

Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung: Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften

Grundsätzliche Überlegungen sowie drei zentrale Handlungsfelder stehen im Fokus der Beiträge von Mitgliedern der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts.

„Der Siebte Altenbericht: Überlegungen der Kommission zu Konzeption und Ausrichtung des Berichts sowie zur gesundheitlichen Versorgung“ werden von *Andreas Kruse* behandelt. *Rolf G. Heinze* berichtet über „Wohnen und Wohnumfeld“ im Siebten Altenbericht“. *Thomas Klie* stellt „Pflege und Sorge – Analysen und Empfehlungen der Siebten Altenberichtscommission“ vor.

informationsdienst altersfragen

ISSN 1614-3566
A 20690E

Heft 06, November / Dezember 2016
43. Jahrgang

Herausgeber:
Deutsches Zentrum
für Altersfragen

06

Inhalt

Aus der wissenschaftlichen Politikberatung

- 3 Der Siebte Altenbericht: Überlegungen der Kommission zu Konzeption und Ausrichtung des Berichts sowie zur gesundheitlichen Versorgung
Andreas Kruse
- 11 Wohnen und Wohnumfeld im Siebten Altenbericht
Rolf G. Heinze
- 19 Pflege und Sorge – Analysen und Empfehlungen der Siebten Altenberichtskommission
Thomas Klie
- 24 **Kurzinformationen aus der Altersforschung, der Politik und Praxis**
- 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

Presserechtlich verantwortlich:

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Redaktion:

Cornelia Au

ida@dza.de

Gestaltung und Satz:

Mathias Knigge (grauwert, Hamburg)

Kai Dieterich (morgen, Berlin)

Druck:

Fatamorgana Verlag, Berlin

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

ISSN 1614-3566

Der Siebte Altenbericht: Überlegungen der Kommission zu Konzeption und Ausrichtung des Berichts sowie zur gesundheitlichen Versorgung

Andreas Kruse

Ein „politischer“ Bericht

Der Siebte Altenbericht, der unter der Überschrift „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ steht, ist als ein – im wahrsten Sinne – politischer Bericht zu verstehen. Die Tatsache, dass die Kommunen im Zentrum der Analyse stehen, legt eine ausführliche Analyse gegebener Möglichkeiten und Grenzen der Daseinsvorsorge nahe. Die Kommission hat sich dieser Aufgabe angenommen: sie nimmt eine Analyse aus rechtlicher, politisch-konzeptioneller und empirischer Perspektive vor. Die Daseinsvorsorge wird in dem Bericht in Beziehung zur Subsidiarität gesetzt – es wird an späterer Stelle aufgezeigt werden, dass diese beiden Konzepte eng aufeinander bezogen sind, ja, in einer komplementären Relation stehen. Wenn eine kritische Bestandsaufnahme kommunaler Ressourcen zur Daseinsvorsorge vorgenommen wird, so steht zu erwarten, dass die übergeordneten Ebenen – Bund und Länder – mit der Frage konfrontiert sind, inwieweit sie die nachhaltige Sicherung der kommunalen Ressourcen als eine *Gemeinschaftsaufgabe* von Bund, Ländern und Kommunen begreifen und behandeln. Auch damit ist eine politische Komponente angesprochen, die von der Kommission von Beginn ihrer Arbeit an diskutiert wurde. Zudem gibt die Erörterung jener Rahmenbedingungen, die gegeben sein müssen, damit *zukunftsfähige Sorgestrukturen entstehen* können, dem Bericht eine politische Dimension. Denn es ist zu fragen, welche Verantwortung die Politik auf den verschiedenen Ebenen – nämlich der kommunalen, der Landes- und der Bundesebene – übernimmt, um zu zukunftsfähigen Sorgestrukturen beizutragen. Und schließlich eignet sich die Analyseebene der Kommune dazu, *das Handeln des Individuums im öffentlichen Raum* genauer zu betrachten und der Frage nachzugehen, inwieweit die Mitgestal-

tung eben dieses öffentlichen Raums durch die (älteren) Bürgerinnen und Bürger auch aus kommunaler Sicht als bedeutsame Zielsetzung verstanden wird, für deren Umsetzung die entsprechenden Teilhabestrukturen zu schaffen sind. Mit dem öffentlichen Raum – in der altgriechischen Philosophie als „polis“ bezeichnet – ist jener Raum gemeint, in dem sich Menschen (in ihrer Vielfalt) sprechend und handelnd austauschen, in dem sie Initiative ergreifen (Hannah Arendt, „*Vita activa oder vom tätigen Leben*“). Dieser Austausch, dieses Ergreifen von Initiative – vor allem für das Gemeinwohl – ist immer auch in seiner politischen Dimension zu begreifen. Die Kommune als öffentlicher Raum (und nicht nur als Gebietskörperschaft) steht damit einmal mehr für die politische Dimension menschlichen Handelns und Zusammenlebens. Die Schaffung von Teilhabestrukturen, die allen Frauen und Männern den Zugang zum öffentlichen Raum und dessen Mitgestaltung eröffnen, ist als zentrale Aufgabe aller politischen Akteure zu verstehen.

Mit der Thematisierung der potenziellen Verletzlichkeit wie auch der potenziellen Ressourcen knüpft der Siebte Altenbericht der Bundesregierung an Diskussionen an, die auch im Vierten (Verletzlichkeit), Fünften (Potenziale) und Sechsten Altenbericht (Altersbilder) geführt wurden; zugleich schafft er damit einen spezifischen thematischen Kontext, in den die Erörterung von zukunftsfähigen Gemeinschaften auch einzubetten ist: denn ältere Menschen sind nach dem Verständnis der Kommission in diesen Gemeinschaften nicht nur als Hilfeempfangende, sondern ausdrücklich auch als Hilfegebende zu deuten und anzusprechen. Dieses *Gleichgewicht von empfangener und gegebener Hilfe bzw. Unterstützung* war der Kommission als Analyseperspektive wichtig, weil dieses Gleichgewicht ein wichtiges Element der Teilhabe bildet.

Heterogenität der individuellen Ressourcen

Damit ist aber zugleich die *Frage nach den Ressourcen* gestellt, die dem Individuum zur Verfügung stehen, um nicht nur selbstständig und selbstverantwortlich, sondern auch mitverantwortlich zu leben und damit den öffentlichen Raum mitgestalten zu können. Die Kommission hat von Beginn ihrer Arbeit an besonderes Gewicht auf die *soziale Ungleichheit* als zentralen Analysebereich gelegt, um deutlich zu machen, dass sich Entscheidungen und Handlungen kommunaler Akteure immer auch an der objektiven Lebenslage der einzelnen Menschen orientieren müssen. Der in unserer Gesellschaft immer wieder verwendete Begriff der „intergenerationellen Gerechtigkeit“ muss um jenen der „intragenerationellen Gerechtigkeit“ erweitert werden, mit dem zum einen angedeutet wird, wie groß die sozioökonomischen Ressourcenunterschiede in den älteren Generationen sind und wie sehr diese auch Unterschiede in den Teilhabechancen konstituieren, mit dem zum anderen auf die politische Verantwortung für den Abbau dieser Ungleichheit hingewiesen wird. Dabei hat sich die Kommission auch die Aufgabe gestellt, diese sozioökonomischen Ressourcenunterschiede in ihrer Bedeutung für die Nutzung von Dienstleistungs- und Versorgungsstrukturen aufzuzeigen: diese Unterschiede sind, wie die entsprechenden empirischen Analyse deutlich machen, beträchtlich. Diese Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, gerade Menschen mit geringen Bildungsressourcen und materiellen Ressourcen darin zu unterstützen, bestehende Dienstleistungs- und (medizinisch-pflegerische) Versorgungsstrukturen zu nutzen. Diese Notwendigkeit ergibt sich auch angesichts der Tatsache, dass Morbidität und Mortalität in hohem Maße von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst sind.

Heterogenität der kommunalen Ressourcen

Die hier besonders hervorgehobene *Heterogenität in den Lebensbedingungen* ist zu rahmen durch die *Heterogenität der Ressourcen*, über die Kommunen (und Kreise) verfügen. Die Kommission hat sich die Aufgabe gestellt, bei allen Analysen und Empfehlungen die Heterogenität von Ressourcen, über die Kommunen (und Kreise) verfügen, wie auch die Heterogenität im Hinblick auf den Ausbau und Qualität von Dienstleistungs-, Versor-

gungs- und Teilhabestrukturen zu berücksichtigen. Denn alle Maßnahmen des Bundes und der Länder zur Stärkung der Kommunen (im Sinne eines gemeinsamen Gestaltungsauftrags) müssen sich von den *vor Ort bestehenden Bedingungen* leiten lassen. In diesem Kontext hat sich die Kommission kritisch mit der Frage auseinandergesetzt, in welcher Hinsicht und in welchem Ausmaß sich die Kommunen in ihren Möglichkeiten zur Daseinsvorsorge unterscheiden und damit auch in den Rahmenbedingungen, die sie dem einzelnen Haushalt, dem einzelnen Individuum bieten. Von einer Gleichwertigkeit dieser Rahmenbedingungen kann, wie die empirische Analyse zeigt, keine Rede sein.

Ein verändertes Verständnis von „Subsidiarität“

Wenn von Sorge und Mitverantwortung in der Kommune die Rede ist, dann ist damit – teils direkt, teils indirekt – das Konzept der *Subsidiarität* angesprochen. Dabei ließ sich die Kommission von drei grundlegenden Überlegungen leiten. (I) Subsidiarität ist ohne Daseinsvorsorge nicht denkbar: das Individuum und seine natürlichen Netzwerke sind auf Vorleistungen der Kommune (und des Staates) angewiesen, um selbstständig, selbstverantwortlich und mitverantwortlich entscheiden und handeln zu können. Aus diesem Grunde stehen Daseinsvorsorge und Subsidiarität nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern vielmehr in einem *Ergänzungsverhältnis*. (II) Zentrale Vorleistungen der Kommune dürfen nicht unter Hinweis auf Subsidiarität (und zwar im Sinne der Verantwortung der „natürlichen Netzwerke“) abgebaut werden: damit würde das Konzept der Subsidiarität im Kern kompromittiert, wenn nicht sogar ausgehöhlt. Konkret: Bürgerchaftliches Engagement darf nicht in der Weise verstanden und eingeordnet werden, dass dieses kommunale und staatliche Pflichtaufgaben „ersetzen“ würde. In einem solchen Falle würde das Interesse am bürgerchaftlichen Engagement, würde die Bereitschaft zu diesem Engagement erkennbar zurückgehen, würden sich die Bürgerinnen und Bürger doch ausgenutzt fühlen. (III) Es muss ein *moderner Subsidiaritätsbegriff* entfaltet werden – und die Kommission erblickte in dem Bericht eine willkommene Möglichkeit dazu –, der auf dem Prinzip der *geteilten Verantwortung* aufruht. Gemeint ist damit,

dass sich das einzelne Individuum, dessen Familie, dessen nachbarschaftliche Netzwerke, bürgerschaftlich Engagierte, Wohlfahrtsverbände, private Dienstleister und Kommunen Aufgaben teilen, das heißt *aufeinander abgestimmt* Verantwortung übernehmen. Dies lässt sich am Beispiel der Hilfe im Alltag wie auch der Pflege besonders gut veranschaulichen, und dieses Konzept der geteilten Verantwortung wurde von der Kommission vor allem im thematischen Kontext von Pflege entfaltet.

Dass ein derartiges Konzept nicht problemlos und konfliktfrei umzusetzen ist, sei nicht verschwiegen. In der Kommission wurde eine ausführliche Diskussion zur *Differenzierung zwischen „cure“ und „care“* geführt, wobei erstere die hauptamtlich erbrachten pflegerisch-rehabilitativen Leistungen, letztere hingegen die sozioemotionalen Qualitäten umschreibt, die im Kontext der medizinisch-pflegerischen Versorgung ebenfalls von größter Bedeutung sind. Ist es nun angemessen, die geteilte Verantwortung entlang der Differenzierung zwischen „cure“ und „care“ zu definieren – erstere als Domäne der professionellen (hauptamtlichen) Dienste, letztere als Domäne der familiär, nachbarschaftlich, bürgerschaftlich konstituierten Netzwerke? Die Spannung liegt darin, dass zu jeder richtig verstandenen medizinischen und rehabilitativ-pflegerischen Behandlung auch das rechte Maß an sozioemotionaler Begleitung gehört, dass eine derartige Behandlung ohne eine sozioemotionale Rahmung gar nicht denkbar ist – will diese Behandlung nicht als fachlich korrekt, menschlich unterkühlt erscheinen. Und doch lässt sich nicht das Argument abweisen, dass eine hauptamtliche Betreuung und Begleitung „rund um die Uhr“ oder auch über viele Stunden mit Blick auf die emotionale Befindlichkeit, die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung, die Initiative- und Teilhabebereitschaft nicht funktional ist. Hier von einer Komplementarität der hauptamtlich (professionell) und familiär, nachbarschaftlich, ehrenamtlich erbrachten Leistungen auszugehen, erscheint als geeigneter Weg zur Umsetzung der „geteilten Verantwortung“.

Dabei sieht die Kommission die vordringliche Aufgabe darin, leistungsfähige und nachhaltige „Sorgestrukturen“ zu schaffen, in denen das familiäre, nachbarschaftliche und bürger-

schaftliche Engagement in ausreichendem Maße durch hauptamtliche Leistungen (formelle Dienstleistungen) flankiert wird: damit hat man Rahmenbedingungen für die Entwicklung zukunftsfähiger Gemeinschaften geschaffen. Ist es nun angemessen, in diesem thematischen Kontext den Begriff der „*sorgenden Gemeinschaft*“ zu verwenden, wie dieser im angloamerikanischen Raum – siehe den Begriff der „*caring community*“ – gerne verwendet wird? Über diese Frage entfachte sich in der Kommission eine lebendige Diskussion, die in letzter Konsequenz dazu führte, dass auf den Begriff der „sorgenden Gemeinschaft“ weitgehend verzichtet wurde. Ein Argument für diese weitgehende Zurückhaltung im Gebrauch dieses Begriffes lautete: Zunächst müssen geeignete Strukturen geschaffen werden, durch die das Prinzip der „geteilten Verantwortung“ ermöglicht wird, bevor der Blick auf „sorgende Gemeinschaften“ gerichtet ist.

