



## Armut im Alter



Altersarmut“ eine eigene Überschrift gewidmet hat. Darunter heißt es: „Wir verschließen die Augen nicht davor, dass durch veränderte wirtschaftliche und demografische Strukturen in

Zukunft die Gefahr einer ansteigenden Altersarmut besteht.“ Darüber, wie Altersarmut aber verhindert werden kann, wird in Politik und Gesellschaft kräftig gestritten, selten kommen dabei die armen Alten selbst zu Wort. Im Beitrag ab S. 24 berichtet Brigitte Paetow, die Vorsitzende des Landesseniorenbeirates von Mecklenburg-Vorpommern, aus einem der „ärmeren“ Bundesländer über die Ergebnisse mehrerer Workshops, in denen nicht nur die Betroffenen im Rahmen des Europäischen Projekts „INCLUSage – Debating older people’s needs“ (siehe Beitrag ab S. 20) Gehör erhielten, sondern auch eine Stimme, indem einige Forderungen an Politik und Gesellschaft gestellt wurden.

Stichwort Europa: 2010 hat die Europäische Union zum „Europäischen Jahr gegen Armut und soziale Ausgrenzung“ (EJ2010) ausgerufen. Das Interesse an dem Thema belegt auch die Flut von über 800 Projektanträgen, die allein in Deutschland beim dafür verantwortlichen Bundesministerium für Arbeit und Soziales eingegangen sind und die um die von Bund und EU-Kommission zur Verfügung gestellten Mittel in Höhe von 1,25 Millionen Euro konkurrieren. Leider gibt das Ministerium derzeit noch keine Auskunft darüber, wie viele der Anträge mit dem Thema „Alter“ verknüpft sind.

Dass Alter bisher eher „randständig mit Armut verknüpft ist“, sagt Michaela Hofmann, die stellvertretende Sprecherin der Nationalen Armutskonferenz (nak), die sich 1991 als deutsche Sektion des Europäischen Armutsnetzwerkes gegründet hat und in der die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, bundesweit tätiger Fachverbände und Selbsthilfeorganisationen und des Deutschen Gewerkschaftsbundes

Zu Recht wird immer wieder eingefordert, das Altersbild vom hilfe- und pflegebedürftigen Menschen zu revidieren. Doch es gibt eben auch nicht nur aktive und fitte oder wohlhabende Alte. Die Bevölkerungsgruppe der alten Menschen ist so vielschichtig wie die anderer Altersklassen. Das heißt, es gibt sie eben, die „armen“ alten Menschen, um die es im Titelthema dieser PROALTER-Ausgabe geht – und viele warnen: Es wird immer mehr von ihnen geben. Hier zeichnet sich jedoch auch schon ein erstes Problem ab: Wenn man die Diskussion um dieses Thema eröffnet, stolpert man zuerst über die Frage: Was heißt eigentlich arm? Es gibt keine einheitliche Definition von Armut und auch die Forschungen über Armut und Alter mit all ihren Zusammenhängen und Auswirkungen auf Gesundheit, Pflegebedürftigkeit oder soziale Teilhabe der Betroffenen bzw. der Einfluss dieser Faktoren auf das Zustandekommen von Armut sind längst noch nicht abgeschlossen – wie es auch die Beiträge in dieser Ausgabe zeigen. Doch absehbar ist, dass mit den demografischen Veränderungen in unserer Gesellschaft wohl auch der Anteil älterer Menschen steigen wird, der (zunehmend) von Armut betroffen ist. Davon geht jedenfalls auch die neue Bundesregierung aus, die in ihrem Koalitionsvertrag unter dem Kapitel „Rente“ dem „Kampf gegen

Fotos: Photocase/  
Cyadonna;  
iStockphoto

zusammengeschlossen sind. Auch bei den drei Themenschwerpunkten des Europäischen Jahres 2010 – „Kinderarmut“, „Integration in den Arbeitsmarkt“ und „Teilhabe aller Menschen“ – sei die „Altersarmut“ ja auch nicht explizit mit dabei. „Doch allein, wenn man beispielsweise den Rentenanspruch von ALG-II-Empfängern betrachtet, der derzeit monatlich bei nur rund zwei Euro liegt, dann kann man sich doch ausrechnen, dass wir das Thema ‚Armut im Alter‘ lieber jetzt schon stärker in den Vordergrund rücken sollten“, so Hofmann.

Das Europäische Jahr 2010 startet am 21. Januar 2010 mit einer europäischen Auftaktveranstaltung in Madrid. Die nationale Auftaktveranstaltung am 25. Februar wird in Berlin stattfinden. Weitere Informationen im Internet unter: [www.mit-neuem-mut.de](http://www.mit-neuem-mut.de).

Mit neuem Mut.

2010

Europäisches Jahr

zur Bekämpfung von

Armut und

sozialer Ausgrenzung

Der Geschäftsführer des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Dr. Peter Michell-Auli, weist in dem KDA-Expertengespräch ab S. 17 darauf hin, dass, wenn man Armut entgegenwirken wolle, bei diesem Thema noch viel stärker die Rolle der Sozialhilfe untersucht werden sollte. Denn es gelte herauszufinden, bei welchen Dimensionen von Armut die Sozialhilfe wirken kann und ob unser derzeitiges Verteilungssystem ausreichend ist. „Ein Meilenstein wäre es auch, endlich die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs

zu wagen und im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festzuschreiben, damit das Leistungsrecht darauf angepasst werden kann“, so Michell-Auli. Er weist auch zusammen mit der KDA-Sozialwissenschaftlerin Ursula Kremer-Preiß darauf hin, dass es wichtig ist, das Umfeld bei Armut im Alter immer auch durch eine professionelle Begleitung zu organisieren. „Denn gerade, wenn alte Menschen nicht genügend finanzielle Mittel haben, um ausreichend professionelle Hilfeleistungen einzukaufen, ist es umso wichtiger, dass die allseits geforderte stärkere Vernetzung, Kooperation und Einbindung des Ehrenamts, wie wir es zum Beispiel auch in den Quartieren sehen, systematischer unterstützt und gefördert werden als bisher“, so Kremer-Preiß.

Ein besonderes Armutsrisiko ist und bleibt natürlich auch immer die Pflegebedürftigkeit. Darauf weisen nicht nur die KDA-Experten, sondern auch der Pflegewissenschaftler Dr. Andreas Büscher im Interview ab S. 28 sowie Dr. Antje Richter von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und der Akademie für Sozialmedizin hin. Die ausgewiesene Armutsexpertin gibt im folgenden Artikel einen Überblick über die Zusammenhänge von Alter, Armut und Gesundheit. Mit der Randgruppe der „Obdachlosen“, die zweifelsohne am untersten Rand der Gesellschaft leben, endet unser Titelthema und zeigt an zwei Beispielen auf, dass auch diese Menschen, wenn sie alt geworden sind, noch gesellschaftlich integriert werden können. „Es ist höchste Zeit, über Altersarmut zu sprechen.“ Diesem Aufruf von Dr. Antje Richter ist nichts hinzuzufügen. ■ Harald Raabe

## Armut, Alter und Gesundheit heute

### „Das Problem ist der graue Alltag ...“

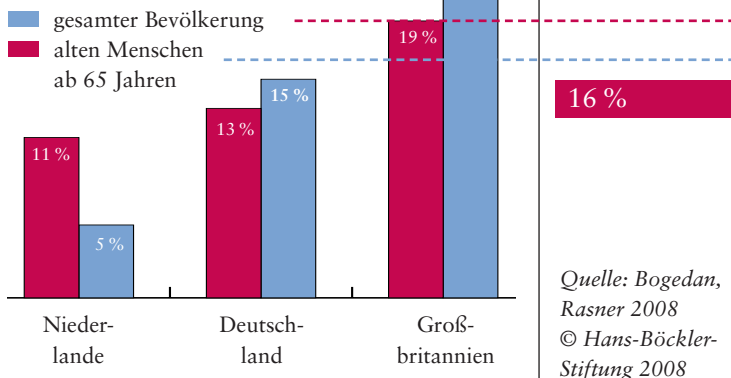
Es gibt genügend Gründe, über Altersarmut in Deutschland zu sprechen. Ein Blick in die wenigen verfügbaren Statistiken zeigt, wie dringend notwendig eine öffentliche Diskussion dieses Themas ist: Bereits 2004 lag die Altersarmut bei 15 Prozent (siehe Abbildung 1, S. 8), betraf damit mehr als jeden fünften Menschen über 65 Jahren und lag zwei Prozent über der Armutsquote für die deutsche Gesamtbevölkerung. Schon im 5. Bericht zur Lage der älteren Generation in Deutschland stellte die zuständige Sach-

verständigenkommission fest, dass sich die zukünftige Einkommenslage der Älteren auf Grund ökonomischer und politischer Entwicklungen deutlich von der jetzigen unterscheiden wird. Diese Veränderung, so lautete ihre Prognose, wird alle Bereiche umfassen, d. h. sowohl das Niveau und die Verteilung der Einkommen als auch die Zusammensetzung der Einkommen nach Einkunftsarten.

Internationale Institutionen wie die EU oder die OECD erwarten künftig eine zunehmende

**Abb. 1: Altersarmut in Deutschland: noch unter dem EU-Durchschnitt**

Vergleich der Armutsquoten im Jahr 2004 unter ...



Altersarmut in Deutschland und beziehen sich dabei unter anderem auf den Anteil der Niedrigeinkommen. Deutschland liege bei den Renten für Geringverdiener unter den 30 OECD-Ländern an letzter Stelle, hieß es in der bereits im Juni 2007 veröffentlichten OECD-Vergleichsstudie. Anfang 2008 hat sich die OECD dann nochmals zu Wort gemeldet und mehr private Vorsorge zur Sicherung eines armutsfesten Alters gefordert. In derselben Angelegenheit äußerte sich kürzlich auch Herbert Rische als Chef der Deutschen Rentenversicherung in der „Rheinischen Post“. Er bewertete die zunehmende Ausweitung des Niedriglohnsektors als kritisch und mahnte bei der Bundesregierung ein umfassendes Konzept gegen Altersarmut an.

### Einkommensungleichheit und die Folgen

Einkommensungleichheit besteht eben auch unter den Älteren, und es gibt sie schon heute. Von einer Armutsquote, die doppelt so hoch ist wie die der Gesamtbevölkerung, sind momentan alleinlebende Frauen und Hochaltrige betroffen, was eng mit ihrer Erwerbsbiographie, mit Kindererziehungszeiten und sonstigen Versorgungsleistungen von Frauen dieser Generationen zusammenhängt. Momentan stellt diese Gruppe nur eine Minderheit dar, doch zukünftig hat die Hälfte aller heute erwerbstätigen Frauen Ansprüche unter 683 Euro zu erwarten. Die niedrigsten Rentenansprüche im nationalen Vergleich werden Frauen in der Region Weser-Ems mit durchschnittlich 652 Euro im Monat ha-

ben, sofern man den Berechnungen des Instituts für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft der Universität Freiburg folgt, die im Auftrag einer Versicherungsgesellschaft erstellt wurden.

Auch der Rentenexperte Schmähl, bis vor kurzem Lehrender an der Universität Bremen, ist davon überzeugt, dass sich die verschlechterte Arbeitsmarktlage bereits heute auf die Rentenhöhen auswirkt. Schon 2004 gab es seinen Äußerungen zufolge Abschlüsse durch früheren Renteneintritt wegen Arbeitslosigkeit oder Altersteilzeit von im Durchschnitt 14 Prozent (175 Euro/Monat) sowie ein durchschnittliches Rentenniveau für Geringverdiener (bis netto 900 Euro/Monat), das bei 506 Euro im Monat liegt. Künftig sind seiner Ansicht nach noch weiter reichende Einschnitte zu erwarten. Schmähl berechnete, dass im Jahr 2030 – unter Berücksichtigung der vorgesehenen stufenweisen Anhebung des abschlagsfreien Rentenalters von 65 auf 67 Jahre – nicht nur wie heute etwa 25, sondern rund 37 Beitragsjahre (also 37 Entgeltpunkte) zur Armutsvermeidung im Alter erforderlich sind. Er sagt dazu: „Die neue Alterssicherungspolitik hat tiefgreifende Folgen sowohl für die Einkommenslage und Einkommensverteilung im Alter als auch für den Charakter der gesetzlichen Rentenversicherung. (...) Wer über den gesamten Versicherungsverlauf betrachtet unterdurchschnittlich verdiente – der Regelfall z. B. bei Frauen –, wird bei einem Lohnniveau von etwas über 80 Prozent des Durchschnitts bereits 45 Jahre Beiträge zahlen müssen, um eine Rente in Höhe der armutsvermeidenden Sozialhilfe zu erhalten, auf die im Übrigen auch ohne jede Vorleistung Anspruch besteht.“

Riedmüller und Willert, die für die Hans-Böckler-Stiftung Vorschläge für eine Mindestsicherung im Alter erarbeitet haben, sehen Armutsrisiken für Geringverdiener ohne eine lückenlose Erwerbsbiografie, für Teilzeitkräfte sowie für alle mit längeren Phasen von Arbeitslosigkeit voraus. Daher schlussfolgern sie in ihrem Gutachten: „Die bisherigen Konzepte zur Mindestsicherung treffen nicht die Bedürfnislage dieser Gruppen. Ausgeschlossen sind ausgerechnet die Menschen mit dem höchsten Armutsrisiko. Auch die zumeist weiblichen Teilzeitkräfte werden leer ausgehen.“

Der Vorsorgetatlas, den Bernd Raffelhüschen vom bereits erwähnten Institut der Uni

Freiburg erstellt hat, belegt darüber hinaus große regionale Unterschiede in den Rentenhöhen. Seinen Angaben zufolge erhalten schon heute in großen Teilen von Sachsen-Anhalt, Thüringen, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen besonders viele Ältere, d.h. Männer wie Frauen, Renten von weniger als 820 Euro im Monat.

