

10. Empfehlungen

Einleitung

Die Empfehlungen dieses Siebten Berichts zur Lage der älteren Generation in Deutschland zielen darauf ab, die Teilhabe alter Menschen am gesellschaftlichen Leben zu sichern sowie Sorge und Mitverantwortung in einer alternden Gesellschaft auf eine breite Basis zu stellen. Die Empfehlungen richten sich vor allem an Bund, Länder und Kommunen, denn nur in diesem Dreiklang lassen sich die Herausforderungen, die mit diesem Ziel verbunden sind, bewältigen.

Den Ausgangspunkt des vorliegenden Berichts bildet zum einen die besondere Verantwortung der Kommunen für die Sicherung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge, wie sie sich nicht erst aus spezialgesetzlichen Regelungen, sondern im Grundsatz bereits aus dem Sozialstaatsprinzip sowie dem Selbstverwaltungsrecht der Kommunen ableitet. Zum anderen gilt das Subsidiaritätsprinzip als ein verbindlicher ordnungspolitischer Grundsatz, aus dem sich die Forderung nach der Stärkung kommunaler Mitbestimmungs- und Gestaltungskompetenzen ebenso ableiten lässt wie die Forderung nach vermehrter Bürgerbeteiligung, Selbstbestimmung und Teilhabe im Alter. Eine weitere wesentliche Argumentationslinie des vorliegenden Altenberichts bildet die Heterogenität des Alters, wobei insbesondere vor dem Hintergrund sozialer Ungleichheiten und regionaler Disparitäten argumentiert wird. Anhand dessen werden in diesem Bericht drei für die Lebenssituation älterer Menschen zentrale Bereiche behandelt: Gesundheitliche Versorgung, Sorge und Pflege sowie Wohnung und Wohnumfeld.

Grundlage für die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen sind die einzelnen Kapitel des Altenberichts. Die Empfehlungen sind thematisch gebündelt. Sie setzen sich zusammen aus jeweils einem Leitsatz und einer Argumentationslinie aus den Referenzkapiteln. Entsprechend dem Aufbau des Berichts werden zunächst allgemeinere Empfehlungen zu Fragen der Daseinsvorsorge und Subsidiarität getroffen. In einem weiteren Schritt werden Empfehlungen aus den empirischen Analysen zu sozialer Ungleichheit und sozialräumlichen Unterschieden abgeleitet. Im Mittelpunkt stehen Empfehlungen, die sich aus den Kapiteln zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie zur Gestaltung von Wohnung und Wohnumfeld ergeben. Schließlich werden querschnittliche Empfehlungen für eine Politik für und mit älteren Menschen formuliert.

Daseinsvorsorge: Von der Formel zur kommunalen Befähigung

- 1. Die Daseinsvorsorge soll Grundlagen für ein Leben aller Generationen in Selbstbestimmung und Teilhabe schaffen. Die Kommunen haben im Rahmen des verfassungsrechtlich abgesicherten Sozialstaatsprinzips und ihres Selbstverwaltungsrechts eine besondere Verantwortung für die Sicherung und Ausgestaltung der Daseinsvorsorge und damit für die Rahmenbedingungen, welche die Existenzsicherung und ein gesundes Leben in der Gemeinschaft ermöglichen.**

Daseinsvorsorge ist ein deskriptiver Begriff ohne rechtlich verbindlichen Regelungsgehalt. Eine unmittelbare Handlungspflicht für die Kommune lässt sich nur dort ableiten, wo Verpflichtungen zu und Ansprüche auf Leistungen der Daseinsvorsorge spezialgesetzlich geregelt sind. Er bleibt trotzdem bedeutsam als ein mit rechtlichem Gehalt ausgestatteter politischer Programmsatz. Die Funktion der Daseinsvorsorge ist die Stärkung der Person und benachteiligter Gruppen sowie die Befähigung zu einer eigenständigen Lebensführung und gesellschaftlicher Teilhabe.

- 2. Daseinsvorsorge soll in Form und Art auf ihre Funktionen und Ergebnisse ausgerichtet sein. Dabei sind die Wechselwirkungen zwischen einzelnen Bereichen und Leistungen zu berücksichtigen. In Bezug auf ältere Menschen ist es das Ziel der Daseinsvorsorge, eine hohe Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten.**

Güter und Dienstleistungen der Daseinsvorsorge sind Mittel zum Zweck und nicht Selbstzweck. Sie haben eine Zielrichtung und müssen Wirkungen entfalten. Die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge soll von den beabsichtigten Zielen und Wirkungen und den dazu erforderlichen Rahmenbedingungen sowie den technischen, organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten abgeleitet werden.

3. Daseinsvorsorge soll gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern betrachtet, geplant und gestaltet werden.

Die Gewährleistung einer hohen Lebensqualität und gesellschaftlicher Teilhabe im Alter verlangt ein Mitspracherecht aller Bürgerinnen und Bürger bei der Ausgestaltung der dafür nötigen institutionellen Rahmenbedingungen. Entscheidungen über die Bedeutung und die Ausgestaltung der Daseinsvorsorgebereiche sind deshalb in einem demokratisch zu legitimierenden Willensprozess zwischen Bürgerinnen und Bürgern, Gesetzgeber und Verwaltung zu treffen. Staat, Kommunen, Wirtschaftsunternehmen sowie Bürgerinnen und Bürger wirken in vielen Bereichen der Daseinsvorsorge nebeneinander (z. B. bei der Gesundheitsversorgung, der Pflege oder der Mobilität), im Idealfall *miteinander*.

4. Die Aufgabe der Kommunen im Rahmen der Koproduktion von Daseinsvorsorge ist zu großen Teilen Management, Vernetzung und Ermöglichung. Bund und Länder müssen dafür die Kommunen mit den nötigen Kompetenzen ausstatten und die rechtlichen, finanziellen und institutionellen Rahmenbedingungen schaffen.

Die Bedingungen zum Leben und zur Lebensqualität im Alter werden in erster Linie vor Ort, in den Kommunen, Quartieren und Dörfern gestaltet. In einzelnen Bereichen wie zum Beispiel der Gesundheitsversorgung, der Pflege oder bei der Organisation der Mobilität geschieht dies gemeinschaftlich in Koproduktion durch Kommune, Wohlfahrtsverbände, Wirtschaft und Zivilgesellschaft. Die Kommunen haben die besondere Verantwortung, dies zu ermöglichen, Akteure und Institutionen zu vernetzen, Qualitäten zu garantieren und Mitbestimmung zu sichern.