Schließlich befasste sich die Kommission schon früh mit der Frage, inwieweit es notwendig sei, auf die Entwicklung von *Altenhilfestrukturen* in Kommunen zu drängen. Damit wurde eine Diskussion aufgegriffen, wie sie Ende der 1990er Jahre, Anfang der 2000er Jahre schon einmal geführt wurde. Die Entwicklung von Altenhilfestrukturen wurde von der Kommission als Möglichkeit angesehen, auch unmittelbar vor Ort eine „querschnittlich“ konzipierte Politik für ältere Menschen und mit älteren Menschen umzusetzen, in der die verschiedenen sozial-unterstützenden, sozialkulturellen, präventiven, medizinischen, rehabilitativ-pflegerischen und palliativen Angebote optimal aufeinander bezogen und abgestimmt sind. Letzten Endes hat die Kommission die *verfassungsrechtliche Prüfung eines Leitgesetzes* empfohlen, das dazu dienen soll, die einzelnen, gesetzlich verbrieften Leistungen auch vor Ort zu einer kohärenten Angebots- und Leistungsstruktur auszubauen.

Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels – eine Doppelperspektive

Die Veränderungen in der Altersstruktur werden sich in den verschiedenen Kommunen unterschiedlich darstellen: Es wird vermehrt Kommunen geben, in denen eine Abwanderung junger Menschen – zudem mit guten Qualifikationen – beobachtet werden kann,

was Konsequenzen für den Konsum, für Freizeit-, für Dienstleistungsangebote haben wird. In diesem Kontext ist wichtig, dass sich Kommunen und Regionen erheblich in den erwarteten Zu- und Abwanderungen unterscheiden, wie regional differenzierte Bevölkerungsszenarien zeigen: daraus ergeben sich für die Kommunen noch einmal spezifische Chancen (im Falle von Zuwanderungen) bzw. Herausforderungen (im Falle von Abwanderungen), die im Altenbericht differenziert dargelegt werden sollen.

Für den Siebten Altenbericht ist eine *Doppelperspektive* charakteristisch, die den demografischen Wandel auch mit Blick auf Alter sowohl als *Chance* als auch als *Herausforderung* interpretiert. Die Chance liegt in der Vielfalt von Kompetenz-, Lebens- und Engagementformen, die die ältere Generation schon heute zeigt – wobei das Engagement auch an das Vorhandensein entsprechende Ermöglichungs- und Gelegenheitsstrukturen innerhalb der Kommune gebunden ist. Die Herausforderung liegt in der Tatsache begründet, dass vor allem mit der zunehmenden Anzahl hochbetagter Menschen die *Verletzlichkeit im Alter* immer deutlicher in den Vordergrund tritt: Die Anzahl pflegebedürftiger, die Anzahl demenzkranker Menschen wird in Zukunft kontinuierlich anwachsen (mit Blick auf letztere wird bis zum Jahre 2050 von einer Verdreifachung ausgegangen): die damit verbundenen sozialen Belastungen sind zu einem wesentlichen Teil von den Kommunen zu tragen.

Beide Aspekte sind dabei auch im Hinblick auf den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften von großer Bedeutung. Gerade mit Blick auf diese ist eine Vielfalt an Wohnformen, aber auch an sozialen Netzwerken zu nennen, die die heutige ältere Generation, sicherlich auch die künftigen älteren Generationen auszeichnet. Hier spielt durchaus die Zukunftsplanung von Menschen im mittleren und höheren Erwachsenenalter eine Rolle, die sich auf Fragen des Wohnens und der Gestaltung des eigenen Netzwerks bezieht, wobei diese Zukunftsplanung eine Komponente der Gestaltung eigenen Alters bildet. Mit der Entscheidung für eine bestimmte Wohnform ist auch die Zielsetzung der Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und Teilhabe verbunden; ähnliches gilt für die Netzwerkgestaltung. Zudem

gewinnen hier die Ressourcen des Alters besondere Bedeutung: Zu nennen sind in diesem Zusammenhang finanzielle Ressourcen älterer Menschen, die positive Auswirkungen auf das Dienstleistungsangebot in einer Kommune (und damit auf den Arbeitsmarkt) haben. Zu nennen sind weiterhin die kognitiven, emotionalen und sozialkommunikativen Ressourcen älterer Menschen, die sich in den verschiedenen Formen der Partizipation und des Engagements innerhalb einer Kommune widerspiegeln. Durch diese Ressourcen können ältere Menschen zum Aufbau und zur Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften beitragen – wodurch die Verwirklichung einer Sorgeskultur oder Verantwortungsgemeinschaft gefördert wird.

Doch ist die Ausbildung solcher Ressourcen wie auch deren Nutzung auch mit Blick auf die Kommune nicht voraussetzungslos; vielmehr ist diese an die Existenz von Rahmenbedingungen gebunden: zu diesen zählt die Daseinsvorsorge, die eine Grundlage für den Aufbau von Ressourcen, mithin für ein Leben in Selbstbestimmung und Teilhabe bilden; zu diesen zählen weiterhin alle Maßnahmen, die einer sozialen Ungleichheit entgegenwirken, wobei diese Maßnahmen speziell in jenen Kommunen an Grenzen stoßen, die ihrerseits von ausgeprägter regionaler (struktureller) Ungleichheit betroffen sind; zu diesen zählt schließlich die Schaffung von Gelegenheits- oder Ermöglichungsstrukturen mit Blick auf freiwilliges Engagement und praktizierter Mitverantwortung; solche Strukturen zu schaffen, wird vor allem jenen Kommunen schwerer fallen, die aufgrund fehlender finanzieller Spielräume in ihren aktiven Gestaltungsmöglichkeiten eingeschränkt sind. Und wie ältere Menschen mit ausgeprägten Ressourcen unterschiedlichster Art als eine potentielle Quelle für Sorgestrukturen und zukunftsfähige Gemeinschaften zu deuten sind, so stellen die sozialen, finanziellen und gesundheitlichen Risikolagen im Alter, die besondere Hilfeleistungen durch die öffentliche Hand auslösen, eine Herausforderung für Kommunen dar. Es ist davon auszugehen, dass mit zunehmender durchschnittlicher Lebenserwartung sowie mit wachsender sozialer Ungleichheit in der älteren Bevölkerung eine Zunahme der Belastungen für die Kommune verbunden sein wird.

Gesundheitliche Versorgung älterer Menschen: Zur Notwendigkeit eines vernetzten, koordinierten, integrierten Versorgungssystems

Das Thema des Siebten Altenberichts ist auch im Selbstverständnis älterer Menschen nicht losgelöst von der gesundheitlichen Versorgung zu betrachten. Autonomie und Teilhabe erfordern ja nicht nur eine barrierefreie räumliche Umwelt, nicht nur eine integrierende soziale Nahumwelt, sondern auch eine Infrastruktur, die den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen angepasst ist. Vielfach konzentrieren wir uns allein auf die räumliche und die soziale Umwelt, wenn Autonomie und Teilhabe im Zentrum der Analyse stehen. Genauso wichtig ist aber die infrastrukturelle Umwelt, was vor allem dann erfahrbar wird, wenn Menschen aufgrund erhöhter körperlicher (gegebenenfalls auch kognitiver und emotionaler) Verletzlichkeit mehr und mehr auf Versorgungsangebote angewiesen sind. Ein zentrales Element der Infrastruktur ist ein *vernetztes, koordiniertes und integriertes gesundheitliches Versorgungssystem*, das den Besonderheiten einer Kommune und eines Landkreises im Hinblick auf Altersstruktur, soziale und kulturelle Milieus sowie ökonomische Ressourcen angepasst ist und differenziert auf diese Spezifika zu reagieren vermag. Hier nun sind Analysen wichtig, die auf die *stark ausgeprägten Unterschiede zwischen Kommunen* im Hinblick auf Umfang und Qualität der gesundheitsbezogenen – vor allem der medizinischen – Versorgung deuten. Zum einen wird für *ländliche Regionen* eine wachsende Tendenz zur Ausdünnung medizinischer Angebote – und dies mit Blick auf ambulante wie auch stationäre Angebote – konstatiert, zum anderen lassen sich auch in *Ballungsgebieten* vielerorts benachteiligte Regionen finden, in denen die gesundheitliche Versorgung als unzureichend einzustufen ist. Im Hinblick auf die *haus- und fachärztliche Versorgung* muss nach Auffassung der Kommission erreicht werden, dass bestehende Vergütungsstrukturen den Rückzug der niedergelassenen Praxen aus benachteiligten Regionen nicht begünstigen. Gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung wird ja schon heute ein deutlicher Mangel beklagt, der sich in Zukunft fortsetzen wird, wenn

keine Strategien entwickelt und umgesetzt werden, die auf eine höhere Attraktivität des hausärztlichen Berufes wie auch der Niederlassung von Hausärzten in ländlichen und bestimmten städtischen Regionen zielen.

Berücksichtigung regionaler Besonderheiten im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung

Die Sicherung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung für alle Bürgerinnen und Bürger – und hier sind jenseits aller Kosteneinsparungstendenzen im Gesundheitswesen auch im Einzelfall benötigte teure medizinische Behandlungen eingeschlossen – gehört zu den Grundaufgaben des Staates. Damit ist der Anspruch aller Bürgerinnen und Bürger, gleich welchen Lebensalters, angesprochen, und dieser Anspruch darf nach Auffassung der Kommission keinesfalls Kosten-Nutzen-Erwägungen untergeordnet oder sogar geopfert werden. Dies gilt vor allem mit Blick auf alte Menschen: Gerade bei diesen besteht die Gefahr, dass die Nicht-Gewährung von Versorgungsleistungen durch *empirisch nicht gestützte*, defizitorientierte Altersbilder gerechtfertigt wird, etwa in dem Sinne, dass eine kostenaufwändige Behandlung eines alten Menschen nicht geboten sei, weil diese im Alter grundsätzlich keine positiven Effekte habe. Gerade in solchen Fällen ist nachdrücklich auf den *Versorgungsanspruch des alten Menschen* hinzuweisen und hervorzuheben, dass eine angemessene gesundheitliche Versorgung eben auch mit Blick auf alte Menschen zu den „Grundaufgaben des Staates“ gehört. Die Berücksichtigung der in der jeweiligen Region vorliegenden Besonderheiten in der medizinischen Versorgung weist (a) auf die Notwendigkeit der *Regionalisierung* von Strukturelementen der Gesundheitsversorgung, (b) auf die Stärkung kommunaler Verantwortung wie auch (c) auf die Stärkung interkommunaler Zusammenarbeit hin. Vor dem Hintergrund der *regionalen Spezifität* von Prozessen sozialen und demografischen Wandels – gemeint ist hier das Nebeneinander von stark prosperierenden, stagnierenden und schrumpfenden Regionen – lässt sich die Zielvorgabe gleichwertiger Lebensbedingungen nur unter Berücksichtigung der vor Ort bestehenden Bedarfe und Gestaltungsmöglichkeiten umsetzen. Regionalspezifische Analysen und Handlungsansätze sind unabdingbar.

Ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsvorsorge

Gesundheitsvorsorge als Daseinsvorsorge beschränkt sich im Verständnis der Kommission nicht auf die medizinische Versorgung, schon gar nicht auf die kurative Medizin. *Gesundheitsförderung* und *Primärprävention*, und zwar im Sinne (a) der Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens, (b) der Vermeidung von Krankheiten und (c) der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z.B. age-friendly cities), gehören ebenso zum Leistungsspektrum der Gesundheitsvorsorge wie die *Sekundärprävention* (frühzeitige Erkennung und Vermeidung des Fortschreitens von Erkrankungen) und die *tertiäre Prävention* (Vermeidung von Folgeschäden, Rezidiven und Rückfällen). Zu nennen sind weiterhin Soziale Arbeit, Rehabilitation, Pflege und Palliation. Die Kommission plädiert für die Umsetzung dieses umfassenden Verständnisses der Gesundheitsvorsorge. Das heißt: Alle Bereiche der Gesundheitsvorsorge sind daraufhin zu befragen, inwieweit sie auf die Bedarfe und Bedürfnisse auch der älteren Menschen abgestimmt sind und in welchem Umfang sie Besonderheiten der verschiedenen Sozialschichten und kulturellen Milieus im Hinblick auf die Nutzung der bestehenden Angebote berücksichtigen. Dabei sind die *konkreten Betreuungserfahrungen der Patientinnen und Patienten* als wichtiger Indikator für die Qualität und das Funktionieren von Strukturen und Prozessen im Behandlungsverlauf wie auch als ein wichtiges Potenzial für die Verbesserung von Versorgungsqualität anzusehen. Wodurch zeichnet sich eine patientenorientierte Versorgung aus Sicht der Patienten aus? Wenn man die vorliegenden empirischen Untersuchungen zusammenfasst, so sind hier vier Aspekte besonders wichtig: (1) Verständliche Informationen: erst diese versetzen Patienten und Angehörige in die Lage, den gesamten Behandlungsprozess (und nicht lediglich einzelne Episoden) in seinem Verlauf mitsamt den jeweils relevanten Outcome-Kriterien und Risiken zu verstehen. (2) Einbeziehung von Patienten in Prozesse der Entscheidungsfindung: Es sollte nicht lediglich eine Zustimmung zu Behandlungsempfehlungen erbeten, sondern auch über Alternativen informiert und gegebenenfalls das Einholen einer Zweitmeinung empfohlen werden.

(3) Koordinierung von Behandlung und Betreuung: nur auf diese Weise wird man zu einer einheitlichen Bewertung von Untersuchungsbefunden (und zwar mit Blick auf Diagnose, Therapie und Prognose) gelangen. (4) Sicherstellung einer kohärenten Kommunikation zwischen den beteiligten Fachpersonen: dadurch können diese ungleich besser ihre Funktion als kompetente Ansprechpersonen wahrnehmen.

Sicherstellung der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgung

Der *Bedarf an geriatrischer Versorgung* wird nicht nur infolge des fortschreitenden demografischen Wandels weiter zunehmen. Gegenwärtig wird eine große Zahl älterer Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf in anderen Fachabteilungen der Krankenhäuser „fehlgeleitet“ versorgt. Angesichts der aufgrund demografischer Entwicklungen und zusätzlicher Kohorteneffekte zu erwartenden Zunahme psychischer Krankheiten ist mit Blick auf die gerontopsychiatrischen Versorgungsstrukturen im ambulanten wie auch im stationären Bereich von einer beträchtlichen Unter- und Fehlversorgung auszugehen. Auf dieses Risiko weist die Kommission an mehreren Stellen ausdrücklich hin. Eine vorrangige Aufgabe sieht sie deshalb im Ausbau und in der Vernetzung gerontopsychiatrisch-geriatrischer Angebote (Klinik, Tagesklinik, Institutsambulanz) mit niedergelassenen Ärzten, Gesundheitsdiensten und Sozialämtern wie auch mit ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege. In der Fachöffentlichkeit besteht Einigkeit dahingehend, dass eine kompetente Gerontopsychiatrie und -psychotherapie für eine angemessene gesundheitliche Versorgung unverzichtbar ist und deren Fehlen nicht durch andere Fachgebiete (z.B. Geriatrie) oder allgemeinpsychiatrische Kompetenz kompensiert zu werden vermag. Der in vielen Regionen nach wie vor gültige Standard, lediglich altersübergreifende, allgemeinpsychiatrische Dienste vorzuhalten, wird vom Royal College of Psychiatrists (2009) als Altersdiskriminierung gewertet.