Zwar zahlt die Arbeitslosenversicherung Beiträge in die Rentenkasse, doch das nur in äußerst bescheidenem Umfang. Ein ALG-II-Bezieher (Hartz IV) erwirbt je Monat gerade mal einen Rentenanspruch von 2,19 Euro. Da in Ostdeutschland ein durchschnittlicher Erwerbstätiger Phasen von bis zu zehn Jahren Arbeitslosigkeit durchläuft, sieht Ute Klammer von der Uni Duisburg-Essen eine absehbare Rückkehr der Altersarmut besonders in Ostdeutschland und nennt als Ursachen die Veränderungen in Erwerbsbiografien und niedrige Verdienste in Kombination mit den Rentenreformen vergangener Jahre.

Darüber hinaus sind besonders hohe Armutsquoten bei älteren Migrantinnen und Migranten zu finden. Sie haben während der Erwerbszeiten weitaus geringere Einkünfte als Nicht-Migranten und sie beziehen bis zu sechsmal häufiger im Alter (ergänzende) Sozialleistungen. Besonders hart trifft es wiederum alleinstehende, ältere Frauen.

Grundsätzlich kann man sagen, dass Frauen in Deutschland nach wie vor vom Alterseinkommen ihres Mannes abhängig sind und damit Altersarmut auch als Folge einer Familienpolitik anzusehen ist, die vor allem auf die Berufstätigkeit des Mannes setzte.

### Armutschwellen und Einkommensgrenzen

Begriffe wie Armutsschwelle, -grenze oder -quote lassen einen exakten Wert in Euro und Cent zur Bestimmung von Armut erwarten. Diesen Wert gibt es tatsächlich und er bemisst sich an der 60-Prozent-Einkommensgrenze – einem Konzept der Europäischen Union, das für alle EU-Länder gilt. Einkommensarm ist nach dieser Definition, wer weniger als 60 Prozent des durchschnittlichen Einkommens der Gesamtbevölkerung zur Verfügung hat. Weitere Bemessungsgrundlagen sind der Bezug von Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) oder Sozialgeld.

Nach dieser Berechnungsmethode leben Alleinstehende in Armut, wenn sie weniger als 781 Euro im Monat zur Verfügung haben. Die Armutsschwelle für einen Zwei-Personen-Haushalt liegt entsprechend bei 1.328 Euro pro Monat (siehe Kasten).

Niedrige Löhne, Mini-Jobs sowie die anhaltend hohen Arbeitslosigkeitsquoten werden al-

### Armut und Statistik

Statistiker verweisen auf Schwächen in den einzelnen Erhebungsmethoden, mit denen man zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich des Durchschnittseinkommens der Bevölkerung und damit zu unterschiedlich hohen Armutsbemessungsgrenzen kommt. Grundlage auch für den 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung ist der Wert auf Datenbasis der EU-SILC. Demnach leben 13 Prozent der deutschen Bevölkerung in Armut. Damit hat die Bundesregierung die Datenbasis gewählt, die die niedrigste Armutsquote zum Ergebnis hat.

**Tabelle: Armutsrisikoschwellen, Armutsrisikoquoten und Stichprobengrößen nach Datenquellen**

Datenbasis	Armutsrisikoschwelle (60 % des mittleren Netto- äquivalenzeinkommens)	Armutsrisikoquote	Stichprobengröße (erfasste Haushalte)
EU-SILC 2006	781 Euro	13 %	13.800
EVS 2003	980 Euro	14 %	53.400
Mikrozensus 2005	736 Euro	15 %	322.700
SOEP 2006	880 Euro	18 %	11.500

Quelle: 3. Armuts- und Reichtumsbericht 2008, S. 31

so zukünftig die materielle Armut im Alter steigern. Verschärfend wirkt noch der allgemeine Anstieg der Einkommensungleichheit, der im wieder vereinigten Deutschland spätestens seit 1999 ungebrochen wirkt (siehe Abbildung 2).

Ebenfalls situationsverschärfend wirken die demografische Entwicklung und gesellschaftliche Veränderungen wie die Zersiedelung von Familien und Veränderungen von Familienformen. Der Ruf nach Flexibilität und nahezu unbegrenzter Verfügbarkeit des Einzelnen für den Arbeitsmarkt hinterlässt dabei krasse Spuren. In vielen Regionen wird aufgrund des allgemeinen Bevölkerungsrückgangs langfristig ein deutlicher Abbau von Infrastrukturen, z. B. im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, der Freizeitaktivitäten, Einkaufsmöglichkeiten und des öffentlichen Nahverkehrs erfolgen oder ist auch bereits erfolgt. Viele ältere Menschen – vor allem in ländlichen Regionen – sind davon aufgrund ihrer eingeschränkten Mobilität besonders stark betroffen. Gleichzeitig werden durch niedrigere Geburtenraten oder räumliche Distanz zu den Angehörigen weniger familiäre Netzwerke zur Unterstützung im Alltag zur Verfügung stehen.

### Die Perspektive der Professionellen

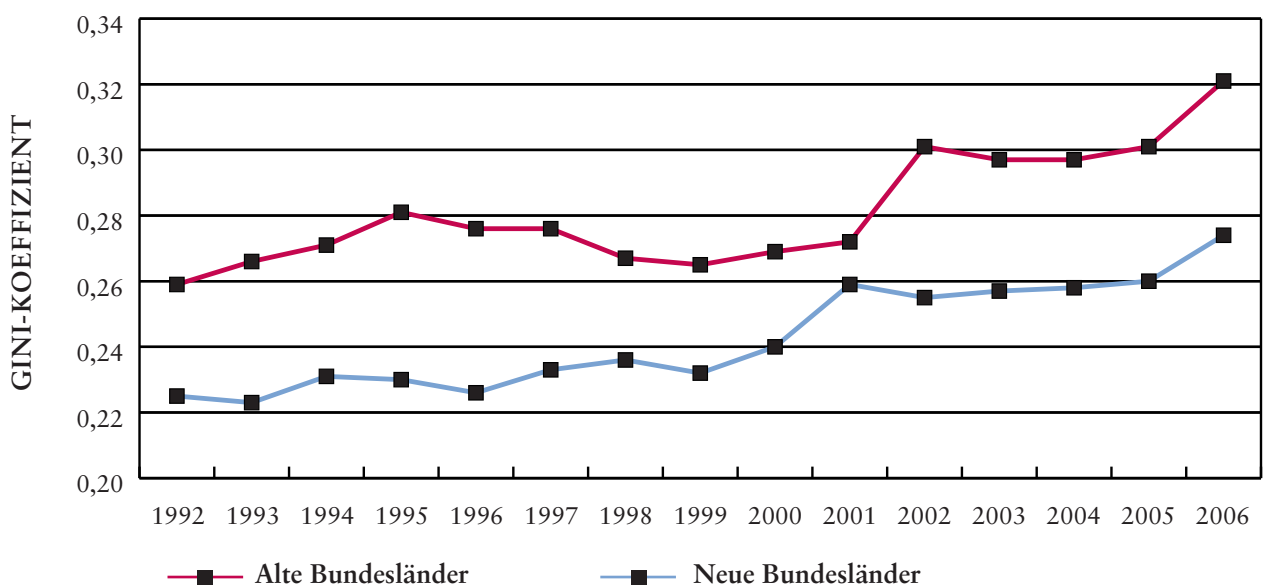
Während das Thema Altersarmut bislang höchstens in speziellen Fachpublikationen behandelt

wurde, streitet man neuerdings in Politik und Medien sogar öffentlich darüber. Im Vordergrund steht dann vor allem die Höhe des monatlichen Einkommens. An der Basis der sozialen und gesundheitlichen Versorgung von Älteren, d. h. bei sozialen Einrichtungen, Pflegediensten, sozialpsychiatrischen Diensten, in der Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit oder der ehrenamtlichen Arbeit, weiß man jedoch längst sicher, worüber dort noch gestritten wird: Unter den älteren Menschen ist Armut längst keine Einzelercheinung mehr und sie scheint auch kein vorübergehendes Phänomen zu sein. Sie existiert trotz staatlicher Hilfen wie der Grundversicherung und findet eher im Verborgenen statt.

Man kennt die Risikogruppen, zu denen neben Niedrigeinkommensbezieherinnen und Menschen mit fragmentierten Erwerbsbiografien schon seit längerem chronisch Kranke, Menschen mit Behinderungen, psychisch Kranke, Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen, ältere Migrantinnen und Migranten oder auch Mitglieder sozialer Randgruppen, wie z. B. Wohnungslose, gehören.

Unstrittig ist in diesem Expertenkreis, dass eine alleinige Betrachtung der finanziellen und materiellen Lage dieser älteren Menschen nicht genügend über die tatsächliche Lebenssituation aussagt. Man ist sich dort sicher und weiß, Armut führt zu gesellschaftlicher Ausgrenzung. In der im Kasten dargestellten Definition von Armut nimmt dieses Merkmal eine zentrale Stellung ein.

Abbildung 2: Einkommens-Ungleichheit in Deutschland



Quelle: Grabka und Frick 2008

**Definition von Armut:**

*Armut schränkt die Handlungsspielräume des Menschen gravierend ein und schließt eine gleichberechtigte Teilhabe an den Aktivitäten und Lebensbedingungen der Gesellschaft aus. Armut hat immer Unterversorgung in wesentlichen Lebensbereichen zur Folge.*

Vor Ort weiß man auch, dass es Faktoren gibt, wie z. B. Krankheit und Pflegebedürftigkeit, die das Armutsrisiko auch bei prekärem Einkommen enorm erhöhen. Gesundheitszustand, soziale Integration, familiäre oder andere Netzwerke, die Unterstützung bieten, oder auch die Wohnsituation haben einen realen Einfluss auf die alltägliche Lebenssituation älterer Menschen und können die Folgen materieller Armut verstärken oder auch im günstigen Fall verringern. Bestätigt wurden diese Erkenntnisse durch eine Expertenbefragung aus Niedersachsen in 2007. Sie lieferte unter anderem die folgende allgemeine Einschätzung der Situation:

- Der Handlungsdruck wird stärker und es fehlen präventive Interventionen.
- Im Umgang mit Älteren werden mehr Zeitressourcen für den Vertrauensaufbau gebraucht.
- Eine Differenzierung zwischen älteren deutschstämmigen Menschen und älteren Migrantinnen/Migranten ist dringend erforderlich.
- Geschlechtliche Unterschiede werden bisher ungenügend beachtet.
- Der Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Armut ist spürbar.

**Armut wirklichkeitsnah erfassen**

Neben den bereits genannten Faktoren wirkt sich das subjektive Erleben von Armut auf die Lebenslage aus; d. h., entscheidend ist, wie die Lebenssituation und die eigenen Handlungsspielräume wahrgenommen werden. Stehen Gefühle von Ausgrenzung im Vordergrund, ist das zentrale Empfinden „nicht dazugehören“, „ganz unten zu sein“ und alle anderen „über sich“ zu sehen, dem im Alltag geringe Teilhabechancen und zunehmende soziale Isolierung entsprechen. Gefühle von persönlichem Versagen, Ohnmacht oder Hilflosigkeit sowie Schuld

und Schamgefühle werden gesteigert durch fehlende Perspektiven zur Veränderung der Situation. Sie belasten den Alltag, sind schwer zu bewältigen und können zu Demoralisierung und zu psychischen Erkrankungen führen.

Eine 74-jährige Frau fand treffende Worte für ihre Lage. Sie war sehr glücklich über ihren eigenen Garten und ihre Hühner, die ihr ein besseres Auskommen mit der Grundsicherung ermöglichten. Ausreichende Ernährung war damit kein drängendes Problem für sie. Ihre Schwierigkeiten lagen woanders, sie fühlte sich isoliert und ausgegrenzt, da sie an den Aktivitäten der anderen aus Geldmangel nicht partizipieren konnte. In ihrer ländlichen Region existierte auch keine Infrastruktur, die das hätte ausgleichen können. Die Verkehrsverbindungen waren schlecht und sie war nicht motorisiert. Ihre Misere beschrieb sie so: „Der graue Alltag – das Problem ist der graue Alltag. Es gibt keine Höhen und Tiefen und alles verläuft immer gleich. Das ganze Jahr und darüber hinaus auch. Ich könnte mir vielleicht sogar einmal eine Karte für ein Konzert von meinen Kindern schenken lassen, aber ich käme gar nicht dorthin. Vielleicht hätte ich noch das Geld für die Hinfahrt, aber ich käme nicht mehr zurück. Also bin ich immer hier.“

In der Armutsforschung ist dieses Phänomen – erhöhte Belastungen in verschiedenen Lebensbereichen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen – bekannt und wird durch spezielle Forschungsmethoden erfasst. Einfache Konzepte wie der sogenannte „Lebenslagenansatz“ können die individuelle Situation wirklicher als Armutsquoten und -zahlen darstellen, indem gezeigt wird, in welchen Lebensbereichen Unterversorgung vorliegt und worauf Prävention und Interventionen gerichtet werden müssen. So wird deutlich, wo die Probleme liegen und wo gegengesteuert werden muss. Wohnen, soziale Integration und Gesundheit sind Bereiche, die neben der finanziellen Situation entscheidend prägen, wie Armut erlebt wird und was zur Bewältigung der Situation erforderlich ist.

So lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu bleiben, überhaupt geeigneter Wohnraum, eine gute Alltagsversorgung erfordern ein gutes Netzwerk und soziale Unterstützung. Diese Voraussetzungen sind in prekärer Lage nicht selbstverständlich gegeben und erfordern ein entsprechend strukturstarkes Wohnumfeld.

Weitere Risiken liegen im Bereich Gesundheit, auch durch Zuzahlungen, Praxisgebühren, Kosten für Hilfs- und Heilmittel und nichtverschreibungspflichtige Medikamente als Folge der Gesundheitsreform. Damit sind für Ältere oft hohe finanzielle Belastungen verbunden, die durch Ausnahmeregelungen, wie die sogenannte „Chroniker-Regel“, nicht ausreichend aufgefangen werden. Auch Dienstleistungen, die wegen eines kleiner werdenden sozialen Netzwerks und zunehmender Beeinträchtigungen eingekauft werden müssen, treiben die monatlichen Ausgaben in die Höhe. Grund genug also, etwas ausführlicher auf diesen Zusammenhang einzugehen.

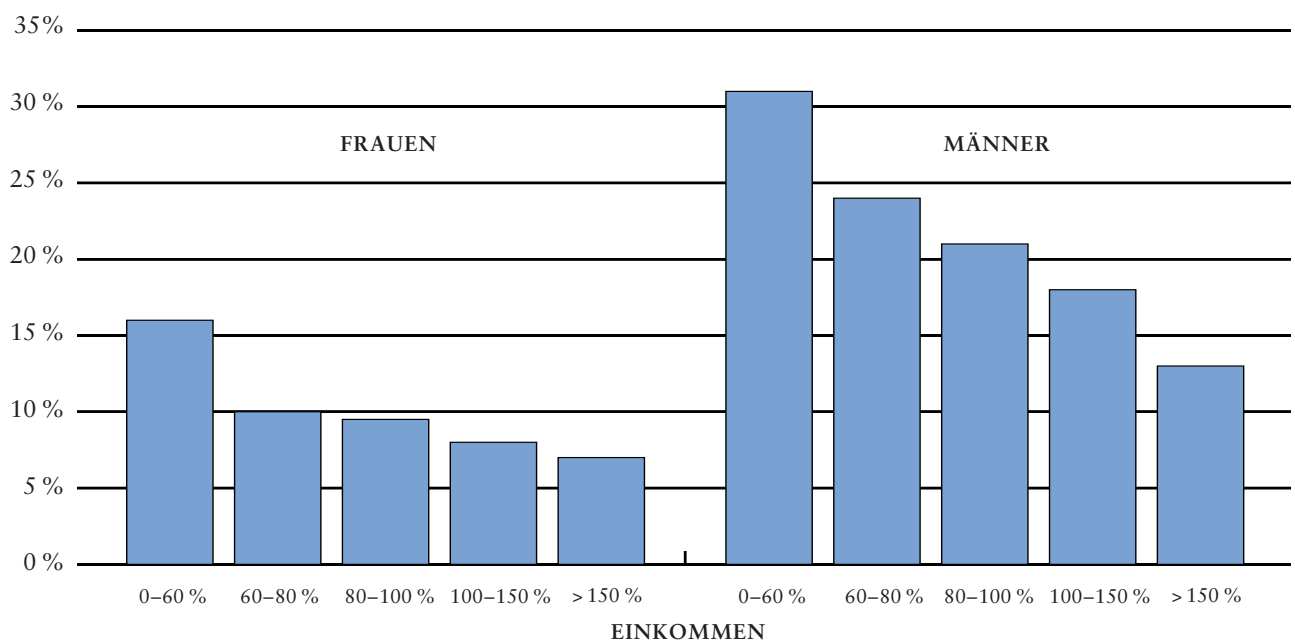
### Soziale Ungleichheit und Gesundheit

Soziale Ungleichheit führt über Unterschiede in gesundheitsrelevanten Faktoren, d. h. über Belastungen und Ressourcen, erreichbare gesundheitliche Versorgung, Gesundheitsverhalten etc., zu gesundheitlicher Ungleichheit und zu Unterschieden in Morbidität und Mortalität. Empirische Analysen belegen daher für Deutschland eine um mehr als zehn Jahre kürzere Lebenserwartung bei Männern und eine um mehr als acht Jahre kürzere Lebenserwartung bei Frauen der untersten Statusgruppe im Vergleich zur obersten.

Im Vergleich zur höchsten Einkommensgruppe sterben in der niedrigsten mehr als doppelt so viele Männer und Frauen, bevor sie das 65. Lebensjahr erreicht haben. Abbildung 3 verdeutlicht den Zusammenhang von vorzeitiger Sterblichkeit und sozialem Status.

Die Gründe dafür liegen, wie schon mehrfach erwähnt, in der sozialen Ungleichverteilung von Belastungen und Ressourcen, sowohl physischer wie auch psychischer Art (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, die die Gesundheit beeinträchtigt oder auch monotone Arbeitsabläufe, schwere körperliche Belastungen), sowie der niedrigeren Qualität der gesundheitlichen Versorgung (kürzere Konsultationen beim [Fach-]Arzt, längere Wartezeiten, weniger Arztbesuche aus Kostengründen etc.). Außerdem wirken Informations- und Wissensdefizite und ein entsprechendes Gesundheitsverhalten. Diese gesundheitliche Ungleichheit findet sich in allen Altersgruppen und manifestiert sich insbesondere im Alter. In *Gesundheit und Krankheit im Alter*, einem Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, wird der Zusammenhang von Gesundheits- und Sozialstatus im Alter ausführlicher beleuchtet. Die Abbildungen 4 und 5 stammen aus diesem Bericht und zeigen, dass Frauen ebenso wie Männer aus Bevölkerungsgruppen mit niedrigem sozialem Status einen deutlich schlechteren Gesundheitsstatus haben als andere.

Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit von Männern und Frauen vor einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen



Quelle: Sozio-ökonomisches Panel und Periodensterbetafel 1995–2005 [47]

Quelle: Robert Koch-Institut, Berlin 2009

Abbildung 4: Sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheitszustand nach sozialem Status, Alter und Geschlecht

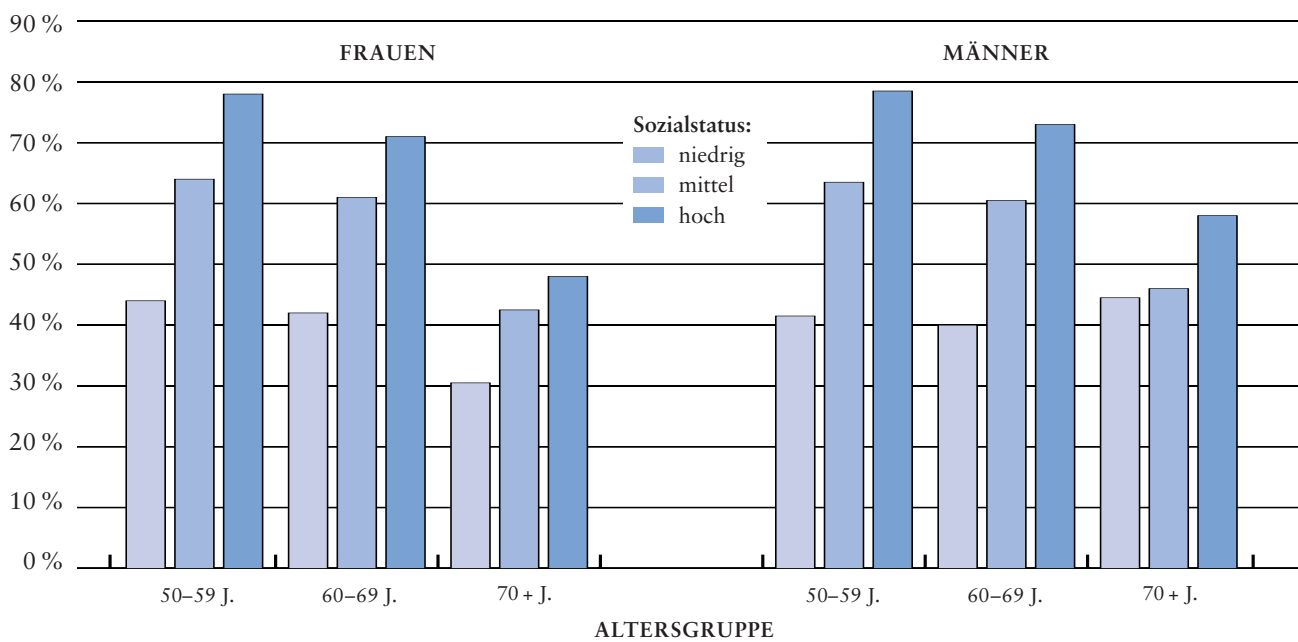
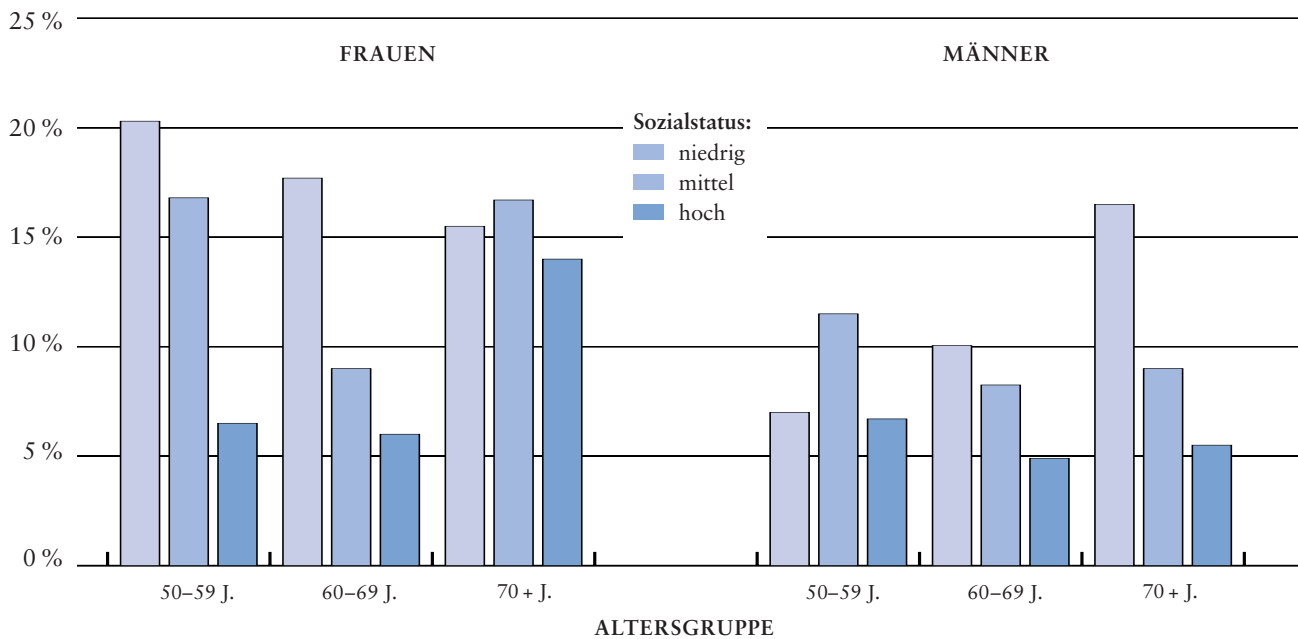


Abbildung 5: Auftreten starker oder sehr starker Schmerzen in den letzten vier Wochen nach sozialem Status, Alter und Geschlecht



### Pflegebedürftigkeit als besonderes Armutsrisiko

Als besonderes Armutsrisiko gilt außerdem die Pflegebedürftigkeit, durch die im Alter ein zunehmender Hilfebedarf entsteht, der vor allem alleinlebende Menschen überfordert, wenn kein

ausreichendes soziales Unterstützungsnetz verfügbar ist und Pflege durch ambulante Pflegedienste oder haushaltsnahe Dienstleistungen erbracht werden muss. Bei Menschen in prekären Lagen reicht das Einkommen, solange keine weiteren Rücklagen vorhanden sind, trotz der Bezüge durch die Pflegeversicherung häufig

nicht aus, um die anfallenden Kosten zu decken. Damit trifft die Verarmung häufig auch die pflegenden Angehörigen, die in ihrer Erwerbstätigkeit, wie in vielen anderen Bereichen auch, eingeschränkt sind.

Hinzu kommt, dass viele ältere Menschen – und in besonderem Maße sozial benachteiligte – nicht ausreichend über ihre Rechte aufgeklärt sind oder nicht über die notwendigen Informationen und Kompetenzen verfügen, um im Pflegefall adäquate Hilfe zu organisieren. Daher werden Unterstützungsleistungen zum Teil gar nicht oder erst sehr spät in Anspruch genommen. Dies betrifft neben der allgemeinen Beantragung von Pflegegeld im Bereich der häuslichen Pflege auch zusätzliche Sachleistungen, z. B. im Bereich der Wohnraumanpassung, die zu einer Verbesserung der Lebensqualität und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erheblich beitragen können.