5. Um nachhaltige Strukturen für koproduktive Daseinsvorsorge zu entwickeln und zu erhalten, genügen zeitlich befristete Projektfinanzierungen nicht. Vielmehr bedarf es einer strukturellen, dauerhaft angelegten Förderung.

Dies ist auf Bundes- und Landesebene rechtlich verbindlich zu regeln. Im Hinblick auf eine Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen haben sich in den letzten Jahren sowohl bestimmte Konzepte und Vorgehensweisen als auch der Aufbau zukunftsfähiger Vernetzungs- und Kooperationsstrukturen (Care und Case Management) auf kommunaler Ebene bewährt. Erfolgreiche Programme müssen nun verstetigt und verbreitet werden.

6. Räumliche Disparitäten und soziale Ungleichheit in der alternden Gesellschaft sind bei der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge zu berücksichtigen.

Die technischen, organisatorischen und sozialen Rahmenbedingungen für das Leben im Alter unterscheiden sich erheblich zwischen den Regionen. Insbesondere in den dünn besiedelten und strukturschwachen ländlichen Regionen, aber auch in prekären urbanen Quartieren wird es schwieriger, mit herkömmlichen Mitteln die Tragfähigkeit der Einrichtungen der Daseinsvorsorge zu sichern. Soziale und räumliche Vielfalt und Ungleichheiten erfordern solidarische und differenzierte Wege und Strategien der kommunalen Daseinsvorsorge.

Subsidiarität als Ordnungsrahmen für lokale Strukturen und Netzwerke wiederentdecken

7. Das Prinzip der Subsidiarität ist die Grundlage für den Aufbau und die Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Ein modernes Subsidiaritätsverständnis sieht den Staat in der Vorleistungspflicht, Bedingungen zu erhalten und zu fördern, in denen sich die Verantwortung in kleinen Lebenskreisen wirksam gestalten lässt.

Eine auf dem Subsidiaritätsprinzip gründende Stärkung der Kommunen darf allerdings nicht dazu führen, dass je nach Kommune völlig unterschiedliche Lebensverhältnisse entstehen oder stabilisiert werden. Die Verhältnisse, unter denen älter werdende Menschen in unterschiedlichen Kommunen leben, müssen nicht gleich, aber doch gleichwertig sein.

8. Die Neukonzeptionierung des Subsidiaritätsprinzips zielt auf eine neu ausbalancierte Architektur der sozialen Unterstützungssysteme in Deutschland.

Die bisher nebeneinander stehenden Einrichtungen der Betreuung und Versorgung älterer Menschen müssen neu vernetzt werden, sodass Ressourcen gebündelt werden. Dabei geht es um Verantwortungsteilung und Aushandlung für eine passfähige Unterstützung und Hilfe. Die Kommunen müssen die Verfügbarkeit und Vernetzung der Dienste ermöglichen und sichern. Eine sozialintegrierte Versorgung erfordert ein strategisches Umdenken der zentralen Akteure und neue Kooperationen, die praxisnah erprobt werden müssen.

9. Vernetzte Versorgungskonzepte sind die Bedingung dafür, dass sich Sorgestrukturen im Sinne kleiner Lebenskreise (weiter-)entwickeln können. Die Selbstorganisations- und Sorgefähigkeit der kleinen Lebenskreise, der Familienangehörigen, Nachbarinnen und Nachbarn, Bekannten und bürgerschaftlich engagierten Frauen und Männer ist zu würdigen, zu stärken und in neuen Formen zu initiieren.

Die örtlichen sozialen Netze sind auf die Unterstützung durch die Sozialleistungsträger und die Kommune angewiesen, wenn sie ihre Sorgefähigkeit erhalten wollen und wenn die auf Unterstützung angewiesenen Personen kompetent, zuverlässig und unter Wahrung der Menschenrechte begleitet werden sollen.

10. Mit Blick auf die Verwirklichung einer Sorgeskultur reicht es nicht, ältere Menschen vorwiegend oder gar ausschließlich als „Umsorgte“ zu verstehen, sie sind vielmehr auch als „Sorgeleistende“, die sich in einer mitverantwortlichen Haltung anderen Menschen zuwenden wollen und zuwenden, zu betrachten.

Es sind gerade ältere Frauen in Familien und Nachbarschaften, die den größten Anteil an Sorgeaufgaben für Andere übernehmen – für andere Ältere, aber auch in nennenswertem Umfang für Kinder und Enkelkinder. Es ist zudem zu beobachten, dass bis in das hohe Lebensalter das Motiv besteht, *für* andere Menschen zu sorgen und sich im Sinne einer mitverantwortlichen Haltung zur Welt *um* andere Menschen zu sorgen.

Ungleichheiten in der alternden Gesellschaft

11. Alter(n)spolitik muss die Ungleichheiten in Deutschland aktiv aufgreifen.

In den Strategien der Kommunen, der Länder und des Bundes, in denen auf den demografischen Wandel reagiert werden muss, sind soziale Ungleichheiten nach dem sozioökonomischen Status, dem Geschlecht, der ethnischen Zugehörigkeit, dem Grad der Behinderung und der sexuellen Orientierung in einer Weise zu berücksichtigen, die Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhang befördert und individuelle Notlagen verhindert. Dies gilt besonders für gesundheitspolitische, pflegepolitische, wohnpolitische, stadt- und raumpolitische sowie arbeitsmarktpolitische Handlungsfelder.

12. Der wachsenden Altersarmut und ihren Auswirkungen ist auf allen Ebenen – des Bundes, der Länder und der Kommunen – entgegenzuwirken.

Armut im Alter stellt eine besonders vulnerable Situation dar. Sie ist im Regelfall nicht mehr umkehrbar. Bei abnehmender physischer und psychischer Widerstandsfähigkeit und zunehmenden Einschränkungen entsteht insbesondere bei sozial benachteiligten Älteren eine Situation erhöhter Vulnerabilität. Es ist ein deutlicher Anstieg der Altersarmut in den kommenden Jahren und Jahrzehnten zu erwarten, insbesondere bei Geringverdienenden mit längeren Phasen von Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit, bei Älteren mit Migrationshintergrund, bei alleinlebenden alten Frauen sowie bei chronisch kranken Menschen. Langfristig ist der Altersarmut über eine Gestaltung der Arbeitsmärkte und Beschäftigungsformen zu begegnen.

13. Zugänge zu Leistungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung müssen gerecht sein und der Diversität in der Gesellschaft entsprechend gestaltet werden. Verantwortlich sind Kranken- und Pflegekassen, Leistungsanbieter der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Gesetzgeber für entsprechende Richtlinien und Gesetze.