Zur Bedeutung sozialstruktureller Merkmale für die Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen

Bei der Betrachtung von Diversität im Alter mit Blick auf die Inanspruchnahme von medi-

zinischen Versorgungsleistungen ist nicht allein die individuelle Ebene zu berücksichtigen. Genauso wichtig sind *sozialstrukturelle Merkmale* – zu nennen sind Geschlechtsunterschiede, soziale Schicht und Migrationshintergrund – in ihrem Einfluss auf Gesundheit und Nutzerverhalten im Alter. Eine fachlich angemessene gesundheitliche Versorgung muss nach Auffassung der Kommission auch an diesen sozialstrukturellen Merkmalen ansetzen, indem thematisiert wird, inwieweit die verschiedenen Versorgungskonzepte (a) *soziale Ungleichheit berücksichtigen* und mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung abzubauen versuchen, (b) *geschlechtsspezifische Besonderheiten* in den Krankheitsrisiken und der Symptompräsentation beachten und (c) „*kulturell fair*“ sind, indem sie auf Besonderheiten in den verschiedenen kulturellen Milieus eingehen, deren Vielfalt durch Zuwanderung noch einmal gesteigert wird. In dem Maße, in dem die genannten sozialstrukturellen Merkmale berücksichtigt werden, wird ein Beitrag zur Stärkung der Teilhabechancen geleistet. Dabei gibt die Kommission zu bedenken: Unbehandelte Erkrankungen, nicht identifizierte und verringerte Risiken krankheitsbedingter funktionaler Einbußen führen langfristig zu einem höheren Unterstützungs- und Hilfebedarf. Daraus folgt die Notwendigkeit, gezielt zu untersuchen, inwieweit die privaten (familiären, nachbarschaftlichen, bürgerschaftlichen) Sorgestrukturen durch medizinische und andere Gesundheits-, pflegerische und soziale Professionen flankiert werden können, um auch für aktuell sozial unterprivilegierte Gruppen Selbst- und Mitverantwortung zu sichern und zu fördern. Hier sei ergänzend angemerkt: Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status weisen ein signifikant erhöhtes Krankheitsrisiko auf. So wurde mit Blick auf kardio- und zerebrovaskuläre Erkrankungen, auf neurodegenerative Erkrankungen, auf Stoffwechsel- und Tumorerkrankungen wie auch auf entzündliche Erkrankungen der Gelenke wiederholt ein direkter Zusammenhang zwischen sozialem Status und Krankheitsrisiko ermittelt und dabei eine Erhöhung dieses Krankheitsrisikos um das Zwei- bis Dreifache beobachtet.

Bildung als zentrale Einflussgröße

Bildung stellt unter jenen Merkmalen, die den sozialen Status eines Individuums konstituieren, ein zentrales Merkmal dar – und dies gilt auch im Hinblick auf Gesundheit. Das Morbiditätsrisiko wie auch das Mortalitätsrisiko im hohen Alter ist eng mit dem Bildungsstand assoziiert. Unabhängig von anderen Merkmalen sozialer Schichtzugehörigkeit geht ein geringeres Bildungsniveau mit einem höheren Risiko chronischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen, damit verbundener körperlicher und psychischer Belastungen sowie aus diesen Belastungen resultierender Verringerungen der Teilhabechancen einher. Die ausgeprägten Unterschiede zwischen den verschiedenen Schichten, aber auch zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund in den gesundheitlichen Risiken, wie auch in den realisierten Nutzungen gesundheitlicher Versorgungsangebote, sprechen für die Notwendigkeit einer gezielten Beratung und Begleitung dieser Personengruppen im Hinblick auf Patientenrechte und mögliche Effekte einer gesundheitsbezogenen Intervention.

Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme *präventiver* Maßnahmen in Deutschland ist auch durch neuere Studien belegt, auf die die Kommission in ihrem Bericht ausführlich eingeht. Es konnte gezeigt werden, dass Menschen aus unteren Einkommenschichten Krebsvorsorgeprogramme deutlich seltener in Anspruch nehmen als Menschen aus höheren Schichten. Soziale Schichtunterschiede finden sich – wenn auch nicht im selben Ausmaß – zudem für andere Vorsorgemaßnahmen, so zum Beispiel für die Inanspruchnahme eines allgemeinen Check-ups. Auch heute ist ein *Mangel an präventiver und integrierender Sozial- und Bildungsarbeit* zu konstatieren, die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung auf Nachfrage-seite vermeiden hilft. Derartige Unterschiede werden ja durch Informationsdefizite sowie durch Sprach- und Zugangsbarrieren hervorgerufen, die ihrerseits mit dem sozioökonomischen Status zusammenhängen. Weiterhin ist notwendig, die in verschiedenen Regionen zum Teil nicht zu vermeidenden längeren Versorgungswege durch neue Kommunikations-, Versorgungs- und Unterstützungsformen wie auch durch die effizientere Nutzung von Technik und Telekommunikation zu kompensieren.

Verantwortung der Gesundheitspolitik, der Versorgungsorganisationen, der Gesundheitsberufe

Neben der bislang im Zentrum der Analyse stehenden *Befähigung* der älteren Patientinnen und Patienten zur kompetenten Nutzung gesundheitlicher Versorgungsangebote nimmt die Kommission die Verantwortung der Gesundheitspolitik wie auch der Versorgungsorganisationen und Gesundheitsberufe für einen bedarfsgerechten Zugang für alle Patientengruppen in den Blick. Sie weist darauf hin, dass hier Anreize zur bevorzugten Behandlung privat versicherter Patientinnen und Patienten abgebaut werden müssten. Zudem sind nach Auffassung der Kommission auch innerhalb der GKV Anreize im Vergütungssystem so zu setzen, dass „kompliziertere“ Patientinnen und Patienten – also solche mit höherer Komorbidität, aber auch solche, die hinsichtlich Kommunikation und Adhärenz mehr Kompetenz und Einsatz auf Seiten des Personals erfordern – nicht zu unattraktiven Patienten werden. Darüber hinaus sind – angesichts der zunehmenden soziokulturellen Diversität auch innerhalb der älteren Patientengruppe – die entsprechenden Kompetenzen für einen angemessenen Umgang mit soziokulturell unterschiedlichen Gruppen in den medizinischen und anderen Gesundheitsberufen zu stärken.

Die Verpflichtung, unabhängig von regionalen Spezifika einen *gleichwertigen Zugang* zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen, muss regionalen Unterschieden in der Ausstattung mit Versorgungsangeboten nicht widersprechen. Das genannte Versorgungsziel kann unabhängig davon erfüllt sein, wer im Einzelnen die Leistungen erbringt – solange es sich nur um gleichwertige Leistungen handelt. Wenn also in dünn besiedelten Regionen (1) einzelne Leistungen, die ansonsten durch Ärzte erbracht werden, durch andere Berufsgruppen (zum Beispiel Pflegefachpersonen) bereitgestellt werden, (2) die Leistungserbringer vornehmlich zum bzw. in die Nähe des Patienten kommen und schließlich (3) Leistungen in größerem Umfang via Telemedizin erbracht werden, resultiert aus diesen Abweichungen von der Gesundheitsversorgung in anderen Regionen noch *keine Verletzung* des genannten Versorgungsziels. Aus den vorliegenden Daten zur Versorgungsstruktur geht hervor, dass

gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung zukünftige Probleme zu erwarten sind und bereits heute Handlungsbedarf besteht. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sind gegenwärtig etwa 2.600 *Hausarztsitze* unbesetzt. Eine flächendeckende Bereitstellung *jeder Facharzttrichtung* an jedem Ort wird auch in Zukunft nicht zu erreichen sein; die empirischen Befunde belegen allerdings auch keinen Mangel in der regionalen fachärztlichen Versorgung. In der *Telemedizin* wird eine Möglichkeit gesehen, die Auswirkungen eines drohenden Ärztemangels auf dem Land zu mindern. Durch Einsatz *neuer Technologien*, die in der Lage sind, für die Diagnosestellung und Behandlung wichtige gesundheitliche Informationen zu erfassen und sicher zu übermitteln, besteht für Patienten die Möglichkeit, ohne großen Aufwand den Kontakt zu betreuenden medizinischen Einrichtungen zu halten, wodurch die Weiterbetreuung nach Klinikentlassung erheblich erleichtert wird.

Das deutsche Gesundheitswesen kennt ein gleichzeitiges Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung – je nach Region, Stadtteil, Bevölkerungsgruppe, Versorgungsbereich oder Indikation. Ein Beispiel: In Großstädten können über 80 Prozent der Einwohner innerhalb von 10 Minuten einen Arzt oder eine Therapieeinrichtung erreichen, in Landgemeinden hingegen nur 62 Prozent. Einen generellen Ärztemangel zu beklagen, geht an der Realität der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland vorbei. Zur Abdeckung des Versorgungsbedarfs in unterversorgten Gebieten empfiehlt der Sachverständigenrat (Sachverständigenrat 2014)¹, zukünftig verstärkt das Instrument der Ausschreibung zu nutzen, da dieses Flexibilität in Bezug auf Honorierung und Investitionskostenbeiträgen ermöglicht.

Universitäts-Professor Dr. phil. Dr. h. c. Dipl. Psych. Andreas Kruse ist der Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg und Vorsitzender der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts der Bundesregierung

*Kontakt:
andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de*

¹ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn, Huber

Wohnen und Wohnumfeld im Siebten Altenbericht

Rolf G. Heinze

Im 7. Altenbericht steht die Verschiedenartigkeit von Lebenslagen im Alter, wie sie sich mit Blick auf Finanz- und Bildungsressourcen, Wohnbedingungen und soziale Netzwerke sowie auf Gesundheit zeigt, im Mittelpunkt. Wenn es um zukünftige „Sorgestrukturen“ geht, beeinflussen verschiedene Lebenslagen das Eingebundensein wie auch das Geben von Unterstützung. Soziale Ungleichheiten spiegeln sich kleinräumig in Wohnquartieren wider, haben sich in den letzten Jahren verschärft und treffen zunehmend den Prozess des Älterwerdens. Sie wirken sich auch auf die Wohnverhältnisse aus, zumal ältere Menschen nicht so mobil sind wie jüngere Generationen. Da die bisherigen Versorgungsstrukturen durch den demografischen Wandel vor neue Herausforderungen gestellt werden (z.B. wird die familiäre Unterstützung immer weniger selbstverständlich), gilt es auf lokaler Ebene bestehende Unterstützungsarrangements zu stärken und neue Sorgestrukturen aufzubauen.

Wohnen als zentrale Variable für Lebensqualität im Alter

Die Wohnung und das nähere Wohnumfeld werden im Alter zunehmend zum Lebensmittelpunkt, im hohen Alter und bei Pflegebedürftigkeit oftmals zum alleinigen Lebensort. Hier wird persönliche Identität gefühlt und deshalb wurde bereits im Zweiten Altenbericht der Bundesregierung von 1998 auf die zentrale Bedeutung des Wohnens mit all ihren sozialen Netzwerken für Ältere hingewiesen. Von den über 65-Jährigen leben weiterhin fast 95 Prozent in ihren oftmals schon über Jahrzehnte genutzten Wohnungen, die mehrere Lebensphasen miterlebt haben. Dies gilt auch für die soziale Vernetzung mit der Nachbarschaft und dem Wohnquartier. Hier liegt sicherlich die entscheidende räumliche Dimension, auf der Wohn-

und Betreuungsbedarfe gedeckt werden müssen und wo sich insbesondere auch der Wunsch nach Selbständigkeit und sozialen Kontakten verwirklichen kann. Entsprechend der hohen Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation verweilen viele 65-bis 85-Jährige schon extrem lange im gewohnten Umfeld (fast ein Drittel lebt mehr als 40 Jahre an einem Ort). Vor allem gilt dies für die gesunden und einkommensstarken Personen.

Über 90 Prozent der Personen im Alter von über 65 Jahren lebt in privaten Wohnungen, während gemeinschaftliche Wohnformen mit ca. 27.000 Personen in ca. 900 Wohnprojekten bundesweit noch keine allzu große Bedeutung haben, allerdings wachsen werden. Knapp 4 Prozent der Personen über 65 lebt in institutionellen Kontexten von Alten- und Pflegeheimen, wobei der Anteil jenseits des 80. Lebensjahres auf rund 11 Prozent ansteigt.¹ Das Wohnen in den „eigenen vier Wänden“ stellt nach allen verfügbaren Daten weiterhin für die große Mehrheit der Älteren die beliebteste Wohnform dar. Die Zufriedenheit mit der eigenen Wohnsituation und dem Wohnumfeld ist nach vorliegenden empirischen Studien hoch. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die ein eigenes Haus oder eine Eigentumswohnung haben. Deutliche Unterschiede zeigen sich sowohl mit Blick auf Ost und West als auch vor allem im Hinblick auf Stadt und Land (auf dem Land wohnen fast 80 Prozent der Älteren in einer eigenen Immobilie, in Großstädten nur 46 Prozent). Der Anteil der Immobilienbesitzer ist in Westdeutschland bei rund 70 Prozent geblieben, während er im Osten in den letzten Jahren angestiegen ist und nun bei 55 Prozent liegt. Generell ist es zu einer Steigerung der Wohneigentumsquote gekommen; von 1998 bis 2011 ist sie um mehr als 10 Prozentpunkte gewachsen und vieles spricht dafür (u.a. die Niedrigzinspolitik), dass sich dieser Trend fortsetzen wird. Der Anstieg bei den Älteren,

¹ Vgl. zusammenfassend Oswald, F. u. Wahl, H.-W. (2016): Alte und neue Umwelten des Alterns – Zur Bedeutung von Wohnen und Technologie für Teilhabe in der späten Lebensphase, in: G. Naegel/E. Olbermann/A. Kuhlmann (Hrsg.), Teilhabe im Alter gestalten, Wiesbaden, S. 113ff

die in einer eigenen Immobilie wohnen, wird durch den aktuellen Deutschen Alterssurvey (DEAS) bestätigt, die von 1996 bis 2014 folgende Veränderungen konstatieren: „Bei den 70-bis 85-Jährigen ist die Wohneigentümerquote in dieser Zeit überdurchschnittlich von 47,9 Prozent auf 59,7 Prozent gestiegen. Zugenommen hat allerdings auch der Anteil der Personen mit Wohneigentum, die in diesem Alter noch ein Immobiliendarlehen abzahlen müssen. Die Wohneigentümerquote ist insgesamt in Ostdeutschland zwar immer noch niedriger als in Westdeutschland, der Unterschied zwischen Ost und West hat sich bei den 40-bis 85-Jährigen jedoch zwischen 1996 und 2014 halbiert (von 26,9 auf 12,7 Prozentpunkte)“ (Nowossadeck u. Engstler 2016, S. 299).²

² Nowossadeck, S. u. Engstler, H. (2016): Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: K. Mahne/J. K. Wolff/J. Simonson/C. Tesch-Römer (Hrsg.) Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Berlin, 2016, S. 298ff

Wohneigentum bietet älteren Menschen zwar Sicherheit, aber die Immobilie als Altersvorsorge wird aufgrund der demografischen Schrumpfung in zahlreichen ländlichen Regionen zunehmend infrage gestellt, da dort kaum Nachfrage nach Bestandswohneigentum besteht. Es wird vor allem dann kritisch, wenn die Selbstnutzung der Immobilie aus Altersgründen nicht mehr möglich ist und gleichzeitig der Marktwert der Immobilie gesunken ist. Dieser ist stark abhängig von der geschätzten demografischen Entwicklung des Standortes, in der er sich befindet. Dies schafft Probleme für die älteren Bewohner sich entleerer strukturschwacher Räume, die sich einen Umzug (z.B. in betreutes Wohnen) teilweise nicht mehr leisten können. Dies gilt auch für die Option, die Wohnung oder das Haus altersgerecht umzugestalten, weil dies ebenfalls mit hohen Kosten verbunden ist (je nach Sanierungsbedarf). Die Verbundenheit mit der Immobilie wird dadurch unterstützt, dass die meisten bereits durchschnittlich über 30 Jahre dort leben (auf dem Land sogar noch länger). Auch wenn die eigene Wohnung nicht den Anforderungen des Alters entspricht, unterstützt die Bindung an das etablierte Wohnumfeld, sich auch dann zu arrangieren, wenn die Wohnverhältnisse nur eingeschränkt altersgerecht sind. Es ist eine „ausgeprägte Sesshaftigkeit“ zu erkennen. Deshalb sind Umzüge bislang in dieser Altersgruppe noch selten vorzufinden.

