosozialer Beratung im stationären und ambulanten Bereich aus (DVSG 2013b; DVSG 2013a).

### **Weiterentwicklung der Beratungslandschaft**

Damit ältere Menschen in schwieriger sozialer Lage Beratungsangebote besser nutzen können, müssen aus Sicht des Fachverbandes für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) zwei Defizite in der Beratungslandschaft für ältere Menschen ausgeräumt werden:

- *Flächendeckende Erreichbarkeit von Beratungsangeboten gewährleisten:* Die Situation der flächendeckenden Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Beratungsangeboten in den Sozialdiensten der Kliniken und in ambulanten Beratungsstellen unterscheidet sich zwischen einzelnen Klinikträgern und zudem in ländlichen Gebieten deutlich von der in Großstädten. In vielen ländlichen Regionen besteht eine Unterversorgung mit unabhängigen Beratungsangeboten, die von den Ratsuchenden persönlich aufgesucht werden können oder die zugehende Beratungen anbieten und spezifische Kenntnisse der Versorgungssituation vor Ort haben.
- *Bestehende Beratungsangebote besser koordinieren:* Für ältere Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen stellt sich die Beratungslandschaft als sehr unübersichtlich dar. Bisher gibt es kein klares politisches Konzept, wie ein flächendeckendes abgestuftes Beratungsnetz aussehen soll, das sich ergänzende Angebote, die auf nationaler, länder- und kommunaler Ebene vorzuhalten sind, beschreibt. Dieses Beratungsnetz muss den Herausforderungen gerecht werden und räumliche Ungleichheiten zwischen Stadt und Land minimieren. Weiter braucht es klare Regelungen zur Finanzierungsverantwortung zwischen Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene sowie den Kostenträgern.

Ferner muss die Finanzierung von Beratungsleistungen berücksichtigen, dass koordinative Leistungen und zielgruppenspezifische Angebote für benachteiligte Gruppen, beispielsweise durch aufsuchende Beratungsangebote, mit einem erhöhten Aufwand verbunden sind.

### **Benachteiligte ältere Menschen durch Vernetzung besser erreichen**

Auch dort wo strukturell beratende und leistungserschließende Angebote vorhanden sind, fehlt es häufig an einer systematischen Kooperation zwischen sozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten in Akutkliniken und Rehakliniken auf der einen Seite und gesundheitsbezogenen ambulanten Beratungsstellen – wie Pflegestützpunkten, Demenzberatung, Seniorenberatung u.a. – auf der anderen Seite. Die mangelnde Vernetzung trifft für Angebote der kommunalen Altenhilfe mit denen des Gesundheitswesens in noch stärkerem Maß zu. Von gelingenden Kooperationen würden insbesondere benachteiligte Gruppen älterer Menschen profitieren, da diese zwar im Krankenhaus relativ gut von der Beratung durch Sozialdienste erreicht werden, es nach der Entlassung aber häufig zu einem Bruch in der Beratungskette kommt, wenn ambulante Beratungsstellen trotz vorhandenen Beratungsbedarfs nicht aufgesucht werden.

Die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in Krankenhäuser und Rehakliniken endet heute an der Krankenhaustür. Um die Nachversorgung der Patientinnen und Patienten nachhaltig zu sichern, sollten zum einen die Kompetenzen des Entlassungsmanagements in den ambulanten Bereich hinein ausgeweitet und Verordnungen von Nachsorgemaßnahmen aus dem Krankenhaus vereinfacht werden, wie dies mit dem GKV-VSG auch schon ansatzweise geschehen ist. Zum anderen braucht es einen „sektorenübergreifenden Sozialdienst im Gesundheitswesen“ um die koordinativen und psychosozialen Beratungsbedarfe älterer Menschen über die Sektorengrenzen hinweg mit hoher Kontinuität bearbeiten zu können. Mindestens braucht es aber ein verlässliches „ambulantes Gegenüber“ für die Beratungsarbeit der Sozialdienste in Akut- und Rehabilitationskliniken,

um die Patientinnen und Patienten auch im ambulanten Bereich durch Case-Management, soziale Beratung und gesundheitsedukative Maßnahmen unterstützen zu können. Dazu sollte die Vernetzung der Sozialdienste mit Institutionen der ambulanten Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur (Pflegestützpunkte, Krebsberatungsstellen, Gesundheitsämter, Integrationsfachdienste, Rehabilitationsdienste, ambulante gesundheitliche und soziale Beratungsstellen usw.) verbessert und gesetzlich verbindlich geregelt werden. Die Zeit für Kooperationen mit anderen Versorgungs- und Beratungsakteuren ist wesentlicher Bestandteil und Qualitätselement der sozialarbeiterischen Beratungstätigkeit, die bei der Finanzierung adäquat berücksichtigt werden muss. Diese Kooperationsleistungen werden auch durch das PSG II, trotz der vorgesehenen Stärkung des Rechts auf Pflegeberatung, nicht ausreichend berücksichtigt. Eine enge Verzahnung von Pflegestützpunkten und Sozialdiensten der Akutkrankenhäuser kann durch die systematische Information über ambulante Versorgungsangebote eine deutliche Erhöhung der Nutzerzahlen der ambulanten Beratung unter benachteiligten Gruppen erreichen (Papadopoulos u. Vahrenhorst 2012).