Derzeit bestehen in vielen Versorgungsbereichen Ungerechtigkeiten im Zugang und in der Verteilung von Dienstleistungen und Gütern. Benachteiligte alte Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, mit Migrationshintergrund, mit gleichgeschlechtlicher sexueller Orientierung oder mit lebenslanger Behinderung müssen im Rahmen der Pflegeversicherung bei gleicher Beeinträchtigung die gleiche Chance auf die Anerkennung ihres Unterstützungsbedarfes haben. Auch der bedarfsgerechte Zugang zu medizinischer Versorgung ist sicherzustellen. Ebenso ist hinsichtlich der Erbringung ambulanter und stationärer medizinischer und pflegerischer Leistungen für die Entwicklung und Sicherung diversitätsfreundlicher Strukturen und Kompetenzen Sorge zu tragen. Soziokulturelle Unterschiede beziehungsweise besondere Bedarfe sind zu respektieren und müssen in den Versorgungsprozessen berücksichtigt werden.

14. Kommunen sollen eine sozialraumbezogene Alter(n)spolitik gestalten, die auch soziale Ungleichheiten ausdrücklich berücksichtigt.

Eine sozialraumbezogene kommunale Alternspolitik zeichnet sich durch eine kleinräumige Organisation von Maßnahmen aus und basiert auf Prinzipien, Verfahren und Methoden partizipativer Prozess- und Projektsteuerung. Dabei ist das Wohnquartier in städtischen wie ländlichen Kontexten als Handlungsebene zu stärken. Zivilgesellschaftliche Netzwerke unterschiedlicher sozialer Milieus benötigen auf Nachbarschaftsebene Unterstützung, zum Beispiel durch Formen eines Quartiermanagements, das die Diversität der älteren Bevölkerung und ihre spezifischen Potenziale einbezieht.

15. Bund und Länder sollen Bedingungen für eine gendergerechte Verteilung von Sorgearbeit schaffen, sowohl im professionellen als auch im informellen Kontext.

Insbesondere in den Pflegeberufen müssen attraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen entwickelt werden, damit qualifizierte Frauen und Männer sich für die Arbeit in der Pflege entscheiden. Die Vereinbarkeit von Sorgearbeit und Erwerbstätigkeit soll für Frauen wie für Männer und für alle Arbeitsbereiche selbstverständlich werden. Dafür müssen Anreize und Anreize für Sorgearbeit vereinbar mit beruflicher Tätigkeit geschlechtsunabhängig in einer Weise ausgestaltet werden, dass durch die Sorgearbeit für Kinder, beeinträchtigte Erwachsene und Ältere keine Karriereeinbußen mehr verbunden sind und dass auch Männer diese Aufgaben gleichberechtigt wahrnehmen. Gesetzgebung und politische Programme sollten den Karriere- und Versorgungsnighteilen, die Frauen und Männern durch Sorgetätigkeit entstehen, entgegenwirken.

Regionale Disparitäten und die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland erkennen

16. Politische und gesellschaftliche Akteure sollen regionale Unterschiede bei der demografischen Alterung, den damit verbundenen spezifischen Herausforderungen, der wirtschaftlichen Situation sowie der Infrastrukturausstattung beachten.

Alle politischen und gesellschaftlichen Akteure – Bund, Länder, Kommunen, Verbände, Wirtschaft und Zivilgesellschaft – müssen sich auf die Folgen der demografischen Alterung einrichten. Allerdings gibt es große regionale Unterschiede in der demografischen Alterung und den daraus folgenden Herausforderungen und Problemlagen. Zudem gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Wirtschaftskraft und der Infrastrukturausstattung. Geschwindigkeit und Ausmaß der demografischen Alterung unterscheiden sich erheblich, und es gibt deutliche Hinweise dafür, dass Prozesse der demografischen Alterung und der wirtschaftlichen Entwicklung miteinander verknüpft sind. Um eine Abwärtsspirale in der Entwicklung betroffener Regionen zu verhindern, ist gemeinsames Handeln aller politischen und gesellschaftlichen Akteure notwendig.

17. Bund und Länder sollen geeignete Strategien für wirtschaftlich und strukturell schwächere Regionen entwickeln.

Viele Kommunen sind gut gerüstet, um den Herausforderungen der demografischen Alterung zu begegnen. Deutlich problematischer ist dagegen die Situation in Regionen mit starken strukturellen Defiziten. Das Augenmerk von Bund und Ländern soll in erster Linie diesen wirtschaftlich und strukturell schwächeren Regionen gelten. Die Entwicklung von Strategien auf Bundes- und Landesebene für wirtschaftlich und strukturell schwächere Regionen ist die Voraussetzung auch dafür, dass auf kommunaler Ebene angemessene alterpolitische Maßnahmen umgesetzt werden können.

18. Engagement, Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfepotenziale alter Menschen dürfen nicht als selbstverständliche Gegebenheit betrachtet werden. Es gilt, sie auf kommunaler Ebene zu unterstützen, gerade in Regionen mit strukturellen Defiziten.

Freiwilliges Engagement und Selbsthilfepotenziale aller gesellschaftlichen Gruppen werden in Zukunft auch bei der Bewältigung jener Herausforderungen eine Rolle spielen, die demografische Alterungsprozesse mit sich bringen. Dabei spielen Engagement und Selbsthilfepotenziale älterer Menschen eine wichtige Rolle. Appelle zur Selbsthilfe und Selbstversorgung sind allerdings gerade in jenen Regionen wenig hilfreich, deren Engagement und Selbsthilfepotenziale aufgrund ungünstiger wirtschaftlicher und demografischer Rahmenbedingungen schwächer ausgeprägt sind.

19. Die Datenbasis für kleinere räumliche Einheiten soll verbessert werden. Dies ist die Voraussetzung für die systematische Erfassung und langfristige Beobachtung dieser räumlichen Ebene.

Der weitaus überwiegende Teil der Datenbasis der laufenden Raumbewertung in Deutschland liegt auf Ebene der (Land-)Kreise und kreisfreien Städte vor. Für eine langfristige Beobachtung (Monitoring) auf Ebene der Gemeinden sind Umfang und Tiefe der verfügbaren räumlichen Indikatoren nicht geeignet. Die für wichtige Aspekte räumlicher Planung notwendigen Informationen auf Ebene kleinerer räumlicher Einheiten (Quartiere, Gemeindeteile) liegen nur vereinzelt und häufig nur in Form von Forschungsdaten vor. Bund und Länder sollen die schon bestehenden Möglichkeiten nutzen und die Entwicklung eines Indikatoren-Systems vorantreiben, das das langfristige Monitoring auf kleinräumiger Ebene von Gemeinden (bzw. Gemeindeteilen) ermöglicht.