Verbunden mit dem steigenden Alter wachsen die Anforderungen und Ansprüche an die Wohnqualität, vor allem in den Bereichen Sicherheit, Komfort, Bedienbarkeit von technischen Geräten und auch Bezahlbarkeit. Moderate Mieten sind besonders wichtig, zumal auch die Älteren immer mehr von steigenden Mieten betroffen sind (regional allerdings unterschiedlich). Allgemein ist die monatliche Wohnkostenbelastung in Prozent des Einkommens in den letzten Jahren angestiegen: „Der Anteil des Haushaltseinkommens, den Mieterinnen und Mieter für die Miete und die Nebenkosten ausgeben, ist zwischen 1996 und 2014 von 27,9 auf 35,1 Prozent gestiegen. Besonders hoch ist die Mietbelastung für ältere alleinlebende Frauen (45,2 Prozent). Eine relativ niedrige Wohnkostenbelastung haben Haushalte, die im schuldenfreien Wohneigentum leben (16,0 Prozent)“ (Nowossadeck u. Engstler 2016, S. 299).

Wenn auch schon traditionell hohe Zustimmungswerte für das Wohnen im eigenen Zuhause zu verzeichnen sind, können andererseits noch erhebliche Nachholbedarfe im Bereich altengerechten Wohnens konstatiert werden. Schätzungen gehen davon aus, dass unter 5 Prozent des gesamten Wohnungsbestands altersgerecht sind, wobei eine Quantifizierung sowohl des Bestands als auch des Bedarfs an barrierefreien bzw. -armen Wohnungen schwierig ist. Wenn auch geschätzt wird, dass rund drei Viertel aller Seniorenhaushalte Stufen und Schwellen beim Zugang zur Wohnung oder dem Haus haben, scheinen diese negativen Umwelteinflüsse wenig Bedeutung für die Präferenz des Wohnens in den „eigenen vier Wänden“ zu haben. Viele ältere Menschen wissen oft nicht, was unter „altersgerecht“ zu verstehen ist.

Auch andere Untersuchungen zu Wohnwünschen zeigen, dass der Großteil der Älteren zwar grundsätzlich mit der Wohnsituation zufrieden ist, andererseits aber vorhandene Defizite zunehmend wahrnimmt und Veränderungswünsche der Wohnsituation artikuliert. Die hohe Toleranz älterer Menschen mit ihren Wohnverhältnissen resultiert auch daraus, dass Wohnumwelten der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen dienlich sind und deshalb auch unter dem Aspekt der Identitätsstiftung große individuelle Bedeutung

haben. „Dabei ist das Gefühl erhaltener persönlicher Identität einer der wichtigsten Hilfen bei der Bewältigung von Verlusten im Alter. Der Wunsch älterer Menschen, auch dann im vertrauten Wohnumfeld zu leben, wenn aufgrund eingetretener Einschränkungen der Umzug in eine andere Wohnung oder in eine stationäre Einrichtung zu empfehlen wäre, geht vor allem auf das Bedürfnis nach erhaltener Identität zurück. Die mit einem möglichen Umzug verbundene Aufgabe oder Gefährdung bestehender Beziehungen würden die Identität grundlegend in Frage stellen“ (Zweiter Altenbericht der Bundesregierung 1998, S. 22)³. Die nach wie vor hohe Zufriedenheit mit dem Wohnumfeld resultiert sicherlich auch daraus, dass in der unmittelbaren Wohnumgebung bislang die Infrastruktur noch gut aufgestellt ist: wichtig ist bspw. für die meisten Älteren, eine Arztpraxis in der Nähe zu haben; dieser Wunsch wird derzeit in den meisten Regionen noch erfüllt. Dies gilt auch für Einkaufsmöglichkeiten und die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Die starke Verbundenheit mit dem eigenen Wohnumfeld könnte eine der Ursachen für eine kritische, oft ablehnende Haltung gegenüber einem Umzug in stationäre Altenhilfeeinrichtungen sein. Ebenso wenig wie es einen homogenen Wohnungsmarkt gibt, sind allerdings auch die Wohnwünsche bei Älteren als homogen aufzufassen. Vielmehr kommt es zu einer wachsenden Pluralisierung. Lebensphasen werden gerade im Alter inzwischen immer unterschiedlicher gestaltet; Altern wird zunehmend durch plurale Verlaufsformen und Individualisierung gekennzeichnet. Dies ist mit sozialen Wandlungsprozessen einerseits und der zeitlichen Ausdehnung der Altersphase und längerer Lebenserwartung andererseits zu erklären. Deshalb muss bei Handlungsempfehlungen für das Wohnen im Alter nicht nur nach Kriterien wie Geschlecht, Familienstand, Anzahl der Verwandten und Freunde, Haushaltseinkommen/-vermögen, nationale/ethnische Zugehörigkeit differenziert werden, sondern auch das eigene Altersbild gilt es ernst zu nehmen. Eine Quantifizierung sowohl des Bestands als auch des Bedarfs an altersgerechten Wohnungen ist aber schwierig und jeweils primär auf Lokalitäten zu beziehen. Konsens besteht darin, dass sehr viele Wohnungen und auch

das kommunale Umfeld altersgerecht zu gestalten sind. Der großen Nachfrage nach geeigneten Wohnformen für Ältere stehen derzeit in Deutschland eindeutig zu wenige Angebote gegenüber. Den Herausforderungen kann durch verschiedene Maßnahmen begegnet werden: von der technischen Verbesserung der Wohnungen, der Schaffung neuer adäquat ausgestatteter Altenwohnungen mit Quartiersanbindungen und technischer Assistenz bis hin zum Aufbau einer vielfältigen Wohnlandschaft für Ältere, die den pluralen Sozialstrukturen auch in der wachsenden Gruppe der „jungen Alten“ entspricht. Zentrales Ziel für die große Mehrheit der Älteren ist die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung.

Konkret zeigt sich bspw. die wachsende Verschiedenartigkeit der Älteren bei den Personen mit Migrationshintergrund. Diese Gruppe ist mit knapp unter 10 Prozent noch deutlich geringer als der Anteil der Älteren innerhalb der nicht migrierten Bevölkerung mit 23,7 Prozent. Die Zahl älterer Migranten, die in Deutschland leben und auch hier bleiben werden, steigt aber kontinuierlich an. Nach Schätzungen werden bis 2030 rund 15 Prozent der in Deutschland lebenden Menschen mit Migrationshintergrund älter als 65 Jahre sein. Damit stellt sich die Frage nach den Ressourcen und Voraussetzungen für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter. Sofern Unterstützung und Hilfe im Zuge des Alterns notwendig werden, wünschen sie diese bevorzugt innerhalb der häuslichen Umgebung und von der Familie. Doch es wird auch für ältere Frauen und Männer mit Einwanderungsgeschichte zukünftig schwieriger werden, auf familiäre Unterstützungsleistungen wie bisher zurückzugreifen. Die Pflegebedarfe werden mit zunehmendem Alter komplexer und auch in Familien mit Einwanderungsgeschichte gibt es Überforderung. Eine Unterstützung durch professionelle Pflege wird daher zunehmend erforderlich.

Zur wachsenden Bedeutung des Wohnumfeldes

Der demografische Wandel trägt maßgeblich dazu bei, dass das Quartier als „neuer“ Ort

³ Bundesregierung (Hrsg.) (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter, BT- Drucksache 13/9750

an Bedeutung gewinnt, da gerade ältere Menschen eine starke Bindung an das Wohnumfeld haben. Die Lebensqualität im Quartier/ am Wohnort ist eine Schlüsselkomponente der Zufriedenheit. Manchmal wird das Quartier schon zum Zauberwort, auf das viele politische Akteure setzen. Konsens besteht darin, dass mit dem Quartiersbegriff versucht wird, administrative Bezeichnungen wie Bezirk, Orts- oder Stadtteil zu umgehen und sich auf „gewachsene“, kulturell geprägte sozialräumliche Strukturen zu konzentrieren. Auf wissenschaftlicher Ebene gibt es trotz vieler Debatten um die Definition eines Quartiers keine fest in Theorie und Praxis verankerte Abgrenzung. Gerade weil der Begriff zumeist im politischen Kontext verwandt wird, ist zu Pragmatismus zu raten. Allgemein gilt: ein Quartier ist überschaubar (ein „Dorf in der Stadt“), basiert auf räumlichen und kulturell-sozialen Gegebenheiten⁴ und zeichnet sich durch eine eigenständige städtebauliche, infrastrukturelle und soziale Vielfalt aus.

⁴ u.a. lokale Identität, hohe Interaktionsdichte, Aktivitäten bspw. in Vereinen

Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und einen Welfare-Mix wären viele ältere Pflegebedürftige alternativlos auf eine Heimunterbringung verwiesen. Einen Umzug in eine stationäre Einrichtung lehnt jedoch die große Mehrheit der älteren Generation nach verschiedenen Umfragen ab. In lokalen, wohnquartiersbezogenen Projekten kann man den Verbleib in der eigenen Wohnung in vielen Fällen ermöglichen, aber nur dann, wenn sowohl technische Assistenz als auch soziale Betreuung (professionelle wie bürgerchaftliche Hilfen) eingesetzt werden. Inzwischen sind in Deutschland in einigen Kommunen *Netzwerke* entstanden, die sich explizit mit Themen wie des längeren Wohnens zuhause oder Generationenwohnprojekten und anderen innovativen Wohnformen beschäftigen. Hervorzuheben ist auch der ansteckende Charakter solch lokaler Gruppen, die insgesamt eine Aktivierung des Bürgerengagements und der Generationenbeziehungen bewirken. Wenn man bedenkt, dass die ältere Generation noch in beachtlichem Maße ehrenamtlich aktiv ist und auch noch große Potenziale für die Ausweitung dieses Engagements bestehen, dann zeigt sich ein zukunftsweisender Weg, um den Herausforderungen des demografischen Wandels aktiv zu begegnen.

Wenngleich Quartierslösungen oft propagiert werden, steht der stetig wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen ein *abnehmendes* familiales Pflegepotenzial gegenüber. Deshalb muss die Funktion des Quartiers als Ort des sozialen Austauschs und der Teilhabe an gesellschaftlichen Institutionen (wie Vereinen) stärker in den Blick genommen werden. Das direkte Umfeld nimmt eine zunehmende Bedeutung für Ältere ein – insbesondere wenn die Mobilität gesundheitsbedingt eingeschränkt ist. Vor allem in solchen Quartieren, in denen die Sozialeinbindung nicht mehr gegeben ist – z.B. durch eine hohe Bewohnerfluktuation, durch den Generationenwechsel in Eigenheimquartieren oder den Fortzug der mittleren Generation in ländlichen Regionen – ist die Funktionsfähigkeit des Quartiers als Ort sozialer Teilhabe allerdings zunehmend gefährdet. Möglichkeiten des Mitgestaltens als Qualitäten von Selbstbestimmung und Partizipation sind neu zu fördern und zu schaffen. Generell nehmen jedoch sozialräumliche Differenzierungen zu und Quartiere entwickeln sich unterschiedlich. Einige Quartiere boomen (derzeit etwa „Kreativquartiere“), andere haben ihren hohen sozialen Status erhalten und wieder andere zeigen problematische Entwicklungsprozesse. Hier überlagern sich soziale Probleme, die Gebäudesubstanz wird vernachlässigt. So entstehen städtische Verarmungsquartiere und überforderte Nachbarschaften, die sich insbesondere in ökonomisch schlecht gestellten Großstädten ausbreiten. Hier nehmen auch Abschließungstendenzen wieder erheblich zu, während über Jahrzehnte eine gewisse soziale Durchlässigkeit gewachsen war. Vor dem Hintergrund einer alternden Gesellschaft ermöglichen integrierte Wohnstrukturen ein individuelles und selbstbestimmtes Leben für ältere Menschen mit Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsbedarf. Dafür müssen sich aber die Wohnungen gegenüber dem sozialräumlichen Umfeld (dem Wohnquartier) *öffnen*. Nur so sind Ältere nicht allein, können aktiv bleiben und ihre Potenziale bis ins hohe Alter besser entfalten. Lebensräume zum Älterwerden werden deshalb immer zentraler und „Community-Building“ erlangt eine neue Bedeutung. Gefordert sind eine neue Architektur des Sozialen und ein besser ausbalancierter „Wohlfahrtsmix“, um in einer Gemeinschaft mit stabiler Nachbarschaft und

(wenn noch vorhanden) stabilen Familien-netzwerken zu leben. In den Niederlanden spricht man von „City Villages“, die insbesondere für die ältere Generation (mit eingeschränkter Mobilität) von Interesse sind.