Darüber, wie viele ältere Menschen aufgrund von Pflegebedürftigkeit unter prekären Bedingungen leben, gibt es derzeit keine Zahlen. Es lassen sich aber Annahmen über besondere Risikogruppen formulieren: Zum einen ist die Bereitschaft, die Pflege zu Hause zu übernehmen, in unteren Statusgruppen größer als in oberen. Zum anderen ist bei Männern ein höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit in unteren sozioökonomischen Positionen gegeben (zumindest in Stufe 1 und angeschwächt auch in Stufe 2). Darüber hinaus weiß man jedoch, dass im Allgemeinen ein höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit bei Frauen besteht. Hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen

und Migranten weiß man außerdem von Barrieren beim Zugang zur Regelversorgung sowie von einer höheren Quote der häuslichen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit. Damit sind gleichzeitig die Gruppen mit erhöhtem Armutsrisiko auch vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen.

Auf die finanziellen und humanen Folgen, die Pflegebedürftigkeit in Zukunft angesichts rückläufiger Alterseinkommen und sich verändernder Familienstrukturen individuell und gesellschaftlich haben wird, kann an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden. Sicher ist jedoch, dass neue Unterstützungsformen im Bereich der häuslichen Pflege gebraucht werden, einerseits, um älteren Menschen möglichst lange den Verbleib in der eigenen Wohnung als Voraussetzung für ein eigenverantwortliches, selbstbestimmtes und erfülltes Leben zu ermöglichen und andererseits, um Armut im Alter aufgrund von Pflegebedürftigkeit nicht zu einem Massenproblem werden zu lassen.

### Armutsprävention und Gesundheitsförderung in der Nachbarschaft

Der Ausbau präventiver und rehabilitativer Ansätze für ältere Menschen ist dringend erforderlich, um Gesundheit und Selbstständigkeit zu erhalten bzw. Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuschieben. Dieser Ausbau erfordert Engagement vor Ort, genauer gesagt auf kommunaler oder regionaler Ebene, und Maßnahmen, die nicht nur speziell auf die konkrete Situation vor Ort zugeschnitten sind, sondern auch sozial benachteiligte und bildungsungeübte Menschen erreichen. Das ist leichter dahingesagt als getan, und genau hier liegt die große Herausforderung für kommunale Akteure. Sie müssen nicht nur Infrastrukturen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung überdenken und anpassen oder Beratung und Fahrdienste, mobile Einkaufsmöglichkeiten und haushaltsnahe Dienstleistungen initiieren, was allein schon eine Riesenaufgabe darstellt. Ein erfolgreiches Konzept, das auch ältere Menschen in prekären Lagen erreicht, muss darüber hinausgehen und Partizipation und Empowerment als Wirkfaktoren verankern. Dazu sind Methoden erforderlich, die über eine Alibifunktion hinaus echte Partizipation ermöglichen. Methoden, die es ermöglichen, Lebensumfeld, Nachbarschaft oder Stadtteil durch die Brille



Es gilt herauszufinden, welche Bedarfe und Ressourcen benachteiligte Ältere haben und ihre gesellschaftliche Teilhabe zu fördern. Foto: Photocase/Martin Voigt

der sozial benachteiligten Älteren zu sehen, ihren Bedarf wirklichkeitsgerecht zu erheben, ihre Teilhabe stärker zu fördern und Belastungen wie auch Ressourcen zu erkennen.

Dazu gehört es auch, Angebote geschlechtergerecht zu entwickeln. Ältere Männer haben nicht unbedingt die gleichen Interessen wie ältere Frauen und werden durch die weit verbreiteten Angebote des Nachmittagscafés weniger gut erreicht. Ihre Interessen könnten z. B. viel mehr durch ihr berufliches Leben geprägt sein, woran sich leichter anknüpfen lässt, wenn es darum geht, sie aus der sozialen Isolation zu holen.

Immer wieder scheitern gute Projekte an der Hürde der Partizipation, was Frustration auf beiden Seiten hervorbringt. Immerhin war dies bereits ein Grund für weiterreichende Forschungsaktivitäten in diesem Bereich, wenn auch nicht speziell für die Situation älterer sozial benachteiligter Menschen, die über die Webseite [www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de](http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de) kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Dort sind Wissen und Methodenkoffer zur Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten zu finden, die speziell auf die Förderung der Zusammenarbeit mit dieser Zielgruppe und die Kooperation mit verschiedenen Partnern ausgerichtet sind.

## Vernetzungsaktivitäten

Erforderlich ist außerdem ein ausreichendes Zeitbudget für die Vernetzung vor Ort; d. h. die Vernetzung zugehender Hilfen mit allgemeinen (Pflege-)Dienstern, Haus- und Fachärzten, (Senioren-)Begegnungsstätten und ehrenamtlichen Initiativen. Erforderlich, weil ansonsten leicht mangelnde Kontinuität und Kooperation (bedingt z. B. durch Arbeitsüberlastung und bürokratische Hürden), Konkurrenz (durch professionelle Anbieter von Pflegediensten bzw. der Anbieter untereinander) sowie Mangel an Kommunikation (z. B. durch Verlassen der partnerschaftlichen Kommunikationsebene) der Beteiligten die erforderliche Kooperation im Netzwerk hemmen. Auf kommunaler Ebene scheiden sich hier oft Erfolg oder Misserfolg bei der dauerhaften Etablierung umfassender Vernetzungsstrukturen.

Neben professionell dominierten Netzwerken gewinnt die Situation vor Ort durch bewohnerinitiierte Nachbarschaftsnetzwerke. In

der Praxis finden sich diverse Formen zwischen ausschließlich bewohnerinitiierten Aktivitäten, einem Mix von ehrenamtlichem und professionellem Engagement oder hauptamtlich dominierten Interventionen. Tatsächlich ist das Setting Nachbarschaft der Ort, an dem Bürgerhilfe und professionelle Hilfe synchronisiert und damit zur Basis eines neuen „Hilfesystems des „Bürger-Profi-Mix“ werden können. Der „Dritte Sozialraum“ (Klaus Dörner) bietet das Potenzial für Hilfebedarf, der den Einzelnen überfordert, ebenso wie für alle Prozesse von Solidarität oder Integration, die über den familiären Bereich hinausreichen.

Für die besondere Problematik sozial benachteiligter Stadtteile wurde der Begriff der „überforderten Nachbarschaften“ geprägt. Als solche werden Nachbarschaften bezeichnet, in denen einkommensschwache Haushalte, Arbeitslose, Menschen mit psycho-sozialen Auffälligkeiten und Menschen mit Migrationshintergrund räumlich eng konzentriert leben. Diese Situation, entstanden aufgrund der Dynamik des Wohnungsmarktes, stellt meist einen Fall von „erzwungener“ und „unfreiwilliger“ Segregation dar. Bewohnerinnen und Bewohner suchen dort weniger den Zusammenhalt, sondern eher den individuellen Ausweg, sobald es ihnen finanziell möglich ist. In sozial benachteiligten Wohngebieten ergibt sich daraus Handlungsdruck. Die dort lebende Bevölkerung ist besonders auf die stützenden Funktionen der Nachbarschaft angewiesen, weil sich ihr Aktionsradius überwiegend auf die unmittelbare räumliche Umgebung konzentriert. In „überforderten Nachbarschaften“ sind zur Etablierung und Belegung von Netzwerken daher zusätzliche Anstöße externer Akteure notwendig, die die Aktivitäten bündeln und Kontinuität herstellen. Häufig bieten Begegnungsstätten und ähnliche Orte einen Kristallisationsort für diese Aktivitäten. Ausgehend von einem Treffpunkt können die Netzwerkstrukturen über die unmittelbare Nachbarschaft dann auch bis hinaus in den Stadtteil reichen.

Erfolgreiche Netzwerkarbeit setzt an den existenziellen Problemen der sozial benachteiligten Zielgruppe an und diese bilden dann den größten gemeinsamen Nenner. Auf diesen Gemeinsamkeiten werden über das Netzwerk kommunikative und soziale Strukturen aufgebaut. Wichtig ist, dass diese Strukturen nicht erstarren, sondern immer wieder an Veränderun-

gen und aktuelle Themen angepasst werden und Probleme aufgreifen.

Leider ist Gesundheitsförderung und Prävention für die meisten Kommunen (noch) nicht „das“ Thema, auch wenn deren allgemeine Bedeutung mittlerweile von 50 Prozent der Kommunen als „hoch“ eingeschätzt wird, wie eine Umfrage des Deutschen Instituts für Urbanistik (DIFU) aus dem Jahr 2006 bei 570 Kommunen ergab. Trotzdem bekennen viele Kommunen deutliche Wissenslücken und nur ein Zehntel der Kommunen konzipiert entsprechende Angebote für sozial benachteiligte Ältere. Hier ist beispielsweise ein Projekt wie in Bruchsal, das im Rahmen von „Neues Altern in der Stadt“ (NAIS) durchgeführt wird, eher die Ausnahme. Doch gerade wegen ihres Ausnahmestatus erlangen solche Projekte schon fast Berühmtheit und werden mit Preisen gewürdigt. Das Besondere an NAIS ist die Kombination von Vernetzung, Bürger-Profi-Mix und settingorientiertem Vorgehen, das alle Älteren in der Stadt in den Fokus nimmt und damit auch die sozial Benachteiligten zu erreichen versucht. Ziel ist es, die soziale Teilhabe der Einzelnen zu verbessern, mehr Beteiligung an den Planungsprozessen und mehr Niedrigschwelligkeit zu erreichen. Es wird nach Wegen für persönliche Ansprache gesucht, um Ältere aus der Vereinsamung zu holen, und speziell für Ältere in prekären Lagen wie auch für Migrantinnen und Migranten wird das Konzept des präventiven Hausbesuchs mit dem Quartiersmanagement der sozialen Stadt in benachteiligten Nachbarschaften umgesetzt.

Ziel des Beitrags war es, deutlich zu machen, dass Armut unter älteren Menschen in Deutschland verbreitet ist und wie sich diese Situation über die materielle Notlage hinaus ausdrückt. Wer sich tiefgehend mit dieser Materie auseinandersetzt, stellt schnell fest, dass individuelles Versagen dabei nur eine höchst untergeordnete Rolle spielt und gesellschaftliches Gegensteuern dringend erforderlich ist. Konkrete Ansätze zu Interventionen und Prävention müssen überwiegend auf kommunaler Ebene verankert werden, wobei diese Aufgabe nicht den oft unterfinanzierten Kommunen allein überlassen werden darf. Politische Entscheidungen müssen diesen Prozess mittragen und ebenso konkrete Unterstützung liefern. Vieles muss in diesem Zusammenhang diskutiert und geklärt werden. Es ist also höchste Zeit, über Altersarmut zu sprechen. ■



Dr. phil. Antje Richter-Kornweitz ist seit 2001 Fachreferentin für den Arbeitsbereich Soziale Lage und Gesundheit bei der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und Akademie für Sozialmedizin e.V. (LVG/AFS). Sie arbeitet seit 1996 zu unterschiedlichen Aspekten von Armut in verschiedenen Lebensbereichen. Foto: privat

#### Kontakt:

Dr. phil. Antje Richter-Kornweitz  
Landesvereinigung für Gesundheit und  
Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.  
Fenskeweg 2, 30165 Hannover  
Tel.: 05 11/38 81 18 93-3  
E-Mail: antje.richter@gesundheit-nds.de

#### Literatur:

- Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen, Bericht der Sachverständigenkommission. BMFSFJ (Hrsg.). Berlin, 2005
- Bogedan, C.; Rasner, A.: Arbeitsmarkt x Rentenreformen = Altersarmut? In: WSI Mitteilungen 3/2008
- Claus, M.; Bunzendahl I.; Richter A.: Armut, Alter und Gesundheit. Ein Überblick zu Aktivitäten in diesem Feld. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen. Mai 2007. Download unter: [www.gesundheit-nds.de/downloads/rk.projektrecherche.komplett.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/downloads/rk.projektrecherche.komplett.pdf)
- Grabka, M.; Frick, J.: Schrumpfende Mittelschicht – Anzeichen einer dauerhaften Polarisierung der verfügbaren Einkommen? In DIW Wochenbericht Nr. 10/2008, 75. Jahrgang
- Richter, A.; Wächter, M.: Nachbarschaft und Gesundheit – Expertise zum Zusammenhang von Nachbarschaft und Gesundheit. Erstellt im Auftrag der BZgA, Köln, 2009
- Richter, A.; Bunzendahl, I.; Altgeld, T. (Hrsg.): Dünne Rente – Dicke Probleme. Alter, Armut und Gesundheit – Neue Heraus-

forderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung. Mabuse-Verlag. Frankfurt, 2008

- Robert Koch-Institut: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit und Krankheit im Alter. Eine gemeinsame Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes, des Deutschen Zentrums für Altersfragen und des Robert Koch-Instituts. Berlin, 2009
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsver-

sorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

- Schmähl, W.: Steigende Altersarmut in Deutschland? – Gründe und Vorschläge zur Vermeidung. Vortrag auf der Fachtagung „Armut im Alter – heute noch kein Thema?“ in Hannover am 9. Mai 2007. Zu finden als Download unter dem Datum bei: [www.gesundheit-nds.de/dokumentationen/](http://www.gesundheit-nds.de/dokumentationen/)
- Schopf, C.: Migrantinnen und Migranten vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. In: Newsletter Impulse 53/2006, Landesvereinigung für Gesundheit Nds

### KDA-Expertengespräch:

## Soziale Sicherungssysteme zukunftsfähig machen und Prävention ausbauen

Der Hauptbeweggrund für die Gründung des KDA 1962 durch den damaligen Bundespräsidenten Heinrich Lübke und seine Frau Wilhelmine war, die Gesellschaft auf die damals als unzureichend empfundene Versorgung älterer Menschen aufmerksam zu machen und innovative Lösungskonzepte zu entwickeln. In Zeiten des demografischen Wandels und der Weltwirtschaftskrise macht jetzt wieder vermehrt das Schreckgespenst von der Altersarmut die Runde. PRO ALTER-Redakteur *Harald Raabe* hat sich mit dem KDA-Geschäftsführer *Dr. Peter Michell-Auli* und der Sozialwissenschaftlerin *Ursula Kremer-Preiß* über das Thema unterhalten.