Gesundheitliche Versorgung präventiv ausrichten und wohnortnah sicherstellen**20. Die Mitwirkung der Kommunen an der Fortschreibung und Weiterentwicklung der haus- und fachärztlichen wie auch der klinisch-stationären Versorgungsstrukturen ist gesetzlich zu sichern. Die Kommunen sollen eine leistungsfähige, patientennahe ambulante und stationäre Versorgung mit Blick auf die Autonomie und Teilhabe alter Menschen sicherstellen können. Bei der Planung der gesundheitlichen Versorgung sind durch kleinere Planungsgebiete die örtlichen Besonderheiten stärker zu berücksichtigen.**

Der Sicherstellungsauftrag für die stationäre Versorgung soll weiterhin bei der Kommune liegen. Es ist zu prüfen, inwieweit der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung ebenfalls den Kommunen übertragen werden kann. Zumindest sollte eine verantwortliche Mitwirkung der Kommunen gesetzlich vorgeschrieben werden. Insbesondere müssen Kommunen stärker in Planungsprozesse und in die Planungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung einbezogen werden (Bedarfsplanung, Ärzterwerb, Standortmarketing, Entwicklung von Aktionsplänen bei drohenden Praxisschließungen zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen) und die Planungen müssen interkommunal erfolgen.

Für die Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter ist die patientennahe haus- und fachärztliche Versorgung von großer Bedeutung; zudem ist ein klinisch-stationäres Versorgungsangebot mit ausreichender altersmedizinischer Expertise notwendig. Hier ist der Gestaltungsauftrag, aber auch die Gestaltungskompetenz der Kommune angesprochen. Kommunen müssen nicht nur innovative Strategien entwickeln, um Haus- und Fachärzte für die Niederlassung in ihrer Region zu gewinnen, sie müssen auch mit entsprechenden Kompetenzen ausgestattet werden, ein Versorgungsangebot fortzuschreiben und systematisch weiterzuentwickeln. Aus diesem Grunde müssen Kommunen Partner von Kassenärztlichen Vereinigungen und

Krankenkassen werden. Da die Zielvorgabe einer wohnortnahen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen häufig räumlich weiter gefasst wird als von den Kommunen, sollte vom Gesetzgeber eine verbindliche Definition von Wohnortnähe, die auf den Sozialraum der Bürger Bezug nimmt, vorgeschrieben werden. Im Hinblick auf die stationären Versorgungsangebote ist die enge Kooperation mit den Ländern notwendig. Schließlich ist bei der Fortschreibung und Weiterentwicklung der Abbau von Barrieren gegen eine intersektorale Versorgung anzustreben.

21. Der Aufbau von Hausarztzentren oder lokalen Gesundheitszentren mit integrierten Versorgungskonzepten ist zu fördern. Dazu sind Modelle der Delegation, der Substitution und der Telemedizin weiterzuentwickeln.

Das bestehende Gesundheitssystem mit der allgemein- und fachärztlich ambulanten Versorgung auf der einen Seite und mit der Krankenhausversorgung auf der anderen Seite ist der demografischen Entwicklung nicht angemessen. Das Gesundheitssystem muss mit dem Ziel verstärkter Kooperationen weiterentwickelt werden, unter Einbeziehung der Kommunen. In diesem Zusammenhang werden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) als ein erfolgsversprechendes Modell angesehen (gestaffelte ambulante und stationäre ärztliche Tätigkeit eines Arztes, neue Arbeitszeitmodelle, andere Vertragsgestaltung und Kooperationen). Ab dem 1. Juli 2015 dürfen Kommunen MVZ gründen und betreiben. Damit ist eine neue regionale Verantwortung der kommunalen Gemeinschaft verbunden, die schrittweise ausgebaut werden kann. Die Erreichbarkeit der Gesundheitsangebote ist in die Versorgungsplanung (ÖPNV) einzubeziehen.

22. Für junge Ärztinnen und Ärzte sind mehr Anreize zu schaffen, sich in strukturschwachen ländlichen Gebieten niederzulassen.

Es ist zu prüfen, inwieweit der Zugang zum Medizinstudium für diejenigen erleichtert werden kann, die sich dazu verpflichten, nach dem Studium für eine gewisse Zeit in einem ländlichen Raum zu praktizieren.

Die hausärztliche Versorgung in ländlichen Regionen wird zunehmend mehr von Ärztinnen und Ärzten geleistet, die gerne Beruf und Familie verbinden möchten. Viele dieser Frauen und Männer scheuen die herkömmlichen Arbeitsbedingungen in einer hausärztlichen Praxis auf dem Lande (sie bevorzugen etwa Angestelltenverhältnisse, Teilzeitarbeit und planbare Arbeitszeiten). Die Kommunen müssen deshalb überlegen, was sie dazu beitragen können, die Arbeitsbedingungen auch für Ärztinnen und Ärzte attraktiv zu gestalten. Die diesbezüglichen Vorschläge des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sollten umgesetzt werden.

23. Die gesundheitliche Versorgung muss sich an den verschiedenartigen Versorgungsbedarfen und Versorgungsbedürfnissen alter Menschen orientieren, wobei die unterschiedlichen Lebenslagen und kulturellen Milieus zu berücksichtigen sind.

Die große Heterogenität der Gruppe alter Menschen – sowohl hinsichtlich individueller Lebensstile, Potenziale und Risiken als auch hinsichtlich der Lebenslagen und kulturellen Milieus – wird in der medizinischen Versorgung nicht ausreichend beachtet. Dies gilt zum einen für den Prozess der Diagnostik und Therapie, dies gilt aber auch für die Zugänglichkeit des medizinischen Versorgungssystems und für die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Die Kompetenz zu einer personenorientierten, lebenslagen- und kultursensiblen Ansprache von Patientinnen und Patienten soll bereits ein wesentliches Ausbildungsziel des Medizinstudiums bilden.

24. Mitwirkung und Mitbestimmung alter Menschen sowohl bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien als auch im gesamten individuellen Behandlungsprozess sind zu stärken. Altersmedizinische Expertise muss zum Standard ambulanter und stationärer Versorgung gehören.