Mit steigendem Alter nehmen die gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu, was sich für viele Ältere als Problem darstellt, denn sie wollen ungern abhängig werden und auf ständige Hilfe angewiesen sein (bei Bedarf wird dann auf den Partner und die Familien-netzwerke gehofft). Allerdings ist auf ein sinkendes familiales Pflegepotential hinzuweisen. Nicht nur sinkt die Zahl an Kindern/Schwiegerkindern pro Pflegebedürftigem, sondern auch eine höhere Frauenerwerbsquote und eine größere regionale Mobilität führen zu einem rückläufigen Anteil der Angehörigenpflege. Für den Fall, dass man nicht mehr vollkommen selbstständig leben kann und auf Unterstützung angewiesen sein sollte, war schon nach der Generali-Altersstudie von 2013⁵ die eigene Immobilie mit Pflegedienst die präferierte Option: fast 60 Prozent der Befragten wünschen sich, mit Unterstützung eines ambulanten Pflegedienstes in der Wohnung bleiben zu können. Deutlich dahinter folgt das Seniorenwohnheim mit eigener Wohnung (32 Prozent) oder mit eigenem Zimmer (21 Prozent). Gemeinschaftliche Wohnformen, wie ein Mehrgenerationen-Wohnprojekt oder Wohngemeinschaften sind – obwohl darüber in den Medien viel gesprochen wird – mit 19 bzw. 12 Prozent für die Wenigsten eine bevorzugte Option. Für Ältere mit höherem Bildungsabschluss ist diese Option attraktiver. Dies mag zum einen an einer Unkenntnis über diese Wohnformen liegen, andererseits bestätigen Untersuchungen den Wunsch nach autonomer Lebensführung im klassischen Wohnumfeld. Gleichwohl gibt es inzwischen vielfältige Experimente im Bereich des vernetzten Wohnens. Die Verknüpfung von professionellem, semiprofessionellem und ehrenamtlichem Engagement führen teilweise zu innovativen Projekten. „Wohnen im Alter“ wird sich künftig nicht mehr nur auf die Anpassung des unmittelbaren Wohnraumes beschränken können. Vielmehr gilt es, umfassende *lokale Versorgungskonzepte* zu entwickeln, die auch eine Anpassung des Wohnumfeldes, der quar-

tiersbezogenen Infrastruktur sowie der Versorgung mit Einkaufs- und sonstigen Dienstleistungsangeboten (bspw. Ärzten) einschließen. Um den Herausforderungen für eine Gesellschaft des langen Lebens gerecht zu werden, müssen neue Allianzen auf kommunaler Ebene gebildet werden. Akteure aus der Kommunalpolitik und -verwaltung, Wohnungsunternehmen, soziale Dienstleistungsträger (von Wohlfahrtsverbänden bis hin zu privaten Pflegeunternehmen), Wirtschaft und Wissenschaft sind in vielen Fällen aber noch stärker zu motivieren, bessere Versorgungsstrukturen für ältere Menschen anzubieten.

Von einer „bunten“ Projektlandschaft zur Regelversorgung

Die Siebte Altenberichtscommission wirbt dafür, Wohnpolitik umfassend zu gestalten, da mehrere Handlungsfelder berührt werden. Bei der Bedarfsermittlung sowie der Umsetzung sollten verschiedene Ressorts innerhalb der Verwaltung, gemeinnützige, kirchliche und privatwirtschaftliche Anbieter sozialer Dienste, die Wohnungswirtschaft, Wohlfahrtsverbände sowie Bürger *zusammenwirken*. Neben der eigenen Leistungserbringung erwächst den Kommunen dabei zunehmend die Aufgabe, Akteure zu mobilisieren, Netzwerke zu initiieren, neue Kooperationsformen ins Leben zu rufen und zu moderieren und die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Handlungsfeldern zu gestalten. In dem intelligenten und effizienten Zusammenwirken von Angehörigen, Freunden, Profis und bürgerschaftlich Engagierten liegt die Zukunft einer „gelingenden Sorge“ für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die vernetzte Versorgung aller Generationen im Wohnquartier wird künftig eine noch größere Rolle spielen. Dabei kommt der Kooperation der Wohnungswirtschaft mit sozialen Diensten sowie Kostenträgern (Kranken- und Pflegeversicherung) eine wesentliche Rolle zu. Konkret geht es um ein neues, integriertes Schnittstellenmanagement. Neue integrative Versorgungsangebote stoßen allerdings auf zahlreiche institutionelle Hürden. Es existiert für sie häufig keine klare öffentliche Finanzierungsverantwortung und zudem bringen öffentliche Kostenträger neuen Akteuren oft Misstrauen entgegen.

⁵ Generali Zukunftsfonds (Hrsg.)/Institut für Demoskopie Allensbach (2013): Generali Altersstudie 2013. Wie ältere Menschen leben, denken und sich engagieren, Frankfurt/M.

Vor diesem Hintergrund ist es keine leichte Aufgabe, auf lokaler Ebene kleinteilig vernetzte Versorgungsstrukturen zu etablieren, die es älteren Menschen möglich machen, notwendige Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich Pflege und Betreuung innerhalb ihres Quartiers in für sie erreichbaren Distanzen zu erhalten und so im Nahbereich um ihre Wohnung herum soziale Kontakte zu erleben und zu pflegen. Eine solche Neustrukturierung der sozialen Dienste in Richtung sozialintegrierter, vernetzter Versorgung setzt ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure in diesem Politikfeld voraus. Der Schub für integrierte, quartiersnahe Lösungen gelingt nur unter Einbeziehung aller betroffenen Akteure (Kommunen, Gesundheits- und Wohnungswirtschaft, Sozialorganisationen etc.). Gefordert ist ein intersektorales *Schnittstellenmanagement*, aber schon bei der Kooperation zwischen Kommunen und Akteuren aus der Sozial- und Gesundheitswirtschaft sind Defizite zu konstatieren. Viele Kommunen sehen sich aufgrund der Überbelastungen außerstande, den Vernetzungsaufgaben aktiv nachzugehen. Benötigt werden systematische Verlaufs- und Versorgungsanalysen, um auf dieser Basis einen strukturierten Diskurs über Quartiersnetze als Experimentierräume zu führen und ein Innovationsmonitoring zu entwickeln. „Treiber“ können Kommunen oder auch andere Akteure sein, die als „Spinne“ innerhalb eines Versorgungsnetzes im Quartier wirken. „Quartiersstrategien“ sind jedoch nicht geeignet, um den Rückzug staatlicher Unterstützung zu kompensieren. Gefragt sind nicht nur temporäre Förderungen, sondern langfristig angelegte kooperative Lösungen und neue Finanzierungsmodelle.

In allen europäischen Ländern gewinnen der Wohnbereich und das sozialräumliche Umfeld als Versorgungsinstanz für Ältere an Bedeutung. Programme zur besseren Integration von Pflege, Wohnen und Beteiligung im Wohnquartier prägen deshalb nicht nur in Deutschland derzeit den Diskurs um die Herausforderungen des demografischen Wandels. Einer solchen *sozialraumorientierten Strategie vernetzten Wohnens* für Ältere wirken in einzelnen Regionen und Kommunen in den letzten Jahren soziale Spaltungsprozesse mit wachsenden Verarmungen,

Bildungs- und Gesundheitsdefiziten entgegen. Die tendenziell schrumpfende Gesellschaft rückt bei zunehmender Polarisierung sozialer Lagen immer weiter auseinander. Sozialräumliche Ungleichheiten nehmen zu und dies impliziert für manche Gruppen älterer Menschen eine Verschlechterung der Lebensqualität. Die räumliche Konzentration armer Haushalte hat generell fatale Wirkungen auf die Qualität der Infrastruktur im Wohngebiet. Anbieter personenbezogener Dienstleistungen, nicht zuletzt auch Ärzte, aber auch Einzelhandelsgeschäfte und Gaststätten/Restaurants, verlassen auf der Suche nach zahlungsfähiger Kundschaft diese Quartiere. Eine Abwärtsspirale beginnt sich zu drehen, die massive soziale Probleme aufwirft. Die Politik ist auf allen Ebenen aufgerufen, diese Segregationsprozesse nicht nur wahrzunehmen, sondern verstärkt zu intervenieren, um aktiv der Verwahrlosung in manchen Stadtteilen und auch stark schrumpfenden ländlichen Regionen zu begegnen.

Soziotechnisch unterstütztes Wohnen im Alter

Neue Technologien ermöglichen es älteren Menschen, immer länger in der eigenen Wohnung zu verweilen. Viele Wohnungen sind in den vergangenen Jahren technisch aufgerüstet worden und verfügen zunehmend über universelle informationstechnische Infrastrukturen. Sicherheit und Unabhängigkeit im Alter können durch technische Assistenzsysteme in allen Lebensbereichen verbessert werden: von der Überwachung bis hin zur Meldung von Notfällen, aber auch im Rahmen von Prävention und Rehabilitationsmaßnahmen. Mit der älter werdenden Bevölkerung wächst tendenziell der Bedarf an solchen unterstützenden Dienstleistungen und intelligenten technischen Assistenzsystemen – sei es im Bereich Homecare oder generell für altengerechtes Wohnen und Leben. In den letzten Jahren hat sich dementsprechend die Debatte um altengerechte Assistenzsysteme in Deutschland ausgeweitet. Moderne Technik kann bspw. über Sensoren messen und dann ggf. mitteilen, wenn der Tagesablauf sich massiv verändert oder ein Sturz passiert und eine Rückmeldung an Pflegedienste oder Familiennetz-

werke geben. *Zielgruppe* für technische Assistenzsysteme sind also durchaus ältere Menschen, die ihre Selbstständigkeit erhalten wollen, jedoch durch chronische Krankheiten und/oder altersbedingte Beeinträchtigungen gefährdet sind und auf eine ständige Überwachung ebenso wie auf eine schnelle Hilfe in Notfallsituationen angewiesen sind. Hier besteht ein gewachsenes Sicherheitsbedürfnis, um länger in der eigenen Wohnumgebung zu verweilen. Viele Wohnungen sind inzwischen technisch aufgerüstet worden und verfügen über universelle informations- und kommunikationstechnische Infrastrukturen. Diese Lösungen reichen aber nicht aus. Für die Lebensqualität Älterer sind soziale Kontakte im Wohnumfeld von zentraler Bedeutung und deshalb muss auch dem ehrenamtlichen oder bürgerschaftlichem Engagement größere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die derzeit angebotenen Lösungen zum vernetzten Wohnen können technisch zumeist überzeugen, allerdings fehlt in der Regelversorgung noch die Akzeptanz. Empirische Untersuchungen zeigen zudem, dass die neuen technischen Lösungen oft als unpersönlich wahrgenommen werden. Deshalb sollten die Assistenzsysteme als soziotechnische Systeme nicht zu technikzentriert sein. Als technikgestützte Kommunikation gibt es schon seit Jahrzehnten das Hausnotruf-System, das insbesondere geschaffen wurde, um bei gesundheitlichen Notfällen sofort Hilfe zu organisieren. Diese Unterstützungssysteme können als Basis für ein vernetztes Wohnen im Alter aufgefasst werden. Die technischen Assistenzmaßnahmen treffen nach den vorliegenden Studien auf relativ große Zustimmung, allerdings fehlt bisher die Umsetzung in der Breite. Ziel muss sein, auf lokaler Ebene ein Netzwerk aus Dienst- und Technologieanbietern aufzubauen, das die Integration vorhandener Geräte und Infrastrukturen sowie vorhandener Dienstleistungen gewährleistet (vgl. Schelisch 2016)⁶. Für die Zukunft sollte allerdings stärker die Maxime gelten: Die Technik muss den älteren Bewohnern dienen und sich auf das konzentrieren, was notwendig und auch bezahlbar ist. Das Internet und generell die sich in den letzten Jahren forciert ausbreitende Digitalisierungswelle bietet zudem generell Gesundheitsinteressierten (speziell

auch Älteren, die sich aktiv um Prävention oder ihre chronischen Erkrankungen kümmern) eine Fülle an Möglichkeiten, sich selbst zu orientieren und vom Austausch mit anderen Interessierten und Betroffenen zu profitieren. Die „nächste“ Generation älterer Menschen wird diese virtuellen Ressourcen noch weitaus stärker nutzen und nähert sich so dem Leitbild einer individualisierten Medizin (vgl. Heinze u. Hilbert 2015, 2016).^{7, 8}

Aber auch wenn die technischen Assistenzsysteme den älteren Menschen angepasst sind (etwa technische Geräte mit größerer grafischer Oberfläche und Touchscreen, welche einfach und intuitiv funktionieren), werden sie unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen kaum für die Alltagsbewältigung genutzt. Für die Techniknutzung gilt weiterhin: Soziale Netzwerke sind notwendig, um die neuen Techniken bedarfsgerecht einzusetzen. Bei den seit Jahren mit großem Aufwand durchgeführten Erprobungsprojekten wird „die Rechnung häufig ohne den Wirt“ gemacht: Es gelingt nicht, die Angebote so zu dimensionieren, dass sie von Kostenträgern und Endkunden breitflächig akzeptiert werden. Die Ursachen liegen sowohl in den institutionellen Fragmentierungen des deutschen Versorgungssystems (den „frozen landscapes of the welfare state“), als auch in einer zu starken Orientierung am technisch Machbaren und zu geringen Berücksichtigung der Präferenzen, Bedürfnisse und Interessen der potenziellen Nutzer (also den älteren Menschen). Hinsichtlich der angesprochenen Notwendigkeit von einer Vernetzung unterschiedlicher Sektoren ist das Aufbrechen traditioneller Politiksegmentierungen und Akteurskonstellationen ein zentrales Ziel im Umfeld des vernetzten Wohnens (vgl. Heinze 2013).⁹

Hier liegen noch große Herausforderungen, denn der Wohnungsmarkt ist noch nicht hinreichend auf die wachsende und immer pluraler werdende Lebensphase Alter eingestellt. Deshalb sind neben dem Umbau der Wohnungen, altersgerechten Neubauten und der Aufwertung des Lebensumfeldes (des Quartiers) auch alternative Wohnformen – von betreuten Wohnmodellen bis zu ambulanten Pflegewohngemeinschaften oder Gastfamilienmodellen – zu fördern. Hier ist die öffentliche Hand angesprochen, denn

⁶ Schelisch, L. (2016): Technisch unterstütztes Wohnen im Stadtquartier, Wiesbaden

⁷ Heinze, R.G. u. Hilbert, J. (2015): Individualisierung, Ökonomisierung, Digitalisierung: Der sozio-ökonomisch-technische Wandel als Herausforderung und Chance für eine zukunftsfähige Soziale Gesundheitswirtschaft, in: H. Romahn/D. Rehfeld (Hrsg.), Lebenslagen – Beiträge zur Gesellschaftspolitik, Marburg, S. 199ff