**RAABE:** Es gibt viele Prognosen darüber, wie sich Altersarmut entwickeln wird. Werden wir uns daran gewöhnen müssen, dass Armut im Alter zunehmen wird? Viele sprechen davon, dass sich vor allem die finanzielle Situation der Älteren verschlechtern wird. Wird das ein Problem werden?

**KREMER-PREISS:** Ich denke, alleine schon durch die demografische Entwicklung wird eine größere Anzahl alter Menschen wegen Armut auf Unterstützungsleistungen angewiesen sein. Die Frage ist, wie tragfähig unsere Sozialsicherungssysteme insgesamt in der Zukunft sein werden.

**MICHELL-AULI:** Ja, ich stimme Ihnen zu, dass die finanzielle Situation in Zukunft für deutlich mehr ältere Menschen zum Problem werden könnte. Allerdings darf Armut nicht nur am Einkommen, das für den Arbeitsmarkt erzielt wurde und an das ja die Rente gekoppelt ist, festgemacht werden. Wenn wir Armut tatsächlich bekämpfen wollen, müssen wir vor al-



Harald Raabe im Gespräch mit Dr. Peter Michell-Auli und Ursula Kremer-Preiß. Foto: Ines Jonas

lem eine entsprechende Bewertung der Verteilungsmechanismen unternehmen. Bei welchen Dimensionen von Armut kann beispielsweise die Sozialhilfe wie tatsächlich wirken? Erst wenn diese Fragen ausreichend untersucht sind, können wir auch entscheiden, wie und ob unser Verteilungssystem reformiert werden muss.

**RAABE:** Gibt es jetzt schon Bereiche in der Gesetzgebung, die gezielt bei der Altersarmut ansetzen und diese verhindern oder wenigstens zu einer Verbesserung der Situation beitragen?

**MICHELL-AULI:** Aus meiner Sicht ist diese Problematik auch bei den letzten Reformen des Sozialversicherungssystems berücksichtigt worden. Hier gibt es sicherlich auch noch weiteren Reformbedarf, allerdings gibt es durchaus schon einige positive Beispiele. So wurde bei der letzten Pflegereform 2008 mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz der Grundstein für die Einrichtung von Pflegestützpunkten gelegt, die im Augenblick in fast allen Bundesländern errichtet werden. Diese haben neben der Funktion als wohnortnahe Anlaufstelle bei allen Fragen zur Lebenslage Pflege auch die Aufgabe, alle vorhandenen Hilfs- und Unterstützungsangebote im Sinne des Betroffenen zu bündeln. Die erste Evaluationsphase im Modellprojekt Werkstatt Pflegestützpunkte, das das KDA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt hat, hat ganz klar ergeben, dass diese damit auch eine besondere Rolle im Bereich der Prävention einnehmen.

Ebenso wichtig wird es sein, die Erfahrungen mit der Inanspruchnahme neuer Leistungen zu evaluieren. Denn die zusätzlichen Möglichkeiten, die der Gesetzgeber geschaffen hat, müssen auch genutzt werden. Ein Paradebeispiel ist hier die Gewährung geriatrischer Rehabilitation. Obwohl die ehemalige Kann-Leistung der Kassen, die praktisch nicht genehmigt wurde, durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 zur Muss-Leistung wurde, hat man festgestellt, sie wird nicht genehmigt. Auch die im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgelegten Ausgleichszahlungen der Krankenkasse an die Pflegekasse haben noch nicht zufriedenstellend gewirkt. Das wäre aber ein klassischer Bereich der Prävention, der auch Armut verhindern kann. Denn ein besonderes Armutsrisiko können eben Krankheit und Pflege sein.

Jetzt ist es wichtig, das Sozialversicherungssystem konsequent weiterzuentwickeln. Ich denke da einfach an den Pflegebedürftigkeitsbegriff, der dann die Förderung der Selbstständigkeit in den Vordergrund stellt. Es wäre ein Meilenstein, diese Reform zu wagen und dann das Leistungsrecht entsprechend darauf anzupassen.

**RAABE:** Sie haben bereits davon gesprochen, dass die Informationsvermittlung und Be-

ratung ein wichtiger Faktor bei der Bekämpfung der Risiken von Altersarmut darstellt. Hierbei spielen ja auch immer die jeweiligen Wohnsituationen eine große Rolle. Werden unter dem Aspekt der Armut Wohnsituation und Wohnumfeld in Zukunft auch eine größere Rolle spielen?

**KREMER-PREISS:** Wenn es darum geht, eine Wohnsituation zu schaffen, um möglichst lange zu Hause leben zu können, heißt das natürlich auch, sich Unterstützungsleistungen nach Hause zu holen, um ausreichend versorgt zu sein. Auch hier wieder, wenn Sie die demografische Entwicklung und berufliche Mobilität von Angehörigen betrachten, wird es dazu führen, dass sich die Betroffenen mehr Hilfe einkaufen müssen – gegebenenfalls von Profis, was aber bei geringen finanziellen Möglichkeiten nur schwer geht. Das heißt, wachsende Armut gefährdet auf jeden Fall die Sicherung der selbstständigen Lebensführung, wenn dies mit professioneller Hilfe sichergestellt werden soll. Deswegen ist es so wichtig, dass man in Zukunft andere Netze aufbaut, die nicht nur auf Profis setzen, sondern eben auf gegenseitiges Helfen und Unterstützen, damit auch ärmere alte Menschen in ihrer vertrauten Häuslichkeit bleiben können.

**RAABE:** Wenn soziale Netzwerke in Zukunft eine immer wichtigere Rolle spielen werden, glauben Sie, dass sie sich auch in den unterschiedlichen Regionen gleich gut organisieren lassen? Und wird es zudem auch Quartiere oder Regionen geben, wo man sich verstärkt auf Armut einstellen muss?

**KREMER-PREISS:** Gerade im ländlichen Bereich, wenn dort die jüngere Bevölkerung wegzieht und die Älteren zurückbleiben, kann es zu Problemen kommen. Vielfach bleiben ältere Frauen mit ohnehin geringeren Rentenansprüchen zurück. Sie werden kaum die finanziellen Möglichkeiten aufbringen, um Unterstützungsleistungen einzukaufen. Hinzu kommt auch noch, dass die dafür nötige Infrastruktur in manchen ländlichen Regionen gar nicht mehr vorhanden ist. Das heißt, auch wohlhabende Ältere stehen dort erst einmal vor einem Problem. Hier wird es ohne soziale Netzwerke nur noch schwer funktionieren. Aber es gibt ja auch schon hoffnungsvolle Beispiele, die zeigen, dass solche Netzwerke auch auf dem Land funktionieren.

**RAABE:** Hat die repräsentative Befragung der Seniorenhaushalte, die das KDA erst vor Kurzem durchgeführt hat, Hinweise darauf er-

geben, was unter dem Armutsaspekt zukünftig geschehen sollte?

**KREMER-PREISS:** Wir haben nicht nach der Einkommenssituation gefragt. Aber die Ergebnisse zeigen, dass mehr als jeder zehnte Seniorenhaushalt bereit ist, sowohl einmalig in die Wohnungsanpassung zu investieren als auch mehrheitlich monatliche Mieterhöhungen von bis zu 25 Euro zu tragen. Die Bereitschaft, sich finanziell selbst daran zu beteiligen, um zu Hause wohnen zu bleiben, ist bei vielen zumindest da. Ob die finanziellen Möglichkeiten dann letztendlich ausreichen, wenn es so weit ist, erste Schritte zu unternehmen, ist eine andere Frage.

**RAABE:** Wir haben Nachbarschaftshilfen und die Vernetzung angesprochen. Steckt womöglich Konfliktpotenzial darin, dass es zukünftig vermehrt zu Konkurrenzsituationen zwischen Profis und freiwillig Engagierten kommt?

**MICHELL-AULI:** Das Zusammenspiel von Hauptamt und Ehrenamt ist meiner Ansicht nach einer der entscheidenden Knackpunkte, die wir in den Griff kriegen müssen. Es ist nach wie vor meine Hoffnung, dass wir irgendwann eine bundesgesetzliche Regelung kriegen, die festlegt, dass wir für das breite bürgerschaftliche Engagement eine hauptamtliche Begleitung bekommen. Ein schönes, kleineres, aber echtes Erfolgsbeispiel dazu sind die ambulanten Hospize, wo es gelungen ist, ehrenamtliche Arbeit hauptamtlich zu begleiten.

**KREMER-PREISS:** Dem kann ich nur zustimmen. Wir sehen dies ja auch bei den Quartieren. Überall wird eine stärkere Vernetzung, Kooperation und Einbindung des Ehrenamts gefordert, aber das wird man nicht bekommen, wenn das nicht initiiert und begleitet wird. In dieser Richtung haben wir ein wirkliches Defizit, das wir in Zukunft systematisch angehen müssen. Es gilt hier, kreative Lösungen zu finden.

**RAABE:** Es besteht die Gefahr, dass ältere Menschen in Zukunft auf Zuverdienste angewiesen sind. Gleichzeitig denken wir, nur durch ihr ehrenamtliches Engagement können überhaupt Unterstützungs- und Hilfe-Settings aufrechterhalten werden. Wie können diese unterschiedlichen Ansprüche zusammengeführt werden?

**KREMER-PREISS:** Ich denke schon, dass das geht. Es gibt mittlerweile auch in der Praxis bereits viele Lösungen. Wir haben da sozusagen auf der einen Seite das Ehrenamt und auf der

anderen Seite die Freiwilligen. Die Freiwilligen erhalten eine Aufwandsentschädigung, die aber für viele mittlerweile auch schon ein kleines attraktives Einkommen ist. Hier müssen wir jedoch Grenzen wahren. Aufwandsentschädigungen mit Stundensätzen von sechs Euro bewegen sich an den Grenzen von Mindestlöhnen. Daher sollten auch andere Formen der ökonomischen Anerkennung genutzt werden. In einzelnen Kommunen erhalten Freiwillige die Möglichkeit, kommunale Einrichtungen kostenlos zu nutzen.

**RAABE:** Gibt es Armutsrisiken, die wir als KDA besonders hoch einschätzen? Ich denke jetzt auch ein bisschen an die Situation von Menschen mit Demenz. Sind diese und ihre Angehörigen vielleicht noch stärker von Armut bedroht?

**KREMER-PREISS:** Ein besonderes Armutsrisiko sehe ich bei den pflegenden Angehörigen, die bei Pflegefällen nicht selten ihr Erwerbsleben unterbrechen, was wiederum zum Armutsrisiko werden kann. Bei all diesen komplexen Zusammenhängen fällt vor allem der kommunalen Altenhilfeplanung eine entscheidende Rolle zu.

**MICHELL-AULI:** Was ich mir zunächst einmal wünschen würde, wäre tatsächlich eine qualitativ hochwertige Untersuchung, die noch einmal genau diese Mechanismen von Armut und entsprechenden Risiken offenlegt. Denn ich finde, wir können das im Moment nur vermuten. Die Zusammenhänge zwischen Renteneinkommen, persönlicher Einbettung in ein Sozialnetz, stationären Einrichtungen, Leistungen der Sozialhilfeträger etc. – diese immer individuellen Verläufe sind einfach zu unterschiedlich und komplex, um derzeit daraus allgemeingültige Schlussfolgerungen ziehen zu können.

**RAABE:** Bedeuten ein steigendes Armutsrisiko und ein immer klammer werdender Staat, dass wir ein Problem in der Qualitätsdiskussion bekommen werden? Nicht immer muss „billiger“ ja auch „schlechter“ bedeuten. Dennoch: Steckt darin eine Gefahr?

**MICHELL-AULI:** Ich finde zum Beispiel mit der Transparenzvereinbarung haben wir in dieser Frage einen entscheidenden Schritt voran gemacht. Qualität transparent zu machen, muss allerdings noch weiter gehen. Es muss bei dieser Diskussion noch mehr Augenmerk auf die Ergebnisqualität und auf die Lebensqualität gerichtet werden. ■

# Kampf gegen Armut und soziale Ausgrenzung in der Europäischen Union



Wie wichtig es ist, gegen Armut in Europa vorzugehen, zeigen die Ergebnisse des jüngsten Eurobarometers, das im Oktober 2009 in Brüssel vorgestellt wurde. Neun von zehn Europäern sagen: „Jetzt gegen Armut handeln!“ Trotz der ehrgeizigen Zielsetzungen, die sich der Europäische Rat im März 2000 in Lissabon gesetzt hat, um die Beseitigung der Armut bis 2010 entscheidend voranzubringen, ist Armut in Europa immer noch eine zentrale Herausforderung. Wie das europäische Projekt „INCLUSage – Debating older people’s needs“ die Integration sozial benachteiligter Älterer durch eine Debatte zum Thema Altersarmut fördern will, erklärt die Projektkoordinatorin *Elke Tippelmann*.