Gerade die Tatsache hochkomplexer Krankheits- und Symptombilder sowie möglicher funktionaler Einbußen im hohen Alter erfordert die deutlich stärkere Patientenmitwirkung bei der Entwicklung von medizinischen Standards und Leitlinien wie auch bei der Definition individueller Therapie- und Rehabilitationsziele und ihrer Umsetzung. Zudem ist zu konstatieren, dass die umfassende geriatrische Expertise (einschließlich gerontopsychiatrischer und -neurologischer Expertise) längst noch nicht zum Standard medizinischer Versorgung gehört.

25. Fachliche und ethische Standards dürfen nicht einer offenen oder verdeckten Rationierung zum Opfer fallen. Dies gilt für alle Patientengruppen. Bei aller Notwendigkeit, die medizinische Versorgung wirtschaftlich zu gestalten, ist einer Ökonomisierung der Medizin auch mit Blick auf die Therapie und Rehabilitation alter Menschen entgegenzuwirken.

Die ausreichenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem sind so zu verteilen, dass auch die fachlich angemessene Behandlung alter Menschen sichergestellt ist. Zudem ist zu bedenken, dass eine DRG-getriebene Medizin vielfach den Versorgungsbedarfen und -bedürfnissen alter Menschen nicht gerecht wird. Zudem ist bei Entscheidungen hinsichtlich der rehabilitativen und palliativen Versorgung alter Menschen nicht selten eine primäre Orientierung an ökonomischen Gesichtspunkten erkennbar. Die offene oder verdeckte Rationierung birgt die Gefahr eines Verstoßes gegen fundamentale Patientenrechte und gegen die Menschenwürde.

26. Präventions- und Rehabilitationsangebote sind auch für alte Menschen auszubauen. Ebenso ist auf eine flächendeckende – ambulante wie stationäre – Palliativversorgung hinzuwirken.

Der Präventionsgedanke auch mit Blick auf die Erhaltung von Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe im hohen Alter ist in Deutschland bei Weitem nicht umgesetzt. Gleiches gilt für die Rehabilitation. Damit bleiben die auch im Alter bestehenden Präventions- und Rehabilitationspotenziale ungenutzt. Angesichts des im hohen Lebensalter deutlich steigenden Risikos chronisch progredienter Erkrankungen und zunehmender Gebrechlichkeit sollten die verschiedenen Komponenten der Rehabilitation (mobile, ambulante und stationäre Rehabilitation) und der Palliation (ambulante und stationäre Palliation) im Kontext gesundheitlicher Versorgung ein sehr viel größeres Gewicht besitzen. Dabei ist besonderes Augenmerk auch auf die fachlich und ethisch fundierte Versorgung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu richten.

27. In den Kommunen sind vermehrt Sozialraum- und lebensweltorientierte Angebote zur Gesundheitsförderung und primären Prävention zu implementieren.

Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention müssen in stärkerem Maße lebensweltorientiert gestaltet werden. Diese Aufgabe lässt sich am besten lösen, wenn Bildungs-, Sport-, ambulante Rehabilitationseinrichtungen, Sozial- und Pflegedienste sowie Hausärzte enger kooperieren, um praxisorientierte Gesundheits- und Präventionskonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die auf den Lebensstil sowie auf die Lebenslage des Individuums zugeschnitten sind. Unter dieser Zielsetzung ist die Etablierung von regionalen Gesundheits- und Pflegekonferenzen sinnvoll. Hier sollten die Kommunen eine koordinierende Funktion wahrnehmen. Zudem sind – gemeinsam mit den Zielgruppen – in städtischen und dörflichen Wohnquartieren Maßnahmen zur Verbesserung der gebauten und sozialen Umwelt zu entwickeln, die Selbstständigkeit, Autonomie und Teilhabe fördern.

Wenn Kommunen in die gesundheitliche Prävention investieren, profitieren derzeit nicht sie selbst davon, wenn Ausgaben für kurative medizinische Behandlungen eingespart werden, sondern die Kranken- und Pflegekassen. Die Strukturen sollten so verändert werden, dass diejenigen Akteure, die von einer gesünderen Bevölkerung finanziell profitieren, auch an den Kosten für die Präventionsmaßnahmen beteiligt werden.

Sorge und Pflege in gemeinsamer Verantwortung

- 28. Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der bundes- und landespolitischen Rahmenbedingungen für die Unterstützung auf Pflege angewiesener Menschen ist Teilhabe wesentlich stärker als bislang zu berücksichtigen. Das gilt auch nach der Einführung eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffes.**

Pflege soll gemeinsam mit anderen Professionen zur Ermöglichung und Sicherung eines guten Lebens beitragen. Sie baut dabei auf koproduktiven Formen von Unterstützungsarrangements auf, in denen sich familiäre Sorge, gesellschaftliche Mitverantwortung und Assistenzleistungen ergänzen.

- 29. Den Kommunen sind (zunächst optional) Aufgaben der Pflegekassen im Rahmen des Care und Case Managements zu übertragen.**

Eingebunden in die kommunale Planung und in Kooperation mit den Pflegekassen sollten die Kommunen diese Aufgaben federführend koordinieren, um eine wohnortnahe Beratungs- und Case-Managementstruktur zu gewährleisten und diese mit der Vernetzung der Akteure und der Weiterentwicklung der Infrastruktur zu verbinden (Care Management).

- 30. Tragfähige Sorgearrangements leben von einem Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen. Segmentierte Hilfen sind zu überwinden, es muss in wohlfahrtspluralistische Hilfearrangements investiert werden.**

Das Ineinandergreifen von familiären, nachbarschaftlichen, beruflichen, professionellen und freiwilligen Formen der Hilfe – unter Einbeziehung lebensdienlicher Technik – bildet die Grundlage für einen tragfähigen, Teilhabe fördernden und ökonomischen Hilfe-Mix.

- 31. Eine konzertierte regionale Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik, flankiert durch bundes- und landesrechtliche Rahmenbedingungen, hat die Aufgabe, Menschen für Pflege- und Hauswirtschaftsberufe zu gewinnen und sie in diesen Berufen zu halten.**

Der Bedarf an Beschäftigten in der Langzeitversorgung insbesondere alter Menschen – von Fachkräften und anderen beruflich Tätigen – steigt. So wird der Bedarf an Assistenzleistungen heute überwiegend in den zumeist illegalen Beschäftigungsverhältnissen osteuropäischer Pflegekräfte gedeckt. Für die nächsten Jahre wird ein erheblicher Beschäftigtenmangel prognostiziert – mit regionalen Unterschieden. Quantitativ wird neben dem Fachkräftebedarf (Gesundheitsberufe) insbesondere der Bedarf an Assistenzleistungen (Hauswirtschaft, persönliche Assistenz) zunehmen. Ein breit angelegtes Berufsgruppenkonzept mit horizontaler und vertikaler Durchlässigkeit ist in der Lage, jenseits klassischer Pflegeberufe Beschäftigte zu gewinnen und zu halten. Konzertierte Bemühungen von Arbeitgebern mit Blick auf attraktive Arbeitsbedingungen und von Tarifpartnern mit Blick auf gute Bezahlung gehören zu den notwendigen Bausteinen einer zukunftsorientierten Personalpolitik.