Zur Vermeidung von sozial induzierten Fehlnutzungen des Gesundheitssystems und zur Schaffung eines Zugangs zu Beratungsangeboten für benachteiligte Gruppen fehlt es zurzeit außerdem an einer Finanzierungsmöglichkeit für die Kooperation von Fachkräften der Sozialen Arbeit und Hausärztinnen und Hausärzten. Hausärztinnen und Hausärzte sind regelmäßig sowohl mit krankheitsbedingten sozialen und sozialrechtlichen Fragestellungen bei älteren Patientinnen und Patienten konfrontiert als auch mit den Folgen von sozialen Defiziten und fehlenden Netzwerken, die unabhängig von Erkrankungen bzw. deren Folgen auftreten. Sie haben außerdem einen guten Zugang zu älteren Patientengruppen, die von ambulanten Beratungsangeboten nur schwer erreicht werden.

Es muss eine finanziell abgesicherte Möglichkeit der Kooperation zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Fachkräften der Sozialen Arbeit im Rahmen des SGB V ggf. an anderer Stelle geschaffen werden, welche

die Hinzuziehung von Beratungsleistungen durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit für Ärztinnen und Ärzte ermöglicht. Damit würde auch solchen älteren Patientinnen und Patienten der Zugang zu einer spezifischen psychosozialen Beratung eröffnet und ein Beitrag zur Autonomie dieser Gruppen geleistet, die selbst oder deren Angehörige aus eigenem Antrieb keine ambulante Beratungsstelle aufsuchen.

*Holger Adolph ist Referent der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) in Berlin*

*Kontakt: holger.adolph@dvsg.org*

*Heike Ulrich ist 2. Vorsitzende der DVSG und arbeitet im Referat „Ältere Menschen“ der Senatorin für Soziales, Jugend und Frauen, Integration und Sport in Bremen*

*Kontakt: heike.ulrich@dvsg.org*

#### Literatur:

Aner, K. u. Karl, U. (Hrsg.) (2010) – Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden.

Braun, B.; Marstedt, G. u. Sievers, C. (2011): Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitssystem. Hg. v. Bertelsmann-Stiftung und BARMER GEK (Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 3/2011).

Dettmers, S. (2015): Qualifikationskonzept Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit der DVSG – QGSA. Hg. v. Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG). Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/fileadmin/dateien/08Service/Downloads/2015Qualifikationsprofil.pdf>.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013a): Anforderungen an die Weiterentwicklung der ambulanten gesundheitsbezogenen Beratungslandschaft – Zugang für sozial benachteiligte Gruppen verbessern. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter [http://dvsg.org/fileadmin/\\_migrated/content\\_uploads/DVSG-Positionspapier\\_Ambulante\\_Beratung.pdf](http://dvsg.org/fileadmin/_migrated/content_uploads/DVSG-Positionspapier_Ambulante_Beratung.pdf), zuletzt geprüft am 15.06.2015.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2013b): Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken. DVSG Positionspapier. Berlin. Online verfügbar unter <http://dvsg.org/uploads/media/2013DVSG-PositionspapierEntlassungsmanagement.pdf>, zuletzt aktualisiert am 26.09.2013, zuletzt geprüft am 30.09.2013.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (2007): Produkt- und Leistungsbeschreibung der klinischen Sozialarbeit. 2. Auflage.

Dierks, M.-L. u. Schaeffer, D. (2012): Autonomie und Patientenberatung. In: Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung (Hrsg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. 1. Aufl. Bern: H. Huber, S. 285–295.

Dierks, M.-L. u. Schaeffer, D. (2012): Nutzer der Patientenberatung. In: Doris Schaeffer und Sebastian Schmidt-Kaehler (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Aufl. Bern: Huber, S. 185–196.

Dorin, L. u. Büscher, A. (2013): Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftige: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Jan Böcken, Bernard Braun und Uwe Repschläger (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen : Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 248–270.

IGES; Deckenbach, B.; Stöppler, C. u. Klein, S. (2013): Qualitätskriterien für eine fachgerechte Kurzzeitpflege (§42 SGB XI). Berlin.

Janßen, C.; Sauter, S. u. Kowalski, C. (2011): Der Einfluss sozialer Determinanten auf die Inanspruchnahme präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen: Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche. In: Gesundheitswesen 73 (08/09).

Lampert, T. u. Kroll, L.E (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung | GBE kompakt 2/2014. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI) (GBE kompakt, 2/2014). Online verfügbar unter [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt), zuletzt geprüft am 10.03.2014.

Marstedt, G. u. Amhof, R. (2008): Soziale Ungleichheit: Schichtspezifisches Informations- und Partizipationsverhalten in der ambulanten Versorgung (Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, 3-2008), zuletzt geprüft am 14.11.2012.

Papadopoulos, T. u. Vahrenhorst, V. (2012): Patientenzentriertes Lichtenberger Altersmedizinische Netzwerkarbeit Sachbericht für den Projektzeitraum vom 01.08.2009 – 31.12.2011. Abschlussbericht. Online verfügbar unter [http://www.volkssolidaritaet-berlin.de/beratung/content/pdf/20111231\\_Abschlussbericht\\_PLAN-1.pdf](http://www.volkssolidaritaet-berlin.de/beratung/content/pdf/20111231_Abschlussbericht_PLAN-1.pdf), zuletzt geprüft am 25.11.2013.

Schönemann-Gieck, P. u. Weber, J. (2015): Akutkrankenhaus und kommunale Altenhilfe – Wie hängt das zusammen? In: FORUM sozialarbeit + gesundheit (1), S. 11–14.

Voges, W. u. Borchert, L.: Soziale Ungleichheit und Heimkarriere bei Älteren. In: Künemund, Schröter (Hg.) 2008 – Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede, S. 195–220.

Wiest, M.; Novossadeck, S. u. Tesch-Römer, C. (2015): Regionale Unterschiede in den Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland. Berlin (DZA-Diskussionspapier, 57), zuletzt geprüft am 02.10.2015.

Zippel, C. u. Kraus, S. (Hrsg.) (2011): Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. 2. erw. Aufl. Frankfurt am Main: Mabuse-Verl.



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

A 20690E