⁸ Heinze, R.G. u. Hilbert, J. (2016): Digitalisierung und Gesundheit: Transforming the Way We Live, in: G. Naeyele/E. Olbermann/A. Kuhlmann (Hrsg.), Teilhabe im Alter gestalten, Wiesbaden, S. 323ff

⁹ Heinze, R.G. (2013): Anpassung oder Gestaltung? Institutionelle und kulturelle Erblasten in der Demografiepolitik, in: M. Hüther/G. Naeyele (Hrsg.), Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder, Wiesbaden, S. 49ff

¹⁰ auch die Kostenträger wie etwa Kranken- und Pflegekassen

¹¹ GdW/InWIS/SIBIS (2015): Technische Assistenzsysteme für ältere Menschen – eine Zukunftsstrategie für die Bau- und Wohnungswirtschaft, Berlin

bspw. würde den Kommunen als Sozialhilfe-träger Ausgaben für stationäre Pflege reduziert werden, wenn darüber eine längere Verweildauer in der Wohnung erreicht werden könnte. Optionen für vernetztes Wohnen sind nur dann überlebensfähig, wenn alle Akteure¹⁰ aktiv mitarbeiten und es zu tragfähigen Projekt- und Innovationsnetzwerken kommt. Der Einsatz technischer Unterstützungssysteme wird jedoch zunehmend im Rahmen des Diskurses um eine *Digitalisierung* der Lebenswelt thematisiert. Über die Digitalisierung und speziell die Telemedizin können die medizinische Versorgung sowie Care-Angebote für ältere Menschen verbessert werden. Dennoch haben vielversprechende neue Technologien (in letzter Zeit vornehmlich Produkte aus der digitalen Welt) den Markt bisher noch nicht erschlossen. Neben finanziellen Gründen liegt das oftmals auch daran, dass potentielle Nutzer die Möglichkeiten nicht kennen oder sich in dem Dschungel an Insellösungen nicht zurechtfinden. Außerdem besteht Handlungsbedarf bei der Vernetzung der einzelnen Akteure. Gefragt sind also vorzeigbare „Best-Practice-Lösungen“, die auch die Problematik der Finanzierbarkeit neuer Dienstleistungen thematisieren (vgl. GdW/InWIS/SIBIS 2015).¹¹ Nicht nur in der Politik fokussiert man sich zunehmend auf technisch unterstütztes Wohnen, auch die betroffenen Verbände und gesellschaftlichen Organisationen engagieren sich zunehmend in dieser Richtung. Ende 2015 gründeten der Bundesverband deutscher Wohnungs- und Immobilienunternehmen (GdW) und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) ein Bündnis für ein technikgestütztes und selbstbestimmtes Wohnen. Zentrale Forderung ist es, mit Unterstützung technischer Assistenzsysteme älteren Menschen zu ermöglichen, länger, sicher und komfortabel in ihrer angestammten Umgebung leben zu können und bei gesundheitlichen Einschränkungen in ihren Wohnungen gut betreut zu werden. Neben den verbesserten Finanzierungsbedingungen müssen auch Interoperabilitätsanforderungen durchgesetzt werden. Dies dient nicht nur der Akzeptanzsteigerung für Endkunden, sondern ist auch eine wichtige Grundlage für eine Förderung technischer Anwendungen in der Wohnung. Werden Daten aus einer Wohnung übertragen, ist

zudem *Transparenz* darüber erforderlich, welche Informationen an wen übertragen werden, was mit den übertragenen Daten geschieht, welchen Einblick diese Daten in die Privatheit erlauben und wie persönliche Daten geschützt werden. Notwendig sind unabhängige Anlaufstellen (z.B. von Kommunen), die objektiv über (zunehmend digitale) technische Unterstützungssysteme und deren Nutzen und Risiken aufklären. Zudem müssen technische Assistenzsysteme in ein Bündel von Maßnahmen zur Stärkung des „zu Hause Lebens“ integriert werden (etwa hauswirtschaftliche Dienstleistungen, Begegnungsmöglichkeiten in einer „lebendigen“ Nachbarschaft etc). Damit schließt sich der Kreis: ohne eine aktive Nachbarschaft und die Mobilisierung aller relevanten Akteure vor Ort wird das selbstbestimmte Wohnen im Alter nicht Realität werden. Wenn die sozialräumliche Dimension an Bedeutung gewinnt, ist aber auch auf kommunaler Ebene eine ressortübergreifende Querschnittspolitik gefragt. Hier sind ebenfalls die traditionellen Organisationen aufgefordert, nicht nur ihre Interessen zu verfolgen, sondern der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „Silodenkens“ dadurch zu begegnen, dass verschiedene Unterstützungsstrukturen stärker miteinander kooperieren. Aber nicht nur familiäre Unterstützungssysteme werden selektiver, sondern auch Nachbarschaften und andere lokale Arrangements werden heterogener und erfordern eine sensible Förderung. In den letzten Jahren sind auch trotz aller Individualisierungstendenzen eine Vielzahl von Projekten zur Stärkung des sozialen Zusammenhalts und nachbarschaftlicher Beziehungen entstanden. Wenn sich diese sozialen Netzwerke stabilisieren und verstetigen, wird auch das selbstbestimmte Wohnen im Alter maßgeblich davon profitieren.

Professor Dr. Rolf G. Heinze lehrt Allgemeine Soziologie, Arbeit und Wirtschaft an der Ruhr-Universität Bochum (RUB) und ist wiss. Direktor des Instituts für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung (InWIS) an der RUB und Mitglied der Kommission zur Erstellung des 7. Altenberichts der Bundesregierung

Kontakt: rolf.heinze@rub.de

Pflege und Sorge – Analysen und Empfehlungen der Siebten Altenberichtscommission

Thomas Klie

Die Sorge und Pflege hochbetagter Menschen sieht die Kommission als eine der großen gesellschafts- und sozialpolitischen sowie kulturellen Herausforderungen der nächsten Jahrzehnte. Die Zahl der auf Pflege angewiesenen Menschen steigt, die zur Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen gehen zurück, sowohl in den die Hauptaufgaben der Pflege und Sorge bislang leistenden Familien als auch im professionellen Sektor: Der Fachkräftemangel wird auch und gerade die Langzeitpflege treffen und tut dies bereits. Zudem ist eine Diskrepanz zwischen sich entfaltendem Fachwissen für die Begleitung auf Pflege angewiesener Menschen in den Disziplinen der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Sozialen Arbeit auf der einen Seite und der alltäglichen Praxis zu verzeichnen. Dies führt nicht nur zur Verletzung fachlicher Standards sondern auch zur alltäglichen Gefährdung von Menschenrechten auf Pflege angewiesener Menschen sowohl in ihrer eigenen Häuslichkeit als auch im Heim. Eingebettet ist das Thema der Versorgung auf Pflege angewiesener Menschen in ausgeprägte Ambivalenzen der Gesellschaft zu den Themen, die mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit assoziiert werden: Verlust von Selbstbestimmung, Angewiesenheit auf fremde Hilfe, Einbußen in der mentalen und physischen Leistungsfähigkeit. Verbunden ist das Thema schließlich mit Fragen der fairen Verteilung von Sorge- und Pflegeaufgaben in der Gesellschafts- und Geschlechterordnung.

Die Antworten auf die Herausforderungen verlangen Anstrengungen von der gesamten Gesellschaft. Gute Pflege und Sorge braucht vielerlei: professionelle Unterstützung, bedarfsgerechte, leistungsfähige Infrastrukturen vor Ort und Rahmenbedingungen, die ein Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, professionellen und anderen beruflichen Hilfen ermöglichen und befördern. Dieses Ineinandergreifen geschieht vor Ort.

Wie dieses Ineinandergreifen im Rahmen einer lokalen Pflegepolitik befördert werden kann, steht im Vordergrund der Befassung der Kommission. Die aktuellen Debatten und pflegepolitischen Vorhaben um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff, die gemeinsame Ausbildung für Pflegeberufe, das Hospiz- und Palliativgesetz und den Fachkräftemangel stehen als solche nicht im Fokus des Berichtes, sondern werden vor allem in ihrer Bedeutung für eine lokale Politik der Sorge und Pflege thematisiert.

Soll „Pflege und Sorge“ als Thema örtlicher Politik und zivilgesellschaftlicher Diskurse gestärkt werden, ist nach Ansicht der Kommission darauf zu achten, dass Menschen mit Unterstützungsbedarf immer auch in ihren sozialen, kulturellen und individuellen Sinnbezügen und Ressourcen wahrgenommen und angesprochen werden. So können sie ihnen jeweils bedeutsame Lebensthemen verfolgen, erleben sie ihnen wichtige Zugehörigkeit in familiäre, nachbarschaftliche und gesellschaftliche Zusammenhänge. Wie in den Pflegewissenschaften betont, dürfen Menschen nicht auf den „Pflegefall“ reduziert werden. Von einer defizitorientierten Betrachtung ist der noch geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff geprägt – mit Auswirkungen auf die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse und Bedarfe, wie in dem Forschungsprojekt zum persönlichen Pflegebudget gut gezeigt werden konnte (Blinkert 2011). Aber auch auf die Wahrnehmung „Pflegebedürftiger“ in der Öffentlichkeit und im gesellschaftlichen Diskurs nimmt das durch die Pflegeversicherung geprägte Verständnis Einfluss. Nicht nur die moderne Pflegewissenschaft, sondern auch eine dem Prinzip der Lebensweltorientierung (Büscher und Klie 2012) verpflichtete Sozialarbeitswissenschaft sowie ein von Teilhabe geprägtes Verständnis von „Pflegebedürftigkeit“ als einer alterstypischen Ausprägung von Behinderung unterstreichen, dass Menschen mit Pflegebedarf von ihren Funktions-

fähigkeiten sowie von ihren Teilhabebedarfen und -wünschen her zu verstehen sind. Pflege hat der Sicherung der Teilhabe zu dienen. Eine solche Sichtweise lädt ein, das Konstrukt der Pflegebedürftigkeit in seiner Anlage und Funktion zu reflektieren, wie dies mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff teilweise geschehen ist, in dem er Aspekte der Teilhabe berücksichtigt.

Der Sorgebegriff, dem in der Kommissionsarbeit neben dem der Pflege eine eigene Bedeutung beigemessen wird, ist mehrdimensional. Er spricht auf der einen Seite die Beziehungsdimension zwischen Menschen an: für und sich umeinander sorgen. In Situationen der Verwiesenheit auf Unterstützung durch andere wird die Sorge durch den anderen existentiell. Sorge ist nicht auf Formen pflegerischer Unterstützung beschränkt sondern bezieht die Breite der (gegenseitigen) Unterstützung in der Alltags- und Lebensgestaltung ein (Klie und Wendt 2014). Das was im Alltag tatsächlich geschieht und was dem Betroffenen wichtig ist (Zugehörigkeit, Teilhabe) (Krank, Roß und Siebert 2008) kommt in den Blick und damit der Ort, das soziale Umfeld, die Lebenslage insgesamt und die Gegenseitigkeit, die die Sorge durch auf Pflege angewiesene Menschen mit einschließt: auch sie können Sorgende sein. Schließlich fordert der Sorgebegriff und die mit ihm verbundene und inzwischen entfaltete Diskussion (Heller und Schuchter 2014) dazu auf, die tatsächliche Verteilung von Sorgeaufgaben in der Gesellschaft – im Geschlechter- und Generationenverhältnis – zu betrachten. Die Bedeutung der professionellen Pflege im Kontext der Sorge wird eher als Haltung denn als Dienstleistung, und damit als Bemühen um Wohlbefinden und gutes Leben verstanden (Heller und Schuchter 2014). Diese Sichtweise gewinnt in einer Zeit stärkerer Reglementierung und Ökonomisierung des Pflegegeschehens in Diensten und Einrichtungen an Relevanz.

In einem subsidiär angelegten Gesellschaftsverständnis, dem die Kommission insgesamt folgt, werden Fragen der Alltags- und Lebensgestaltung sowie der Sorge der Bürgerinnen und Bürger füreinander auch – aber nicht nur – als Angelegenheit der kleinen Lebenskreise gesehen, für die der Staat Rahmenbedingungen zu erhalten und gegebenenfalls neu zu gestalten sowie insgesamt zu

gewährleisten hat. Dabei gilt es nach der Ansicht der Kommission unter Bedingungen einer modernen Gesellschaft im sozialen und demografischen Wandel den unterschiedlichen Figurationen (Elias 1987), dem Geflecht der Angewiesenheiten von Menschen aufeinander, ihrer Interdependenzen, die sie aneinander binden – von Sorgebeziehungen ebenso nachzugehen, wie den wohlfahrtspluralistischen Arrangements mit ihren unterschiedlichen Modi von Sorge- und Pflegetätigkeiten, die sich, wenn es gut geht, gegenseitig ergänzen und bedingen. Die Kommission nimmt das Leitbild der „geteilten Verantwortung“ (Klie und Schuhmacher 2009) als Vorstellung und Praxis eines gelingenden Welfare-Mixes (Evers und Olk 1996) auf – und sieht in dem Zusammenwirken von familiärer, nachbarschaftlicher, professionell und beruflicher sowie auf freiwilligem Engagement beruhender Unterstützung – eine wesentliche Perspektive wenn es darum geht, analytisch die Wirklichkeit von Pflege und Sorge in den Blick zu nehmen und strategisch auf ein Ineinandergreifen der unterschiedlichen Hilfen im Mix hinzuwirken. Wie der Sozialstaat die kleinen Lebenskreise in ihrer Sorgefähigkeit unterstützt, in welchem Umfang er Dienstleistungen der Unterstützung finanziert, welche Mixturen von Hilfen und welche Sorgearrangements er fördert, sieht die Kommission als eine wichtige politische Entscheidung, die in europäischen Sozialstaaten höchst unterschiedlich getroffen wurde (Blinkert 2013) und die für die deutsche Pflegeversicherung neu gestellt werden muss. Die unterschiedlichen Modelle, die für eine Weiterentwicklung der deutschen Pflegepolitik diskutiert werden, reichen von einer vollständigen Absicherung (Lüngen/verdi 2012) über private Vorsorge bis zur Orientierung an skandinavischen Modellen, die recht umfangreiche Einkommensersatzleistungen für pflegende Angehörige vorsehen (Heintze 2012), oder kennen Vorschläge für eine Strukturreform der deutschen Pflegeversicherung (Hoberg u.a. 2013).