Von der Wohnungspolitik zur Wohnpolitik

- 32. Bund, Länder und Kommunen sollen die Voraussetzungen dafür verbessern, dass alte Menschen möglichst lange selbstständig zu Hause leben können, und dies auch im Falle gesundheitlicher Einschränkungen.**

Möglichst lange selbstständig in den eigenen vier Wänden zu leben, ist der dominierende Wunsch der Älteren in Deutschland. Bei einer wachsenden Zahl an Älteren wächst damit auch der Bedarf an Barrierefreiheit in der Wohnung und im Wohnumfeld, an Assistenzsystemen sowie an unterstützenden Dienstleistungen. Die lokale Politik soll darauf hinwirken, soziale Netzwerke zu fördern und aufzubauen, in denen Familienangehörige und bürgerschaftlich Engagierte, unterstützt durch professionelle Dienste, Verantwortung für alte Menschen übernehmen. Kommunen sollen mit den notwendigen Kompetenzen und Ressourcen ausgestattet werden, sodass sie die notwendige Unterstützung dieser Netzwerke auch leisten können.

33. Der sozialräumlichen Polarisierung von Wohnstandorten durch sich stark ändernde Einkommensstrukturen einerseits und steigende Miet- und Immobilienpreise andererseits soll durch geeignete Instrumente der Wohnungspolitik entgegengewirkt werden.

Je nach kommunaler Ausgangslage können dies zum Beispiel soziale Milieuschutzsatzungen, soziale Bodennutzung, verstärkte Förderung des sozialen Wohnungsneubaus, Erwerb von Belegungsbindungen im Bestand, Förderung genossenschaftlicher Wohnformen und der barrierefreien oder -armen Umgestaltung des genossenschaftlichen Bestandes sein.

34. Bund, Länder und Kommunen sollen integrierte Quartiers- und Dorfentwicklung künftig stärker an einer generationengerechten Ausstattung und einer wohnortnahen Versorgung ausrichten.

Quartiere sind eine wesentliche Handlungsebene für die zukunftsorientierte Wohnversorgung älterer Menschen. Sie sind die räumlichen und sozialen Bezugspunkte für die Menschen, die dort leben. Ihre Größe und Ausgestaltung ist je nach kommunaler Ausgangslage unterschiedlich. Schon zur Bedarfsermittlung sollten frühzeitig alle relevanten Akteure im Quartier in die Entwicklung und Umsetzung quartiersorientierter Konzepte eingebunden werden.

Im sozialräumlichen Kontext sollen Begegnungsmöglichkeiten („Gelegenheitsstrukturen“) geschaffen werden. Beratungs- und Anlaufstellen sind als One-Stop-Angebote zu gestalten und sollten räumlich leicht erreichbar sein. Als Leitprogramm kann dabei das Programm „Soziale Stadt“ Ressourcen aus unterschiedlichen Politikbereichen bündeln und verfügbar machen.

35. Bei der Quartiers- und Dorfentwicklung muss die Kooperation der relevanten Akteure sichergestellt werden.

Eine zersplitterte Organisationsstruktur im Feld der altenbezogenen sozialen Dienste erschwert die Kooperation und Vernetzung der Akteure auf kommunaler Ebene („Wohlfahrtsmix“). Kommunale soziale Dienste, Wohnungswirtschaft und Wohlfahrtsverbände müssen kooperieren und zusammenwirken. Dies ist in benachteiligten Wohnquartieren von besonderer Bedeutung.

36. Bund und Länder sollen ihre Förderprogramme für einen altersgerechten Umbau von Wohnungen und des Wohnumfelds ausbauen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist von einem wachsenden Bedarf an barrierefreien und barrierearmen Wohnungen auszugehen. Es sind deshalb Anreize zu schaffen, damit ältere Menschen wie auch die Wohnungswirtschaft stärker in den Umbau zur Barrierereduzierung investieren und technische Angebote besser nutzen. Die Programme, die entsprechende Umbauten fördern, sollen ausgeweitet werden.

Die Anpassung der baulichen Struktur soll stärker in die Erneuerungsprogramme im Bestand einbezogen werden. Bestehende Förderprogramme sollen gesichert, ihr Umfang adäquat zur steigenden Nachfrage angehoben werden. Dabei sind gezielte Zuschüsse (etwa einkommensabhängig) für bestimmte Umbaumaßnahmen deutlich besser geeignet als die Vergabe zinsgünstiger Kredite, weil so neben Wohnungsunternehmen auch private Wohnungseigentümer und Mieter mit mittleren Einkommen zum Umbau motiviert werden können.

37. Technische Assistenzsysteme sollen für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sein. Einheitliche technische Standards müssen geschaffen werden. Technische Assistenzsysteme sollen in das Leistungsrecht der Kranken- und Pflegekassen aufgenommen werden.

Sicherheit und Unabhängigkeit im Alter können durch technische Assistenzsysteme verbessert werden. Die technologischen Grundlagen dafür, Wohnungen „intelligent“ zu machen, sind vorhanden. Einer breiten Umsetzung steht jedoch die mangelnde Zusammenarbeit der beteiligten Akteure entgegen, dazu zählen auch die Kostenträger wie etwa Kranken- und Pflegekassen. Alle Akteure, die am Aufbau integrierter, wohnquartiersbezogener Versorgungsstrategien beteiligt sind, sind aufgerufen, zusammenzuarbeiten und zu nachhaltigen Lösungen zu kommen. Die Anbieter von Technik sollen kooperieren, um bislang fehlende Standards zu entwickeln und die Interoperabilität von Systemen sicherzustellen.

Technische Unterstützungssysteme sind, ebenso wie mobilitätsfördernde Einbauten zur Erhöhung der Selbstständigkeit, in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung aufzunehmen und mit höheren Zuschüssen für förderfähige Hilfsmittel (Pflegehilfsmittelverzeichnis) zu versehen. Mit Blick auf die Finanzierung technischer Assistenzsysteme müssen zudem neue Konzepte erprobt werden, mit denen die Belastung für die Haushalte möglichst gering gehalten wird.