Die Armutsprobleme in den einzelnen Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind sehr unterschiedlich. Obwohl Armutsbekämpfung der Eigenverantwortung eines jeden EU-Mitgliedstaates unterliegt, findet eine koordinierende politische Zusammenarbeit auf europäischer Ebene statt. „Der Austausch von Ideen und Erfahrungen sowie gegenseitiges Lernen kann positive Wirkungen in der Armutsbekämpfung erzielen“, sagte Prof. Dr. Jürgen Boeckh anlässlich der Auftaktveranstaltung des europäischen Projektes „INCLUSage – Debating older people’s needs“ – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung“. Er setzte sich dabei kritisch mit den Maßnahmen der EU zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung und insbesondere zur Verbesserung der Mitwirkung der von Armut Betroffenen an politischen Entscheidungsprozessen auseinander und wünschte dem Projekt ein gutes Gelingen.

## Die „Offene Koordinierungsmethode“ – ein Buch mit sieben Siegeln?

Etabliert wurde zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung die sogenannte „Offene Koordinierungsmethode“ (OMK). Sie stützt sich auf die Festlegung gemeinsamer europäischer Ziele, die Aufstellung nationaler Aktionspläne und ein Programm zur Förderung der Zusammenarbeit auf diesem Gebiet. Die Offene Methode der Koordinierung wird mittlerweile nicht nur bei der

sozialen Eingliederung, sondern auch in den Bereichen Alterssicherung sowie Gesundheit und Pflege angewendet. Alle drei Jahre werden der Europäischen Kommission sogenannte „Nationale Strategieberichte zu Sozialschutz und sozialer Eingliederung“ vorgelegt, die in einem gemeinsamen Bericht der Kommission und des Rates zusammengefasst werden. Am 16. Oktober 2008 haben die Arbeits- und Sozialminister in Marseille beschlossen, dass die Instrumente der OMK stärker in das Handlungsrepertoire der nationalen Politikprozesse Eingang finden sollen; Bekanntheitsgrad und Effizienz sollen gerade mit Blick auf das Europäische Jahr zur Armutsbekämpfung 2010 verbessert werden.

## Stärkung der direkten Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger

Die Verflechtung der politischen Entscheidungsprozesse auf lokaler, regionaler, nationaler und EU-Ebene macht konkrete Maßnahmen zur Stärkung des Potenzials der OMK erforderlich: Bestehende Initiativen und Strukturen im Bereich der sozialen Eingliederung müssen miteinander verzahnt werden, Zielformulierungen und deren Überprüfung geschärft, die Indikatoren zur Messung der Lebenslage Benachteiligter weiterentwickelt und die Stärkung der direkten Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger – ein zentrales Element der OMK – verbessert werden. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang,

## Analyse der „Nationalen Strategieberichte“

In seiner Analyse der „Nationalen Strategieberichte 2008 zu Sozialschutz und Sozialer Eingliederung“ bedauert die Europäische Plattform älterer Menschen (AGE), dass die Anliegen älterer Menschen systematisch unterschätzt werden. Mit 19 Prozent sei das Armutsrisiko dieser Gruppe europaweit ebenso groß wie das der Kinder – bei einer durchschnittlichen Quote von „nur“ 16 Prozent. Vor allem würden viele Mitgliedstaaten die überproportional steigenden Ausgaben Älterer für Gesundheit und Pflege nicht hinreichend berücksichtigen. Unter „sozialer Eingliederung Älterer“ werde allzu oft lediglich eine „Aktivierung in Beschäftigung“ verstanden – erforderlich sei aber eine umfassende Analyse der Eingliederung Älterer. AGE geht in seiner Analyse auf positive Ansätze und Schwachstellen der einzelnen Länderberichte ein und warnt vor allem vor den langfristigen Konsequenzen der Absenkungen des Rentenniveaus. In seinen Empfehlungen plädiert AGE für die Einführung quantitativer Ziele auf nationaler Ebene sowie von Indikatoren, die die Lebensqualität im Alter messen. AGE tritt ein für eine gesetzliche Rente als Hauptquelle des Alterseinkommens und die Entwicklung armutsverhütender Mindestrentensysteme oberhalb des Armutseinkommens. Mit Blick auf die Privatisierungstendenzen im Gesundheitsbereich tritt AGE dafür ein, gerade jetzt in der Krise die öffentlichen Gesundheitssysteme zu stärken.

- „Nationale Strategiereporte Sozialschutz und Soziale Eingliederung 2008–2010: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/strategy\\_reports\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/strategy_reports_en.htm)
- „Gemeinsamer Bericht über Sozialschutz und soziale Eingliederung 2009“: [http://ec.europa.eu/employment\\_social/spsi/joint\\_reports\\_en.htm#2009](http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm#2009)

ob es gelingen wird, eine offene Einstellung der Regierungen gegenüber direkter Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger sowie kontinuierliche Arbeitsprozesse anzustoßen und deren Ergebnisse in die politischen Entscheidungsprozesse

auf lokaler, regionaler, nationaler und EU-Ebene einzuspeisen.

## INCLUSage – Debating older people's needs

Um das Potenzial und den Mehrwert der Methode zu verbessern, fördert die Europäische Kommission im Rahmen des Programms PROGRESS Projekte zur Sensibilisierung und Stärkung der bestehenden Initiativen und Strukturen im Bereich der sozialen Eingliederung.

Hier setzt das Projekt „INCLUSage“ an: Während seiner zweijährigen Laufzeit von 2009 bis 2011 will es die Erfahrungen und Potenziale der beteiligten Seniorenorganisationen auf europäischer, nationaler und regionaler Ebene bündeln, um eine partizipatorische Debatte in Europa über die mehrdimensionalen Aspekte von Armut und sozialer Ausgrenzung im Alter zu initiieren. Kernprobleme der Altersarmut heute und die Aspekte der Würde älterer benachteiligter Menschen sollen dabei im Zentrum aller Aktivitäten stehen.

Philosophie des Projektes, bei dem die partizipativen Workshops mit benachteiligten Älteren eine zentrale Bedeutung haben, ist die Erkenntnis, dass erfolgreiche politische Strategien zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung nur dann entstehen, wenn die politischen Entscheidungsträger die Komplexität solcher Situationen und die Erfahrungen der direkt davon Betroffenen verstehen. Personen, die in Armut und sozialer Ausgrenzung leben, haben direkt Erfahrung mit dem Thema gemacht und daher entsprechendes Wissen bezüglich der Faktoren, die ihre Situation beeinflussen. Diese müssen Teil der politischen Debatte werden, um sowohl politischen Fehlreaktionen vorzubeugen, als auch den Akzent auf menschliche Würde und Menschenrechte zu legen.

## Bündeln, Koordinieren, Sensibilisieren, Vernetzen – Aktivitäten und Rollenverteilung im Projekt INCLUSage

Projekträger von INCLUSage ist die Europäische Plattform älterer Menschen (AGE), die sich als „Stimme der Älteren“ in Europa definiert und zum zentralen Ansprechpartner auf europäischer Ebene im Bereich der sozialen Ein-

gliederung älterer Menschen entwickelt hat. In zahlreichen europäischen Allianzen – so aktuell der Kampagnenallianz für ein „Europäisches Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen 2012“ – kooperiert AGE mit anderen Lobbygruppen. Beteiligt an den sogenannten „Peer Reviews“, einer strukturierten Form des Erfahrungsaustausches zwischen europäischen Regierungen sowie dem „Europäischen Runden Tisch Armut und soziale Ausgrenzung“ setzt sich AGE auch im Rahmen seiner Expertengruppe und in Projekten für die Verzahnung der Politikebenen und Entwicklung von Beteiligungsformen für sozial benachteiligte Senioren bei Vorbereitung und Implementierung der Nationalen Aktionspläne ein.

Im Rahmen des Projektes koordiniert AGE die verschiedenen Aktivitätsstränge und sorgt für aktuelle europäische Informationen sowie die Verbreitung der Ergebnisse durch:

- Nationale und regionale „Sensibilisierungs- und Vernetzungsveranstaltungen“
- „Partizipative Workshops“ auf lokaler Ebene
- Entwicklung einer gemeinsamen „Methode des zivilen Dialogs“
- Europäisches Seminar in Brüssel

Die Projektpartner – neben dem Europäischen Verbindungsausschuss zur Koordinierung der sozialen Wohnungswirtschaft sind dies die (Senioren-)Organisationen aus den Ländern Finnland, Irland, Deutschland, Tschechien, Bulgarien, Polen und der Slowakei – sind verantwortlich für eigene, anspruchsvolle nationale Zweijahresprogramme. Diese haben das Ziel, den Aufbau spezifischer Strukturen voranzutreiben und mittels thematischer Schwerpunktbildung für eine breite Sensibilisierung zentraler Akteure auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene zu sorgen.

Die Aktivitäten der nationalen Partner sollen das Fundament legen für die Entwicklung einer „europäischen Methode des zivilen Dialogs“ im Sinne eines langfristigen, wirksamen permanenten Beteiligungsprozesses sozial benachteiligter Älterer und ihrer Verbände auf allen Entscheidungsebenen. Die geplanten Leitlinien zur Gestaltung partizipativer Politikprozesse sollen schließlich „Beispiele guter Praxis“ erfolgreicher und kontinuierlicher Beteiligungsverfahren im Rahmen europäischer, nationaler und regionaler Strategien für eine wirksame Bekämpfung von Altersarmut liefern.

## Partnerschaftlich und integrativ: die Arbeitsmethode in Deutschland

Das Projekt INCLUSage basiert auf einem partnerschaftlichen Ansatz und kombiniert in Deutschland die Erfahrungen und Perspektiven

- der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (BAGSO) als Forum verschiedener Ansätze der Arbeit mit älteren Menschen,
- des Landesseniorenbeirates Mecklenburg-Vorpommern e.V. als politisch anerkannter Interessenvertretung der Senioren dieser Region
- und der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. als regionales Kompetenznetzwerk des Themenschwerpunktes „Gesundheit/Armut/Alter“.

Als Mitglied der AGE-Expertengruppe „Social-Inclusion“ koordiniert die BAGSO das Projekt in Deutschland. Sie fungiert dabei als nationale Plattform mit dem Ziel, die Erfahrungen ihrer Mitgliedsverbände in die Debatte einzubringen sowie Austausch und Diskussion mit allen relevanten Akteuren und Netzwerken zu initiieren. Darüber hinaus verantwortet die BAGSO die gemeinsame Internetpräsentation und arbeitet mit den europäischen und nationalen Partnern eng bei Vorbereitung und Durchführung der zentralen Veranstaltungen zusammen.

Zentrale Auftaktveranstaltung war der Expertenworkshop in Hannover am 29. April 2009 mit dem Titel „Alter, Armut und Gesundheit – Neue Herausforderungen für Armutsprävention und Gesundheitsförderung“. Anlass war der erste europäische Tag der Solidarität zwischen den Generationen – einer von den Seniorenorganisationen sehr begrüßten Initiative der Europäischen Kommission. Im Zentrum stand das Thema Gesundheit und der Erhalt von Autonomie und Unabhängigkeit älterer Menschen. Initiiert wurde ein Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen regionalen Experten aus Niedersachsen sowie eine breite Sensibilisierung von Akteuren aller Generationen im Bereich von Gesundheits-, Sozial- und Seniorenpolitik. Nach einführenden Fachbeiträgen und der Vorstellung des europäischen „Leitfadens für die Organisation von Workshops mit sozial benachteiligten Älteren“ ging es in den Workshops um die Entwicklung von Vorschlägen zum Umgang mit der zu erwartenden Alters-

armut und ihren Folgen auf lokaler und regionaler Ebene und der Frage nach wirksamer Beteiligung Älterer in diesem Prozess. Workshops widmeten sich den Themen „Arbeit und Gesundheitsförderung gegen Altersarmut“, „Wohnen, Wohnumfeld und Gesundheit“ sowie „Pflege älterer Menschen und pflegende Angehörige“. Eine vollständige Dokumentation findet sich zum Download unter: [www.gesundheit-nds.de/downloads/29.04.09.doku.pdf](http://www.gesundheit-nds.de/downloads/29.04.09.doku.pdf)

Des Weiteren wurden vier partizipative Workshops vom Landessenorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V. durchgeführt (siehe auch folgenden Beitrag). Sie gaben sozial benachteiligten Älteren die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und Meinungen zu äußern und in den politischen Prozess einzubringen. Diese stehen im Mittelpunkt der politischen Debatte mit Akteuren der Sozialpolitik über Aspekte der Würde älterer benachteiligter Menschen. Die Ergebnisse der Workshops sind Kernelement der drei Konferenzen in Hannover, Schwerin und Berlin. Durch sie sollen die Probleme, mit denen benachteiligte ältere Menschen in allen Bereichen des Lebens konfrontiert werden, stärker ins Blickfeld der politischen Diskussion rücken. Damit soll eine wirksame Beteiligung der Betroffenen in allen Phasen politischer Entscheidungsfindung und -umsetzung erreicht werden. Methodischer Arbeitsansatz ist die Workshoparbeit in Kleingruppen mit dem genannten „Leitfaden für die Organisation von Workshops mit sozial benachteiligten Älteren“, der 2004 bis 2006 im Rahmen des europäischen Projektes AGEinc. getestet wurde.

## Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen im Jahr 2010

Zwei weitere zentrale Veranstaltungen in Schwerin und Berlin sollen Politik, Zivilgesellschaft und Medien auf nationaler und regionaler Ebene mit der europäischen Strategie vertraut machen und zu einem Dialog einladen:

*Eine Landeskonzferenz in Schwerin „Armut, Alter, Gesundheit – Zentrale Probleme und Herausforderungen im ländlichen Raum“*, vorgesehen im Mai/Juni 2010, wird vom Landessenorenbeirat MV e.V. in Kooperation mit weiteren Organisationen auf Landesebene durchgeführt. Die Ergebnisse der vier lokalen Workshops werden vorgestellt und über die zentralen Probleme

## Die BAGSO

Die BAGSO tritt vor allem dafür ein, dass jedem Menschen ein selbstbestimmtes Leben im Alter möglich ist und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen werden und dass auch alte Menschen die Chance haben, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Bereits im Europäischen Jahr 2007 hat sich die BAGSO im Rahmen einer nationalen Konferenz mit gesundheitlichen Benachteiligungen älterer Menschen beschäftigt und damit thematisch angeknüpft an die Ergebnisse des EU-Projektes AGEinc, das gemeinsam mit AGE sowie europäischen Partnerorganisationen durchgeführt wurde und das in einer abschließenden Konferenz im Europäischen Parlament erhebliche Resonanz fand. (Publikation: „Altersarmut und soziale Ausgrenzung: Älteren Menschen eine Stimme geben“).

Eingebunden in das Modellprogramm des BMFSFJ „Aktiv im Alter“ machte die BAGSO mit einem Memorandum „Mitgestalten und Mitentscheiden – Ältere Menschen in Kommunen“ ([www.bagso.de/memorandum.html](http://www.bagso.de/memorandum.html)) auf sich aufmerksam. Ein Schwerpunktthema ist dabei die Beteiligung der Älteren im Bereich Wohnen/Wohnumfeld.

Derzeit unterstützt die BAGSO außerdem die Initiative Deutschland IN FORM, bietet Schulungen zum Thema Ernährung und Bewegung an und fördert Aktivitäten und Maßnahmen, mit denen die Eigenverantwortlichkeit für eine in diesem Sinne gesunde Lebensweise angeregt und gestärkt werden kann.

Weitere Informationen zur BAGSO und ihren Projekten sind unter der Rubrik „Aktivitäten“ auf der Internetseite [www.bagso.de](http://www.bagso.de) zu finden. Informationen zu INCLUSage finden Sie in der Unterrubrik „Europa aktuell“.

und Herausforderungen sowie innovative Initiativen für die Älteren in dieser ländlichen Region diskutiert. Besondere Aufmerksamkeit gilt den Themenbereichen „gesundheitliche Versorgung“ und „soziale Integration“ Älterer mit den Schwerpunkten: Haus- und Facharztversorgung; Zugang zu geriatrischen Versorgungsleistungen in Mecklenburg-Vorpommern; altersgerechtes Wohnen; Pflegeberatung; Partizipation an politischen Entscheidungsprozessen; „Gute Beispiele“ sozialer Dienstleistungen für Ältere sowie zur sozialen Integration Älterer, auch von Migrant\*innen; Aspekte der intergenerationalen Zusammenarbeit.

Eine *Bundeskonzferenz in Berlin*, voraussichtlich im Herbst 2010, soll die Ergebnisse des Projektes vorstellen und sich mit der Gestaltung und Verzahnung partizipativer Politikprozesse

im Bereich Sozialschutz und soziale Eingliederung beschäftigen. Vorgestellt werden sollen erfolgreiche und innovative Strukturen, Methoden und Instrumente zur Verbesserung des zivilen Dialogs auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Dabei sollen mit Vertretern der Bundes- und Landespolitik sowie zentralen Akteuren der Zivilgesellschaft die Vorschläge der Seniorenorganisationen zur besseren Berücksichtigung der Belange älterer, sozial benachteiligter Menschen diskutiert werden.

*Ein abschließendes Seminar in Brüssel*, im Dezember 2010, wird für die Verbreitung der Ergebnisse auf europäischer Ebene sorgen, zentrale Akteure im Bereich Armutsbekämpfung einbinden und die entwickelte „Methode des zivilen Dialogs“ vorstellen.

2010 ist das *„Europäische Jahr zur Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung“* und

auch das Jahr, in dem die EU ihre Post-Lissabon-Agenda verabschiedet.

Die derzeitige Wirtschaftskrise könnte eine Gelegenheit sein, um die politischen Prioritäten zu überdenken und den Schwerpunkt wieder darauf zu verlagern, wie eine gerechtere Gesellschaft erreicht werden kann. ■



Die Juristin Elke Tippelmann arbeitet seit über zehn Jahren im Bereich „Europäische Seniorenpolitik“ und betreut das Projekt INCLUSage als Projektkoordinatorin für die BAGSO. Sie ist Mitglied der AGE-Expertengruppe

„SocialInclusion“. Foto: Thomas L. H. Schmidt, Informations- und Webdesign Düsseldorf

**„Wenn man nicht darüber spricht, kann auch nichts verändert werden.“**

## Betroffene thematisieren „Armut im Alter“ in Workshops

Mecklenburg-Vorpommern ist eines der Bundesländer, in dem der demografische Wandel besonders schnell fortschreitet. Auch der Durchschnittsverdienst der Bevölkerung liegt am unteren Rand im Vergleich zu anderen Bundesländern, und das Armutsrisiko ist dementsprechend eher hoch. Im Rahmen des europäischen Projektes „INCLUSage“ wurden 2009 vier Workshops in verschiedenen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns mit benachteiligten alten Menschen durchgeführt. *Brigitte Paetow*, Vorsitzende des Landesseniorenbeirats, stellt die ersten Ergebnisse der Workshops vor, die derzeit in einer Dokumentation zusammengeführt und die Grundlage für die Landesarmutskonferenz in 2010 sein werden.

Im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern ist der demografische Wandel in den vergangenen Jahren bedingt durch den Fortzug junger Menschen und gleichzeitig steigender Lebenserwartung der verbleibenden älteren Bevölkerung schnell vorangeschritten (siehe Tabelle).

Außerdem weist der Armutsatlas des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes für das Jahr 2007 (veröffentlicht 2009) für Mecklenburg-Vorpommern eine Armutsrisikoquote von 24,3 Prozent aus, die höchste aller Bundesländer. Der

Durchschnittsverdienst betrug nach gleicher Quelle zur gleichen Zeit 79,4 Prozent des Bundesdurchschnitts. Gerade auch vor diesem Hintergrund haben sich in Mecklenburg-Vorpommern folgende Strukturen der Interessensvertretung der älteren Generation herausgebildet:

1. **Seniorenbeiräte** sind durch die Kommunalvertretungen anerkannte und legitimierte Vertretungen in den Kommunen (Städte, Landkreise, Ämter, Gemeinden), die die se-

Tabelle: Demografischer Wandel in Mecklenburg-Vorpommern

Jahr	> 50 Jahre	> 60 Jahre	> 80 Jahre
2000	33,4 %	22,4 %	2,7 %
2009	44,1 %	27,0 %	4,5 %
2020	51,9 %	34,8 %	7,6 %

niorenrelevanten Themen aufgreifen, an die kommunalen Entscheidungsträger weitergeben und an ihrer Lösung mitwirken.

2. Als Dachorganisation der Seniorenbeiräte des Landes fungiert der **Landesseniorenbeirat**, der sowohl die Interessen der Senioren gegenüber der Landesregierung und dem Landtag vertritt, aber auch als Ratgeber der Landesregierung in seniorenpolitischen Fragen anerkannt ist (Koalitionsvereinbarung 2006).
3. **Seniorenorganisationen** von Vereinen und Verbänden auf Landesebene (z. B. Gewerkschaften, Sozialverbände, Parteien), greifen vorwiegend bundespolitische Seniorentemen wie Rente, Gesundheit oder Pflege auf.
4. Die Organisationen unter 1 und 2 führen alle zwei Jahre **Altenparlamente** durch, auf denen gemeinsam Forderungen an die landes- und bundespolitischen Entscheidungsträger gerichtet werden, wie zum Beispiel das 6. Altenparlament im Jahr 2009 mit seinen Forderungen:
  - Maßnahmen gegen Altersarmut und zur Sicherung der Renten müssen ergriffen werden
  - Gesundheitsförderung und Prävention müssen gestärkt werden
  - Mitgestalten – Mitentscheiden: Senioren in Mecklenburg-Vorpommern müssen bei der Umsetzung des gleichlautenden bundespolitischen Memorandums unterstützt werden

## Gewinnung der Workshop-Teilnehmenden

Seniorinnen und Senioren, die von Armut und sozialer Ausgrenzung betroffen sind, für Workshops zu gewinnen, gestaltet sich als nicht einfach, da die Personen eine nachvollziehbare Hemmschwelle ha-

ben, ihre Probleme „öffentlich“ zu machen. Daher wurden einerseits die Organisationsstrukturen der Partnerorganisationen genutzt, um Betroffene für die Workshops zu gewinnen. Andererseits hat es sich aber gezeigt, dass die persönliche Ansprache von Betroffenen im engeren oder erweiterten Bekanntenkreis am wirkungsvollsten war. Die meisten Workshop-Teilnehmenden wurden durch Vermittlung von Mitgliedern von Seniorenbeiräten gewonnen (Einzelpersonen und auch Kunden der „Tafel“), in Einzelfällen auch über ein Sozialamt vermittelt.

## Durchführung der Workshops

Die maximal 20 Personen eines Workshops konnten sich zunächst bei einem gemeinsamen Frühstück kennenlernen, bevor ins Thema eingeführt wurde. Mittels zwangloser Gesprächsrunden wurde schließlich versucht, die Diskussionsrunden unter den Teilnehmenden zu fördern, indem der Moderator bzw. die Moderatorin durch gezielte Fragestellungen die Gespräche leitete.

Zunächst galt es, eine Art Bestandsaufnahme der Situation vor Ort herbeizuführen und herauszufinden, ob (Alters-)Armut heute überhaupt ein Thema ist und wenn ja, wie es sich äußert. Abgefragt wurde auch, ob bestimmte Personengruppen und bestimmte Regionen besonders betroffen sind, wie diese am besten am gesellschaftlichen Leben (Kultur, Bildung, Sport und Ehrenamt) teilhaben könnten und ob sie in Zukunft eine Verbesserung ihrer sozialen Lage sehen?

Um mögliche Lösungsansätze und Handlungsvorschläge zur Minimierung von Armut und Ausgrenzung herauszufinden, wurden die Teilnehmenden schließlich um Vorschläge gebeten, was aus ihrer Sicht die Bundes-, Landes- und Kommunalpolitik leisten müsste. Dabei geht es vor allem auch immer um die Fragen:

Wie sollten sozial benachteiligte Ältere an der Entwicklung von Ideen und Maßnahmen und an deren Umsetzung beteiligt werden? Und wo liegen die Hürden in der Mitwirkung von Betroffenen bzw. wie kann man diesen begegnen?

### Aussagen in den Workshops

Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass nicht immer und zu allen Fragestellungen eine Diskussion möglich war. Die Betroffenen trugen ihr persönliches Anliegen nur dann vor, wenn sie es für angebracht hielten. Indem dieses Bedürfnis berücksichtigt wird und versucht wird, eine zwanglose Gesprächsatmosphäre aufrechtzuhalten, gelingt es den Betroffenen leichter, sich

zu öffnen und ihre persönlichen Ängste und Probleme vor in der Regel Unbekannten darzulegen.