Auf lokaler Ebene gilt es – unter zum Teil höchst unterschiedlichen Bedingungen – ein gutes Leben für Menschen mit pflegerischen und anderen Unterstützungsbedarfen zu ermöglichen. Die Infrastruktur mit pflegerischen Diensten und Einrichtungen unterscheidet sich nach Regionen und deren

Strukturbedingungen erheblich (Bertelsmann 2015). Die sozialstaatlichen Vorgaben für die Pflegeversicherung müssen sich nach Auffassung der Kommission stärker als bislang an ihren Wirkungen vor Ort und ihrer Eignung zur Unterstützung lokaler Antworten auf Herausforderungen der Pflege und Sorge messen lassen. Darauf verweist die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung und erteilt den Prüfauftrag, Wege zu einer Stärkung der Kommunen in der Pflegeversicherung zu identifizieren. Der Bericht der Siebten Altenberichtscommission versteht sich auch als Beitrag zu dieser Debatte.

Die Empfehlungen der Kommission beruhen auf einer Problemanalyse, die den in den letzten Jahren erfolgten quantitativen und qualitativen Ausbau der Pflegeinfrastruktur, auch im Sinne innovativer quartiersbezogener und wohnortnaher Versorgungskonzepte (SONG 2011) würdigt, aber gleichwohl zu dem Ergebnis kommt, dass die Anforderungen an ein bedarfsgerechtes und menschenrechtlich sowie teilhabeorientiertes Sorge- und Pflegesystem bei weitem noch nicht überall erfüllt werden. Hierfür werden vor allem folgende Problembereiche identifiziert:

- Die pflegepolitische Aufmerksamkeit wird immer noch zu wenig auf die Familien und pflegenden Angehörigen gelenkt, die unverändert den größten Beitrag zu Sicherung der Langzeitpflege leisten, in geringem Umfang professionelle Hilfen in Anspruch nehmen, dabei in hohem Maße gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind (DAK 2015) und in der Tradition unsichtbarer Sorgearbeit (typischerweise als Frauenarbeit) Pflegeaufgaben wahrnehmen.
- Die Kommission schließt sich den Einschätzungen zum künftigen Personalbedarf in der Langzeitpflege an und sieht in der Gewinnung transnationaler Pflegekräfte nur einen äußerst begrenzten Beitrag zur Beantwortung des Bedarfs an Fachkräften in der Pflege. Auch die Gewinnung von Beschäftigten für die Langzeitpflege wird im Wesentlichen als Thema örtlicher Arbeitsmarktpolitik verstanden.
- Die vielfältigen, überwiegend untergesetzlich geregelten, Qualitätsanforderungen (etwa Heimaufsicht und Medizinischer Dienstes der Krankenversicherung) provozieren einen unverhältnismäßigen bürokratischen Aufwand. Die öffentlich kommuni-

zierten Ergebnisse von Qualitätsprüfungen können nicht als Abbild einer entfalteten Versorgungsqualität gewertet werden. Das Image von Pflegeeinrichtungen wird vor allem vor Ort gebildet.

- Für eklatant werden Befunde gehalten, die sowohl auf verbreitete Fehlmedikationen mit Psychopharmaka (Gräßel u.a. 2013) als auch Freiheitsentziehende Maßnahmen (Klie u.a. 2014) sowohl im ambulanten als auch stationären Versorgungsbereich verweisen. Sie sind auch Ausdruck unzureichender sozialer und fachlicher Aufmerksamkeit vor Ort.
- Eine bedarfsgerechte, wohnortnahe Infrastruktur ist in Deutschland bei weitem nicht gegeben. Gerade in ländlichen Regionen sind zunehmend Erscheinungsformen der Unterversorgung zu beklagen.
- Die steigende Zahl von transnationalen Pflegekräften und Haushaltshilfen in Pflegehaushalten (115.000-330.000) (Arend u. Klie 2017) verweist nach Ansicht der Kommission darauf, dass vielfach weder das informelle noch das formelle System von Hilfen den Bedarfen der Betroffenen in für sie befriedigender Weise entsprechen.
- Es fehlt weithin an sozialer Aufmerksamkeit, an übergreifender Bedarfsfeststellung, an der sektoren- und professionsübergreifenden Koordination und Abstimmung von Leistungen (vgl. Hoberg und Klie 2015).

Vor diesem grob skizzierten Hintergrund hat die Kommission sich auf folgende Empfehlungen für den Themenbereich Sorge und Pflege konzentriert. Sie betont das Leitbild der gemeinsamen oder geteilten Verantwortung für die Pflege, die weiterhin als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden werden muss, mit einem erweiterten Fokus auf die Lebenssituation von auf Pflege angewiesenen Menschen, der auch durch die Semantik: Sorge und Pflege zum Ausdruck gebracht wird.

Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der bundes- und landespolitischen Rahmenbedingungen betont die Kommission die Bedeutung der Teilhabe. Nicht nur Pflege, nicht nur hauswirtschaftliche Unterstützung und Betreuung gilt es zu sichern. Die Pflege dient der Teilhabe im Sinne der den Menschen jeweils elementar bedeutsamen Lebens-themen und sozialen Zusammenhängen. Bei

der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes werden Teilhabeaspekte stärker als in der Vergangenheit berücksichtigt. Das begrüßt die Kommission. Sie sieht aber auch über die im neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff berücksichtigten hinausgehende Teilhabebedarfe. Pflege dient der Ermöglichung und Sicherung eines guten Lebens und baut dabei auf koproduktive Formen von Unterstützungsarrangements, in denen sich familiäre Sorge, gesellschaftliche Mitverantwortung professionelle und Assistenzleistungen ergänzen. Insofern spricht sich die Kommission für ein stärker teilhabeorientiertes Herangehen an Pflegefragen aus.

Die Kommission betont, wie es sich aus dem Berichtsauftrag ergibt, die Rolle und Bedeutung der Kommunen. Ihnen sollten bisher in der Verantwortung der Pflegekassen liegende Aufgaben im Bereich des Care und Case Managements übertragen werden. Weitergehend als dies im PSG III vorgesehen ist, plädiert die Kommission dafür, diese für die Steuerung der Infrastrukturentwicklung, die Gestaltung von Sorgearrangements und die Bearbeitung von Schnittstellenproblemen zentralen Aufgaben den Kommunen federführend zu übertragen, um auf diese Weise eine wohnortnahe Beratungs-, Case und Care Management Struktur zu gewährleisten.

Die Kommission spricht sich nicht dafür aus, diese Aufgaben ohne Vorbereitung allen Kommunen zu übertragen, sondern nimmt Vorschläge auf, die die optionale Wahrnehmung und Übertragung der Aufgaben durch die Kommunen vorsieht, bei Finanzierung dieser Aufgaben aus Mitteln der Pflegeversicherung. Dabei müsse allerdings sichergestellt werden, dass die Kommunen ihre originären Aufgaben im Bereich der Altenhilfe weiterhin oder überhaupt wahrnehmen und auch finanziell entsprechend ausstatten. Aus der Sicht der Altenberichtskommission leben tragfähige Sorgearrangements von einem Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen. Die Segmentierungen zwischen Gesundheitswesen hier und Pflegesicherung dort, die Schnittstellen zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, Pflegeversicherung und Kommunen, sie gilt es in ihren problematischen Wirkungen zu bearbeiten. Auch hierzu dienen Ansätze des Care und Case Managements. Die Kommission betont, dass im Sinne des in der Kommission durchaus

kontrovers diskutierten Leitbildes von sorgenden Gemeinschaften, das Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen, professionellen und freiwilligen Formen der Hilfe – unter Einbeziehung lebensdienlicher Technik – die Grundlage für eine tragfähige, teilhabefördernde örtliche Sorgeskultur bildet. Wohlfahrtspluralistische Hilfearrangements, die von einer hybriden Hilfestruktur geprägt sind, verlangen nach Förderung und Unterstützung - und dies vor Ort. Sie können nicht vorausgesetzt werden.

Mit Blick auf den sich regional bereits zeigenden und für die Zukunft generell prognostizierten Mangel an Beschäftigten in der Langzeitpflege, insbesondere dem Fachkräftemangel, empfiehlt die Kommission eine konzertierte – auch regional ausgerichtete – Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik. Es gelte Berufe für Menschen attraktiv zu machen, nicht nur die Pflegeberufe im engeren Sinne, sondern auch solche der Hauswirtschaft, der Sozialen Arbeit und der an Personen und ihren individuellen Bedarfen orientierten Assistenzberufe. Dabei lenkt die Kommission explizit den Blick auf die zumeist illegalen Beschäftigungsverhältnisse osteuropäischer Pflegekräfte, die die fehlenden(finanzierbaren) Kräfte im Assistenzbereich kompensieren. Die Kommission spricht sich dabei für ein breit angelegtes Berufsgruppenkonzept mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit aus. Nur dies sei in der Lage, den Bedarf an Beschäftigten in der Langzeitpflege und Sorge zu decken. Konzertierte Bemühungen von Arbeitgebern mit Blick auf attraktive Arbeitsbedingungen und von Tarifpartnern für gute Bezahlung gehören zu den notwendigen Bausteinen einer zukunftsorientierten Personalpolitik, die einen neuen Stellenwert in der Pflegepolitik einnehmen müssen. Nicht zuletzt mit Blick auf die Thematik der Pflege und Sorge empfiehlt die Kommission, den Kommunen im Sinne einer verörtlichten Sozialpolitik größeren Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Das gilt in besonderer Weise für das Gesundheitswesen (Burgi 2012) und die Langzeitpflege (Hoberg u.a. 2013). Sie greift bei Ihren Vorschlägen sowohl Diskussionen um eine Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge zur Finanzierung strukturschwacher Regionen auf wie Überlegung zu

einem Altenhilfestrukturgesetz (Ziller 1991), das die Aufgaben der Kommunen für die Gestaltung und Gewährleistung von Rahmenbedingungen guten Lebens im Alter – unter Beachtung von Gesichtspunkten sozialer Ungleichheit – in einer Politikfeld übergreifenden Sichtweise ebenso als Gegenstand kennt, wie die Förderung der politischen Partizipation älterer Menschen zur Mitgestaltung zukunftsfähiger Kommunen. Dabei verkennt die Kommission keineswegs, dass sich hinter dem Begriff der Kommunen in Deutschland unterschiedliche Ebenen, Finanzsituationen, Governancekompetenzen und Strukturbedingungen verbergen, die eine Aufgabenverlagerung auf – in vieler Hinsicht bereits jetzt herausgeforderte – Kommunen als keineswegs trivial erscheinen lässt.

Prof. Dr. Thomas Klie lehrt an der Evangelischen Hochschule Freiburg öffentliches Recht und Verwaltungswissenschaften. Er ist Mitglied der Kommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts der Bundesregierung sowie Vorsitzender der Kommission zur Erstellung des Zweiten Engagementberichts der Bundesregierung.

Kontakt: Thomas.Klie@ehfreiburg.ekiba.de

Literatur:

- Arend, S. und Klie, T. (Hrsg.) (2017): Transnationale Pflege. Im Erscheinen. Hannover: Vincentz.
- Bertelsmann Stiftung (2013): Themenreport „Pflege 2030. Was ist zu erwarten – was ist zu tun? (www.bertelsmannstiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Themenreport_Pflege_2030.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).
- Blinkert, B. (2013): Chancen und Herausforderungen des demografischen Wandels. Aktives Altern und Pflegebedürftigkeit in europäischen Kommunen und Ländern der EU. Ergebnisse und Methoden des von der EU geförderten Projektes „Werkzeuge für die Entwicklung vergleichbarer Erhebungen auf lokaler Ebene (TooLS)“. Berlin: LIT.
- Blinkert, B. (2011): Begleitforschung zur Einführung eines Persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. In: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)-Spitzenverband (Hrsg.): Das Pflegebudget. Band 4. Berlin: GKV-Spitzenverband, 45–84.
- DAK-Gesundheit (Hrsg.) (2015): Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Online verfügbar unter www.dak.de/dak/download/Pflegereport_2015-1701160.pdf, zuletzt geprüft am 03.02.2016.
- Elias, N. (1987): Über den Prozess der Zivilisation. 12. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Evers, A. und Olk, T. (1996): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Heller, A. und Schuchter, P. (Hrsg.) (2012): Autonomie und Sorge. Für mich und für andere. Praxis PalliativeCare (4). Ludwigsburg: Hospiz-Verlag.
- Gräßel E., Siebert, J., Ulbrecht, G. und Stemmer, R. (2013): Was leisten „nicht-medikamentöse“ Therapien bei Demenz? Ein Überblick über aktuelle Projekte. In: Informationsdienst Altersfragen 40 (2), 9–16
- Heintze, C. (2012): Auf der Highroad – der skandinavische Weg in ein zeitgemäßes Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland. WISO-Diskurs – Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik (8). Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Hoberg, R.; Klie, T. und Künzel, G. (2013): Strukturreform Pflege und Teilhabe. Langfassung. Freiburg: FEL.
- Hoberg, R. und Klie, T. (2015): Strukturreform Pflege und Teilhabe – Erster Teil. Zwischen Cure and Care, Kommunen und Sozialversicherung. In: Sozialer Fortschritt, Band 64, Nr. 1–2, S.27–33
- Klie, T. und Wendt, W. R. (2014): Caring Community und das Management von Versorgung. In: Case Management 11 (3), 111–115.
- Klie, T.; Bredthauer, D.; Becker, K.; Behrend, S.; Borgloh, B.; Göhner, A. u.a. (2013): Abschlussbericht zum Forschungsvorhaben ReduFix ambulant – Sicherheit und Lebensqualität in der häuslichen Versorgung von älteren Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Freiburg, Frankfurt.
- Klie, T. und Schuhmacher, B. (2009): Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz. Das Freiburger Modell. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG).
- Krank, S., Roß, P.-S. und Siebert, A. (2008): Gemeinsam Teilhabe leben! „Einbeziehung freiwillig und ehrenamtlich Tätiger in die Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“. Eine Handreichung. Reute: Meisterdruck
- Lüngen, M. (2012): Vollversicherung in der Pflege – Quantifizierung von Handlungsoptionen. Osnabrück. (www.bibliomed.de/c/document_library/get_file?uuid=7e4cf65e-77a2-4401-8a71-ee336a34f15c&groupId=232125 [Zugriff am 23. September 2015]).
- Rothgang, H. (2015): Finanzierung der Pflegeversicherung. „Aktuelle Fragen in Gesundheitsrecht und Gesundheitspolitik“. Veranstaltungsreihe der AG Gesundheit und Pflege des Forschungsverbundes für Sozialrecht und Sozialpolitik der Hochschule Fulda und der Universität Kassel am 10.02.2015.
- SONG, Netzwerk Soziales neu gestalten (2011): Tagungsdokumentation. Nur gemeinsam sind wir stark. Wohlfahrtsträger als Partner sozialer Netzwerke im Quartier. (www.netzwerk-song.de/fileadmin/user_upload/SONG_Tagungsdokumentation.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).
- ver.di (2012): Vollkasko-Pflege möglich. Online Artikel. (<http://gesundheit-soziales.verdi.de/ueber-uns/nachrichten/++co++915404f4-3e31-11e2-b1b7-52540059119e> [Zugriff am 16. Juni 2015]).
- Ziller, H. (1991): Altenhilfe als System. In: Nachrichten-dienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge (NDV) 71 (5), 160–161.