Es sind differenzierte, auf unterschiedliche Zielgruppen ausgerichtete Schulungsangebote notwendig, um die Akzeptanz technischer Unterstützungsangebote zu fördern. Die lebensweltliche Passfähigkeit der technischen Systeme soll partizipativ entwickelt und sichergestellt werden.

38. Für die Verbesserung und Sicherung der Mobilität alter Menschen sind von Bund, Ländern und Kommunen angemessene Strategien zu entwickeln.

Herkömmliche Mobilitätsangebote sind durch Unterstützungsangebote so zu ergänzen, dass lückenlos ineinandergreifende Mobilitätsketten entstehen, von der Wohnung bis zum konkreten Ziel. Dies kann durch neue Kombinationen von vorhandenen und ergänzenden Angeboten in der multimodalen Vernetzung geschehen. Je nach kommunaler Ausgangslage sind hier Fahrgemeinschaften, Mitfahrgelegenheiten, Busfahrten und Taxifahrten so zu kombinieren, dass Erreichbarkeit gegeben ist. Hierfür wird eine Vernetzung von digitalen Unterstützungssystemen des Ambient Assisted Living (AAL) in den Wohnungen mit Echtzeitdaten der Mobilitätsdienstleister an Bedeutung gewinnen.

39. In ländlichen Regionen ist die interkommunale Vernetzung besonders wichtig, um die Erreichbarkeit unterschiedlicher Angebote und Dienstleistungen zu sichern.

Länder und Gemeinden sind hier gefordert, integrierte Programme der Förderung zu entwickeln, die mit denen der Städtebauförderung und dem Bund-Länder-Gemeinden-Programm „Soziale Stadt“ gut zu vernetzen sind.

Stärkung der kommunalpolitischen Handlungsebenen für eine Politik mit älteren und für ältere Menschen

40. Die finanziellen Handlungsspielräume der Kommunen sollen mithilfe eines Daseinsvorsorgeprogramms von Bund und Ländern erweitert werden. Damit gilt es, die besondere Verantwortung der Kommunen für die Gewährleistung der Daseinsvorsorge und für ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben im Alter zu stärken.

Die Übernahme von mehr kommunaler Verantwortung für die Sicherung und den Umbau der Daseinsvorsorge vor Ort und die damit verbundene Koordinierung und Managementfunktion der Kommune kann nur gelingen, wenn die Handlungsfähigkeit und die finanziellen Möglichkeiten der Kommunen gestärkt werden. Neben einer zielgerichteten Ausgestaltung zweckgebundener Zuweisungen und bestehender Förderprogramme wird ein gesondertes Daseinsvorsorgeprogramm von Bund und Ländern vorgeschlagen. Die besondere Bedeutung des Umbaus und der Sicherung der Daseinsvorsorge in kommunaler Verantwortung für die Gesellschaft, um die Lebensbedingungen der Bürger zu verbessern, rechtfertigt eine gemeinsame Bund-Länder-Finanzierung. Denkbar ist eine Finanzierung im Zuge der Neuausrichtung des Solidarpakts II über eine neue Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge für strukturschwache Kommunen.

41. Im Sinne einer „verörtlichten Sozialpolitik“ ist den Kommunen größerer Einfluss bei der Ausgestaltung von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge einzuräumen. Dies gilt auch in den Feldern, in denen insbesondere die Sozialversicherungen inzwischen eine starke und dominierende Rolle einnehmen: Im Gesundheitswesen und in der Langzeitpflege.

Ohne an den gegliederten Systemen grundlegend etwas ändern zu wollen, gilt es, durch obligatorische Beteiligungsverfahren, Kooperationsverpflichtungen und die Zuweisung von Koordinationsaufgaben der Kommunen bei Planungsverfahren, den Kommunen für die im Querschnitt bedeutsamen altenpolitischen Fragen Kompetenzen und Ressourcen zuzuordnen.

- 42. Kommunen sind in ihrer Verantwortung und Fähigkeit zu unterstützen, den spezifischen Bedingungen und Herausforderungen der Sorge und Pflege vor Ort zu begegnen, Einfluss auf die Infrastrukturentwicklung zu nehmen und gemeinsam mit zivilgesellschaftlichen Akteuren wohnortnahe Sorgearrangements zu fördern.**

Zentrale Instrumente der Infrastrukturentwicklung, der Planung, der sozialräumlichen Entwicklung und Steuerung von Hilfen sollen auf kommunaler Ebene angesiedelt und sowohl kompetenzrechtlich als auch finanziell flankiert werden. Die Pflegekassen haben sich finanziell an der Entwicklung der entsprechenden Strukturen zu beteiligen. Kommunen müssen zu Nutznießern ihrer Investitionen in tragfähige Sorgestrukturen werden. Auf die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen⁷¹ in der Pflege ist zu drängen.

- 43. Die quartiersorientierten, integrativen Förderprogramme der Städtebauförderung und der ländlichen Entwicklung sollen stärker auf die besonderen Herausforderungen für das Leben im Alter in den Quartieren und Dörfern ausgerichtet und hierfür finanziell ausgebaut werden.**

Quartiere und Dörfer sind eine wesentliche Handlungsebene für Wohnen, Gesundheitsversorgung, Pflege und Nahversorgung, soziale Teilhabe und damit Lebensqualität alter Menschen. Die Kommunen müssen deshalb in die Lage versetzt werden, quartiersbezogene Konzepte zu entwickeln und umzusetzen. Solche Konzepte müssen ressortübergreifend durchgeführt werden. Schon zur Bedarfsermittlung sollten frühzeitig alle relevanten Akteure in die Entwicklung und Umsetzung eingebunden werden. Insbesondere die querschnittsorientierten Förderprogramme der Städtebauförderung („Soziale Stadt“, „Kleinere Städte und Gemeinden – überörtliche Zusammenarbeit und Netzwerke“) und der ländlichen Entwicklung über das ELER-Programm (Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums) sollen so gestaltet werden, dass sie die Entwicklung von Strukturen des Quartiers- und Dorfmanagements gezielt mit der investiven Förderung altengerechten Wohnraums und Wohnumfeldes sowie der Versorgung und Erreichbarkeit verbinden. Quartiersfonds können unterschiedliche Finanzierungsquellen bündeln und weitere Akteure mit einbeziehen und koordinieren.