Nachhaltigkeit: Kommunen haben unterschiedliche Schwerpunkte

Nachhaltigkeitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung vorgestellt

Obwohl Städte, Gemeinden und Kreise bei der Umsetzung von Nachhaltigkeitsstrategien des Bundes und der Länder eine wichtige Rolle spielen, gibt es bisher wenige gesicherte Erkenntnisse darüber, wie nachhaltig Deutschlands Kommunen tatsächlich sind und welche Themen sie bearbeiten. Diese Lücke will der Monitor Nachhaltige Kommune der Bertelsmann Stiftung schließen. Er wurde anlässlich des Deutschen Nachhaltigkeitstages in Düsseldorf erstmals von der Bertelsmann Stiftung veröffentlicht. Eine flächendeckende Indikatoren-Erhebung in Verbindung mit einer Verwaltungsbefragung soll in Zukunft regelmäßig Auskunft darüber geben, wie nachhaltig Deutschlands Kommunen agieren. Fast 90 Prozent der befragten Verwaltungschefs in den Kommunen gaben dabei an, dass das Thema für sie sehr wichtig oder zumindest wichtig sei.

Besonders fällt auf: Während die Themen „Haushaltsführung“, „Bildung“, „Wohnen und Wohnumfeld“ sowie „Klima und Energie“ in den befragten Kommunen hoch im Kurs stehen, haben das Engagement für „Entwicklungspolitik“, „Armut“, „Sicherheit“ sowie „Gesundheit und Pflege“ eher nachrangige Bedeutung. (...)

Eine nachhaltige Kommune zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass Politik und Verwaltung ihre Entscheidungen für das Gemeinwesen generationengerecht, ganzheitlich und global verantwortlich ausrichten und dabei möglichst partizipativ vorgehen. Der Monitor Nachhaltige Kommune wurde von der Bertelsmann Stiftung in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Urbanistik gGmbH in Berlin entwickelt und wird von den kommunalen Spitzenverbänden unterstützt.

Er ist als Baukasten mit insgesamt 37 Kernindikatoren aus den zentralen kommunalen Aufgabenbereichen angelegt, wovon 18 Indikatoren für jede Kommune mit mehr als 5.000 Einwohnern und für alle Landkreise im Internetportal Wegweiser Kommune abrufbar sind. An der Befragung nahmen 519 Kommunen aus dem ganzen Bundesgebiet teil.

Pressemitteilung vom 25.11.16

Analyse: Menschenrechte in der Pflegepraxis

Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen

P. Aronson u. C. Mahler, Deutsches Institut für Menschenrechte

Welche Rolle spielen Menschenrechte im Pflegealltag? Was wissen die verschiedenen Akteure im Pflegesektor über Menschenrechte? Wie wird das vorhandene Wissen umgesetzt? Welche Menschenrechtsaspekte sind in der Langzeitpflege besonders relevant? Und was kann konkret getan werden, um die Rechte der Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen zu wahren und zu fördern? Auf diese Fragen gibt die vorliegende Analyse auf Basis einer qualitativen Untersuchung in fünf Pflegeheimen Antworten. Wenngleich die Ergebnisse nicht repräsentativ für die stationäre Langzeitpflege insgesamt sind, bieten sie doch vertiefte Einblicke in die Bedeutung und Verwirklichung der Menschenrechte im Pflegealltag aus dem Blickwinkel von Heimleitungen, Pflegekräften und Bewohnerinnen und Bewohnern.

Quelle und download: www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/analyse-menschenrechte-in-der-pflegepraxis/

Kommunen in der alternden Gesellschaft – Empfehlungen des Siebten Altenberichts

Konferenz am 4. April 2017 in Berlin

Im Siebten Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“ wird dargelegt, an welche lokalen Voraussetzungen die gesellschaftliche Teilhabe und ein gutes Leben älterer Menschen geknüpft sind und unter welchen Bedingungen die Kommunen und die lokale Politik Strukturen der Sorge und Mitverantwortung aufbauen und gestalten können. Der Siebte Altenbericht wurde im November 2016 veröffentlicht. Am 4. April 2017 werden auf einer Konferenz des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) die Empfehlungen der Siebten Altenberichtscommission diskutiert. Auf der Konferenz werden Mitglieder der Siebten Altenberichtscommission den Bericht vorstellen und Vertreterinnen und Vertreter der kommunalen Spitzenverbände dazu Stellung nehmen. Bei einer Podiumsdiskussion wird die Umsetzung der Empfehlungen erörtert werden. Zur Vertiefung einzelner Themen wird es drei Fachforen mit Impulsen aus der Praxis und für die Praxis geben. Die Konferenz richtet sich an Entscheidungsträger aus Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft, die in den Politikfeldern „Ältere Menschen“ und „Generationenpolitik“ aktiv sind.

Weitere Informationen über die Konferenz finden Sie unter www.siebter-altenbericht.de. Bei Nachfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle für die Altenberichte der Bundesregierung am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) zur Verfügung.

*Telefon: 030.260 740-86
E-Mail: geschaeftsstelle@dza.de*

Altenbericht begrüßenswert – aber jetzt muss auch was geschehen!

Stellungnahme der BAGSO zum 7. Altenbericht

Der Vorsitzende der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.), Franz Müntefering, erklärt:

Im November hat die Bundesregierung den Siebten Altenbericht und ihre Stellungnahme dazu veröffentlicht. (...) Zum ersten Mal wird damit die kommunale Daseinsvorsorge aus der Perspektive der älteren Menschen umfassend beleuchtet.

Die BAGSO begrüßt den Bericht und die Stellungnahme der Bundesregierung dazu, in der es heißt, dass „starke, handlungsfähige Kommunen von zentraler Bedeutung sind, um im demografischen Wandel die Politik für ältere und mit älteren Menschen vor Ort wirkungsvoll weiterzuentwickeln“. Die Bundesregierung stellt weiter fest, dass es auf strukturelle, inhaltliche und finanzielle Rahmenbedingen ankommt. Und darauf, die „sehr unterschiedlichen Entwicklungen in den Kommunen in Deutschland“ zu beachten. Betroffen sind alle wichtigen Lebensbereiche und die Lebensqualität des Miteinanders aller Generationen vor Ort – Wohnen, Wohnumfeld und Daseinsvorsorge, medizinische, pflegerische und betreuende Versorgung, Selbstbestimmung, Bildung und Information, Mobilität und soziale Kontakte.

Die BAGSO dringt darauf, diese wichtigen Erkenntnisse nun zu nutzen und mit einer zielführenden Umsetzung zügig zu beginnen. Erfolgversprechende Potenziale sind vorhanden. Die aus Sicht der BAGSO wichtigsten Handlungsansätze müssen jetzt greifen:

- 1) Verbindlichkeit. – Mittels eines Leitgesetzes zur Stärkung einer Politik für und mit älteren Menschen vor Ort. Geprüft werden müssen dabei auch Vorschläge, die Altenhilfe zu einer kommunalen Pflichtaufgabe zu machen und ein kommunales Basisbudget für die gemeinwesenorientierte Seniorenarbeit zu schaffen.
- 2) Nachhaltigkeit. – Eine Gemeinschaftsaufgabe „Demografie“, die auch Binnen- und Außenwanderungen und deren Auswirkungen berücksichtigt, würde Planungssicherheit für Bund, Länder und Kommunen

- für die kommenden Jahrzehnte schaffen.
- 3) Gesicherte Planungsgrundlage. – Die Datenbasis für kleinere räumliche Einheiten im demografischen Wandel muss verbessert werden. Kommunen brauchen qualifizierte Prognosen für ihre Umsetzungskonzepte.
- 4) Teilhabe und Teilnahme. – Es gibt gute Beispiele für die Entwicklung lebendiger Stadtteile, Quartiere, Dörfer. Wichtig ist, dass die Prozesse gemeinsam mit den Menschen vor Ort – selbstverständlich auch Seniorinnen und Senioren – gestaltet werden.

*Die Stellungnahme findet sich unter:
www.bagso.de*

Kompetent im Ehrenamt

Handbuch für Ehrenamtliche in der Pflege erschienen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. stellte beim ersten Deutschen Engagement Tag am 3. November in Berlin das neu erschienene Handbuch „PEQ – Pflege, Engagement und Qualifizierung“ für Schulungen von Ehrenamtlichen im Umfeld von Pflege vor. Das Handbuch beschreibt das Aufgaben- und Kompetenzprofil von Ehrenamtlichen im Umfeld von Pflege, bietet ein modulares Curriculum für praxisrelevante Schulungen und gibt Tipps für die Begleitung von Ehrenamtlichen vor Ort.

Download unter www.deutscher-verein.de/de/peq-1829.html

Gender in der Pflege

Schwerpunkt in der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 49(8) 2016

Mit „Gender“ und „Pflege“ werden zwei Begriffe aufeinander bezogen, zu denen in den vergangenen Jahrzehnten unzählige empirische und theoretische Arbeiten vorgelegt wurden. (...) Eine gewisse „Genderblindheit“ lässt sich trotz (oder wegen?) vielfacher Vor-

gaben zum „Gender-Mainstreaming“ auch in der Forschung erkennen. Dabei werfen die Pflege und der Unterstützungsbedarf im Alter immer wieder neue Fragen auf, die eng mit Geschlechterrollen verknüpft sind. Sie werden in diesem Schwerpunkt unter dem Titel „Gender und Pflege“ aufgegriffen. (...)

Ebd. S. 677, Editorial von J. Heusinger, K. Kammerer u. K. Aner

Ehrenamtliches Engagement im Bereich Pflege und Gesundheit

Sitzung des Unterausschuss Bürgerschaftliches Engagement des Deutschen Bundestages am 19.10.16

Mit dem bürgerschaftlichen Engagement im Bereich Pflege und Gesundheit befasste sich der Unterausschuss „Bürgerschaftliches Engagement“ in einem Fachgespräch mit Tine Haubner, Friedrich-Schiller-Universität Jena, Ursula Helms, NAKOS – Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Anette Lahn, Berliner Aids-Hilfe, Prof. Dr. Martina Wegner, Hochschule München, Maria Becker und Christian Albrecht, Bundesministerium für Gesundheit. Erörtert werden sollten Möglichkeiten und Notwendigkeiten zur weiteren Förderung des bürgerschaftlichen Engagements im Bereich Pflege und Gesundheit, die nicht zuletzt vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bestehen, z. B. im Hinblick auf die Qualifizierung und Begleitung von Ehrenamtlichen. Gefragt werden sollte aber auch, welche Probleme, Herausforderungen und Grenzen es für das Engagement in den genannten Bereichen gibt, z. B. die zunehmende Monetarisierung im Engagementbereich oder die Gefahr der Abwälzung von Aufgaben der staatlichen Daseinsvorsorge auf Ehrenamtliche.

*Kurzprotokoll der Sitzung unter:
www.bundestag.de/blob/479242/9d50e422f2f95c05f789ae10e21d4020/26_sitzung_kurzprotokoll_oeff-data.pdf*

Aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen

Publikationen

- Baumann, J., Mika, T., Vogel, C., & Weick, S. (2016). Geringe Rente und hohes Altersarmutsrisiko bei Spätaussiedlern: Analysen mit Daten der Rentenversicherung und des Mikrozensus. *Informationsdienst Soziale Indikatoren* (56), S. 1–4.
Online: www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/isi/isi-56.pdf.
- Kausmann, C. (2016). Regionale Unterschiede des freiwilligen Engagements in vierzehn gesellschaftlichen Bereichen (DZA Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: www.dza.de/informationsdienste/fact-sheets.html
- Mahne, K. (2016). Zwischen Enkelglück und (Groß-) Elternpflicht – Großelternschaft im Spiegel des Deutschen Alterssurvey. *Informationsdienst Altersfragen*, 43(3), S. 3–10.
- Nowossadeck, S. (2016). Gesundheitszustand älterer Menschen in Europa (DZA Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: www.dza.de/informationsdienste/fact-sheets.html
- Simonson, J., Vogel, C., & Tesch-Römer, C. (2016). Offene Fragen der Engagementforschung. *BBE-Newsletter* (14).
Online: www.b-b-e.de/fileadmin/inhalte/aktuelles/2016/07/newsletter-14-simonson-vogel-tesch-roemer.pdf.
- Tesch-Römer, C., Weber, C., & Weibel, H. (2016). Nutzung des Internets durch Menschen in der zweiten Lebenshälfte (DZA-Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Online: www.dza.de/informationsdienste/fact-sheets.html

Demografische und soziale Aspekte von Pflegebedürftigkeit

Vortrag von Dr. Rainer Unger am 3.11. im Rahmen der DZA-Vortragsreihe

Es wurden demografische Aspekte von Pflegebedürftigkeit vorgestellt, wie beispielsweise die individuelle Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit und der Wandel der Lebenserwartung in und frei von Pflegebedürftigkeit. Soziale Einflüsse auf Pflegebedürftigkeit, wie beispielsweise des Einkommens oder von

Netzwerken sowie regionale Unterschiede wurden behandelt. Darüber hinaus wurden Gründe für diese Entwicklung dargestellt, ihre Bedeutung für den steigenden Pflegebedarf diskutiert, sowie Schlussfolgerungen für den Wandel der Pflegedauern gezogen. Die Folien der Präsentation sind online abrufbar:

www.dza.de/uploads/media/Praesentation_Unger_03.11.2016.pdf

In eigener Sache

Mit diesem Heft wird das Erscheinen des Informationsdienst Altersfragen aufgrund einer veränderten Schwerpunktsetzung in der Arbeit des Instituts eingestellt. Für unsere Leserinnen und Leser stehen jedoch in der Zukunft neben den Publikationen des Instituts in Zeitschriften und Büchern sowie den Berichten der am Institut angesiedelten Surveys folgende Informationsdienste kostenfrei online zur Verfügung:

Der Report Altersdaten ist eine themenzentrierte Publikation der Sozialberichterstattung, die auf einer breiten Datengrundlage basiert und seit dem Jahr 2005 etwa dreimal im Jahr erscheint.

Ab 2017 wird neu die Reihe DZA-Aktuell erscheinen. DZA-Aktuell basiert in erster Linie auf den Daten des Deutschen Alterssurvey (DEAS) bzw. des Freiwilligensurveys (FWS) und behandelt eine aktuelle Fragestellung. Pro Jahr sollen 4 Hefte erscheinen (Umfang 8–12 Seiten).

Wir danken allen unseren bisherigen Leserinnen und Lesern und wünschen allen frohe Weihnachten und alles Gute für das nächste Jahr.

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

A 20690