- 44. In strukturschwachen Regionen und prekären urbanen Quartieren bedarf es einer zielgerichteten Unterstützung für die Gestaltung soziodemografischer Handlungsprozesse. Mit diesen Aufgaben dürfen strukturschwache Regionen nicht allein gelassen und Stadtquartiere nicht „abgehängt“ werden.**

Die Divergenz zwischen den Lebensbedingungen in Kommunen in Deutschland wird zunehmen. Für Bund und Länder wird es absehbar zu einer Daueraufgabe, Kommunen mit einer ungünstigen Ausgangssituation und ungünstigen Prognosen für den demografischen Wandel auf unterschiedliche Weise in ihren Transformationsprozessen zu unterstützen. Hierfür sind die unterschiedlichen Programme auf Bundes- und Landesebene („Soziale Stadt“, „Gemeinschaftsaufgabe Daseinsvorsorge“) zu nutzen. Dabei ist eine Flexibilisierung nationaler und europarechtlicher Standards für Felder der Daseinsvorsorge vorzusehen.

- 45. „Altenhilfestrukturen“ müssen gefördert, ausgebaut, verstetigt sowie gesetzlich flankiert werden. In einem Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen sollte eine Politik für aktive Teilhabe und Hilfen von älteren und für ältere Menschen zu einem kohärenten Politikansatz entwickelt werden. Die Bundesregierung ist aufgefordert, die kompetenzrechtlichen Voraussetzungen für ein solches Gesetzesvorhaben zu prüfen und zu klären.**

Von der Planung über die Vernetzung des Quartiers- oder Dorf-Managements bis hin zum Care und Case Management sind sektorenübergreifend Strukturen zu schaffen, die ein leistungsfähiges, effizientes und auf Grundsätzen des Wohlfahrtspluralismus beruhendes Unterstützungssystem von und für ältere Menschen gewährleisten. Bei der Vorbereitung eines Leitgesetzes zur Stärkung einer Politik für und mit älteren Menschen und bei der Prüfung der kompetenzrechtlichen Voraussetzungen kann auf die in den 1990er Jahren geführte Diskussion um ein Altenhilfestrukturengesetz zurückgegriffen werden.

⁷¹ Die Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe können unter <http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/E/Erklaerungen/BL-AG-Pflege-Gesamtpapier.pdf> heruntergeladen werden.

11. Literaturverzeichnis

- Abel, T., Abraham, A. und Sommerhalder, K. (2009): Kulturelles Kapital, kollektive Lebensstile und die soziale Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheit. In: M. Richter und K. Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 195-208.
- Abraham, J., Bauer, A., Fischer-Hirchert, U. H. P., Hahn, C. u. a. (2013): Technische Assistenzsysteme für das Alter – Möglichkeiten für den Umgang mit der demographischen Alterung. In: P. Pasternack und I. Maue (Hrsg.): *Lebensqualität entwickeln in schrumpfenden Regionen. Die Demographie-Expertisen der Wissenschaft in Sachsen-Anhalt*. Schriftenreihe Nr. 11. Wittenberg: Wissenschaftszentrum Sachsen-Anhalt, 152-155.
- Ackermann, K. und Gerlach, J. (2005): Planung des Verkehrsraums unter Berücksichtigung der Mobilität älterer Menschen. In: W. Echterhoff (Hrsg.): *Strategien zur Sicherung der Mobilität älterer Menschen*. Schriftenreihe Mobilität und Alter. Band 1. Köln: TÜV-Verlag, 135-154.
- Afentakis, A. (2009): Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. In: *STATmagazin*, 18.08.2009.
(https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/Gesundheit2009_08.html;jsessionid=2D21F92D94DB2136EC14DE152FBCFD77.cae2 [Zugriff am 30. September 2015]).
- AGP und HWA, Alter. Gesellschaft. Partizipation und Hans-Weinberger-Akademie (2014): *Herausforderung Pflege – Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege*. Abschlussbericht. Freiburg.
- Alber, J. (2005): Wer ist das schwache Geschlecht? Zur Sterblichkeit von Männern und Frauen innerhalb und außerhalb der Ehe. In: *Leviathan* 33 (1), 3-39.
- Alisch, M. (2012): Partizipation älterer Migrant/innen: Zur Vereinbarkeit von Selbstorganisation, Partizipation und politisch administrativer Planung. In: S. Weber, M. Göhlich, A. Schröer u. a. (Hrsg.): *Organisation und Partizipation: Beiträge der Kommission Organisationspädagogik*. Wiesbaden: Dordrecht Springer, 283-291.
- Alisch, M. (2013): *Älter werden im Quartier: Soziale Nachhaltigkeit durch Selbstorganisation und Teilhabe*. Kassel: Kassel University Press.
- Alisch, M. (2014): Sorgearbeit älterer Migrantinnen: Rekonstruktion doppelt unsichtbarer Careleistungen. In: M. Alisch und M. Ritter (Hrsg.): *Gender und Sozialraum. Sozialraumorganisation im Kontext der Geschlechterverhältnisse*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 169-189.
- Alisch, M. und Dangschat, J. S. (1998): *Armut und soziale Integration. Strategien sozialer Stadtentwicklung und lokaler Nachhaltigkeit*. Opladen: Leske und Budrich.
- Alisch, M. und May, M. (2013): Selbstorganisation und Selbsthilfe älterer Migranten. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 63 (4/5), 40-45.
- Alisch, M. und Ritter, M. (2015): Ohne Bürger geht es nicht. In: *Sozialwirtschaft* 25 (2), 14-16.
- Allenspach, M. (2013): Zur gesellschaftlichen Teilhabe fragiler und pflegedürftiger alter Menschen – eine Sozialraumanalyse in den St. Galler Quartieren St. Fiden und Krontal. In: *sozialraum.de* (1).
(<http://www.sozialraum.de/zur-gesellschaftlichen-teilhabe-fragiler-und-pflegeduerftiger-alter-menschen.php> [Zugriff am 01. Oktober 2015]).
- Alter und Soziales e. V. (2007): *Modellprogramm der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung gem. § 8 Abs. 3 SGB XI. Abschluss- und Ergebnisbericht 01.01. 2004 bis 30.06.2007 zu dem Modellprojekt „Evaluation der Effektivität und Effizienz eines integrierten Versorgungssystems für ältere hilfe- und pflegebedürftige Menschen am Beispiel der Pflege- und Wohnberatung in Ahlen“*. Ahlen.
(http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/evaluation/Gesamtbericht_VDAK_Ahlen_2004_bis_2007.pdf [Zugriff am 16. Juni 2015]).