Prinzipiell äußerten sich alle Workshopteilnehmenden positiv zum Ansatz des Projektes, Betroffenen eine Stimme zu geben. Bei allen Workshops wurde thematisiert, dass bei Hartz-IV-Bezug die Wohnungsgröße vorgeschrieben wird; wenn zum Beispiel ein Partner ins Pflegeheim muss und damit die eigene Rente für die bisherige Wohnungsmiete nicht mehr reicht, wird ein Wohnungswechsel verlangt, der neben den persönlichen Problemen in der Regel auch den Verlust der sozialen Kontakte wegen eines neuen Wohnumfeldes nach sich zieht. Die folgenden Zitate aus den Workshops zeigen, wie vielschichtig die Probleme der Betroffenen sind:

*„Ich habe eine Karriere vom Millionär zum Bettler hinter mir. 1990 Firma gegründet mit später 40 Beschäftigten, 1992 Konkurs, weil Auftraggeber nicht zahlten, hätte Anspruch auf Übergangsgeld gehabt, beraten hat mich niemand, habe mein Haus verkauft, erhielt Sozialhilfe, zog zu meiner Mutter. Jetzt fehlen mir 15 Jahre in der Berechnung der Rente. Man fühlt sich wie ein Aussätziger.“*

*Ein Mann aus dem Landkreis Doberan*

Keine Chance auf dem Arbeitsmarkt für Ältere:  
*„Man sieht in die Bewerbungsunterlagen. Nach dem Blick auf das Geburtsdatum dann: ‚Sie hören von uns.‘ Aber man hört nie wieder etwas.“*

Mitarbeitern der Behörden fehlt oft die Feingefühligkeit im Umgang mit Betroffenen:  
*„Es ist kompliziert, wenn man in der Behörde auf Menschen trifft, die nur ihren Papierkram sehen.“*

Vom Sozialamt ausgegebene Gutscheine werden nicht von allen Handelsketten angenommen:  
*„Man schämt sich schon, wenn man mit Gutscheinen einkauft, aber noch mehr, wenn man mit diesen an der Kasse nicht bezahlen kann.“*

*Eine Frau aus der Region Rostock*

*„Die Tätigkeit im Ehrenamt ist für mich wichtig, aber ein solches muss man sich auch leisten können, wie z. B. teure Fahrtkosten.“*

Die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum ist schwieriger geworden, auch eine Fahrt zu Fachärzten wird immer weiter:  
*„Oft fährt am Tag nur ein Schulbus, und wie oft kann man sich eine teure Bahn- oder Busfahrt leisten?“*

Hartz-IV-Bezieher werden kaum in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt: *„Ich bin seit 1992 arbeitslos, zeitweilig ABM, jetzt ‚zu alt‘ und krank, bei Nebenverdienst werden Sozialleistungen gekürzt.“* Dies wird in der bisher praktizierten Form als ungerecht empfunden, weil so keine Eigeninitiative gefördert wird: *„Ich bin unverschuldet in Hartz IV geraten. Damit begann die Misere, da kommt man nicht wieder raus.“*

*Eine 57-jährige Teilnehmerin*

*„Die Ängste der Ratsuchenden vor Altersarmut werden immer größer.“*  
*Eine ehrenamtliche Betreuerin einer Seniorengruppe, Mitglied des Seniorenbeirates der Stadt*

*„Ich musste vier Monate um die Grundsicherung kämpfen. Darin sehe ich eine Beeinträchtigung meiner Würde.“*

*Eine seit 1978 geschiedene Frau, die 9 Kinder geboren hat und ca. 400 Euro Rente monatlich erhält*

*Eine Frau hat ein 11-jähriges Kind adoptiert. Bei der Rentenberechnung wird dies nicht berücksichtigt.*

*„Ich habe in meiner Arbeitslosigkeit den Lebensstandard meiner Familie ständig abbauen müssen. Wie wird es aber meinen Kindern im Alter ergehen, die jetzt mit befristeten Arbeitsverträgen in prekären Beschäftigungsverhältnissen und in Teilzeit arbeiten?“*

*Eine Frau aus der Region Schwerin*

*„Ich beziehe derzeit 726 Euro Rente. Nach Abzug der monatlichen Ausgaben stehen mir etwa 200 Euro zur Verfügung.“*

*Eine seit 1984 geschiedene Frau, die immer voll berufstätig war*

*„Alleinerziehende und geschiedene Frauen stehen gegenüber der Familienförderung im Abseits.“*

*Eine alleinerziehende Frau, der Kindesvater war im Strafvollzug*

*„Theater, Konzerte, Kino, Bücher sind für Familien mit Kindern bei Arbeitslosigkeit der Eltern zum Luxus geworden.“*

*Eine Mutter von 5 Kindern*

## Politisches Handeln gegen Armut und soziale Ausgrenzung ist gefordert

Die Schaffung von Arbeitsplätzen mit Existenzsichernden Löhnen und ein gesetzlicher Mindestlohn sind wirksame Instrumente gegen Altersarmut. Hierbei gilt es, vor allem auch den Begriff „Arbeit“ in der Gesellschaft neu zu definieren.

In den Bundesländern müssen zudem die Entwicklungen von Armut und Reichtum ana-

lysiert werden, da dies die Voraussetzung dafür ist, geeignete Gegenmaßnahmen zu implementieren.

Behörden müssen sich mehr als Dienstleister sehen. In der Betreuung von Arbeitslosen ist das Prinzip des Förderns vor das des Forderns zu stellen. Es muss mehr darauf geachtet werden, dass MAE-Maßnahmen (Mehraufwandsentschädigung) nicht zur Beeinträchtigung des ersten Arbeitsmarktes führen. Umschulungen müssen zielführend sein und der Eingliederung

dienen. Auch sind die psychischen und psychologischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die Betroffenen in der Prävention mehr zu berücksichtigen.

Des Weiteren muss der Freibetrag bei Nebenverdienst, bei Empfang von Sozialleistungen und bei der Anrechnung auf eine Unfallrente erhöht werden, ebenso wie die Freibeträge für die Altersvorsorge bei Hartz-IV-Bezug. Hinzu kommt, dass die Leistungen in Hartz IV, besonders für Bürger im ländlichen Raum, nicht für soziale Teilhabe (z. B. Kultur, Bildung, Sport, Ehrenamt) ausreichen. Außerdem trägt die finanzielle Aufwertung von „Alleinstehenden“ und „zu DDR-Zeit Geschiedenen“ zur Risikominimierung von Armut bei.

Notwendig ist auch, dass Betroffene zu den Leistungen bei Arbeitslosigkeit sowie bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit in der Familie eine unabhängige und neutrale Beratung erhalten.

Das „ANGES“-Projekt der Gemeindegeschwester zur Entlastung der Ärzte sollte baldigst in den ländlichen Gebieten eingeführt werden, und die Rahmenbedingungen für das bürgerschaftliche Engagement sind so zu gestalten, dass auch sozial Schwache dadurch in die Gesellschaft integriert werden können.

### Entwicklung eines zivilen Dialogs

Für die Sozialberichterstattung müssen Betroffene, Seniorenorganisationen und Sozialverbände verstärkt hinzugezogen werden, denn Armutslagen dürfen nicht nur statistisch betrach-

tet werden. Armut ist immer konkret; sie hat ein Gesicht und darf nicht relativiert werden.

Partei-, verbands- und konfessionsunabhängige Seniorenbeiräte können dabei eine wichtige Mittlerfunktion zwischen Betroffenen und politischen Entscheidungsträgern haben und sollten deshalb in allen Kommunen gebildet und in ihrer Funktion als Ratgeber für Veränderungen in seniorenpolitischen Fragen anerkannt und gehört werden.

Der mit diesem Projekt begonnene Dialog mit den Betroffenen, die Partizipation, muss in den Kommunen, den Landkreisen und auf Landesebene fortgeführt werden. Der Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern als Organisator der Workshops sieht sich dazu in der Pflicht. Eine Teilnehmerin hat es treffend auf den Punkt gebracht: „Wenn man nicht über das Thema spricht, kann auch nichts verändert werden. Der Tag heute hat mir gutgetan.“ ■



Die 70-jährige Dipl.-Chemikerin Brigitte Paetow ist in ihrer nachberuflichen Phase ehrenamtlich in Interessenvertretungen für Senioren tätig. Seit 1999 engagiert sie sich im Landesseniorenbeirat Mecklenburg-Vorpommern e.V., dessen Vorsitzende sie seit 2003 ist. In dieser Funktion hat sie wesentlich für das Zustandekommen der Workshops beigetragen. Zudem ist sie Gründungsmitglied des Seniorenbeirates des Landkreises Bad Doberan und seitdem (2001) auch dessen Vorsitzende.  
Foto: privat

### Das PROALTER-Experteninterview:

## Armut und Pflege – ein weites Feld mit vielen offenen Fragen

**PROALTER:** Wenn man folgende „Gleichung“ aufstellen würde: Armut bedingt einen schlechten Gesundheitszustand, dieser bedingt ein höheres Pflegebedürftigkeitsrisiko, Pflege wiederum bedingt oft Armut: Fertig ist der Armutskreis. Ist dies zu simpel ausgedrückt oder gar eine „Formel“, auf die man sich zukünftig wird einstellen müssen?

**BÜSCHER:** In dieser Form ist das sicherlich zu einfach aufgestellt. Allerdings verweist diese Gleichung auf die Notwendigkeit, verstärkt über einen Zusammenhang zwischen Armut und Pflegebedürftigkeit nachzudenken. Es ist in der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion unbestritten, dass sozioökonomischer Status und Gesundheit bzw. Krankheit etwas mitein-



Der Krankenpfleger und Pflegewissenschaftler Dr. Andreas Büscher arbeitet am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Zusammen mit Ullrich Bauer hat er den Sammelband „Soziale Ungleichheit und

Pflege“ herausgegeben, in dem Beiträge aus der sozialwissenschaftlich orientierten Pflegeforschung zu der Thematik erschienen sind. Foto: privat

ander zu tun haben. Zwar gibt es unterschiedliche Ansichten dazu, ob Armut krank macht oder Krankheit arm, aber die Zusammenhänge sind klar vorhanden. Für den Bereich der Pflege und Pflegebedürftigkeit haben wir gerade einmal erste Befunde, die darauf hindeuten, dass es auch in der Pflege so etwas wie einen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und höherem Pflegebedürftigkeitsrisiko gibt, ohne dass man da von allzu starken Gewissheiten ausgehen kann. Wir haben hier ein starkes Erkenntnisdefizit, an dem wir arbeiten müssen.

**PROALTER:** Worin liegt die Schwierigkeit, diesen Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und höherem Risiko, pflegebedürftig zu werden, zu klären?

**BÜSCHER:** Nun, zunächst einmal müssen wir ja klären, was wir eigentlich unter arm verstehen. Richten wir uns da allein nach dem Einkommen oder spielen auch andere Faktoren eine Rolle? Je nachdem wie eng oder wie weit man das fasst, redet man über eine unterschiedliche Personengruppe. Hilfreicher ist es da, einen breiteren Ansatz der Sozialstrukturanalyse zugrunde zu legen und von sozialen oder gesundheitlichen Ungleichheiten zu sprechen. Das heißt, Menschen verfügen über unterschiedliche ökonomische, soziale und kulturelle – dazu gehören Kompetenzen und das Bildungsniveau – Ressourcen. Damit hätten wir einen breiteren Zugang zu der Frage, ob soziale Ungleichheiten zu einer ungleichen Inanspruchnahme von Leistungen führen und ob Leistungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ungleich verteilt sind bzw. werden.

**PROALTER:** Wo, bezogen auf die Pflege, liegen denn wahrscheinliche Gründe, die zu sozialen Ungleichheiten führen?

**BÜSCHER:** Auf der Basis von Daten der Gmünder Ersatzkasse hat das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen Zusammenhänge untersucht und festgestellt, dass Männer mit niedrigerem sozioökonomischem Status ein durchaus höheres Risiko haben, pflegebedürftig in der Pflegestufe 1 zu sein, als Männer mit höherem sozioökonomischem Status. Dies ist allerdings nur ein erster sehr „vorsichtiger“ Befund. Und eigentlich ein Hinweis für uns, dass wir den Zusammenhängen noch sehr viel stärker nachgehen müssen. Erkenntnisse wie diese werfen allerdings weitergehende Fragen auf, zum Beispiel nach dem Einfluss sozioökonomischer Aspekte auf die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Begutachtungssituation.

Nicht zu vernachlässigen sind jedoch auch die Auswirkungen anderer sozialer Faktoren auf das Entstehen und noch vielmehr auf die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit. Ausschlaggebend können hier zum Beispiel das Geschlecht oder die Lebenssituation sein, also ob jemand allein lebt oder nicht.

Seit längerem wird auch schon ein Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Inanspruchnahme der Geldleistung im ambulanten Bereich vermutet. Dahinter steckt die Einschätzung, dass angesichts prekärer Einkommensverhältnisse das Pflegegeld zur Aufbesserung des Haushaltseinkommens genutzt wird. Allerdings bin ich mit solchen Vermutungen eher zurückhaltend, da eine systematische Untersuchung dieses Zusammenhangs noch aussteht.

**PROALTER:** Was wäre Ihrer Meinung nach ein erster guter Ansatzpunkt, um die Fragen sozialer Ungleichheiten zu lösen?

**BÜSCHER:** Aus meiner Sicht stecken wir zu wenig konzeptionelle Überlegungen und Ressourcen in die verpflichtenden Beratungsbesuche für die Geld-Leistungsempfänger der Pflegeversicherung. Durch diese Besuche haben wir nämlich einen Zugang zu allen pflegebedürftigen Menschen in diesem Land. Dadurch eröffnet sich die Chance, sehr viel gezielter Unterstützungsangebote, auch unter Berücksichtigung sozialer Faktoren, zu machen, als das bislang geschieht. Diese können zwar die Entwicklung von Armut nicht stoppen, sie können aber Menschen eine ihrer Situation angemessene Hilfe zukommen lassen, die dabei hilft, die Pflegebedürftigkeit zu bewältigen.

**PROALTER:** Sind auch die Angehörigen, wenn sie sich bei der Pflege nahestehender Per-

sonen engagieren, immer stärker von Armut bedroht?

**BÜSCHER:** Auch hier kann man keine eindeutigen Aussagen machen. Fest steht, dass viele pflegende Angehörige neben der häuslichen Pflege nur in eingeschränktem Maß einer Erwerbsarbeit nachgehen können – viele haben aber die Pensionierungsgrenze auch schon überschritten. Dennoch wurde 2008 mit dem Pflegezeitgesetz der Tatsache Rechnung getragen, dass eine größer werdende Gruppe pflegender Angehöriger eine Erwerbstätigkeit mit einer häuslichen Pflegetätigkeit in Einklang bringen muss. Diese Angehörigen haben nun die Möglichkeit, sich Zeit für die Gestaltung ihrer häuslichen Pflegesituation zu nehmen, ohne den Verlust ihres Arbeitsplatzes befürchten zu müssen. Da es jedoch keine Lohnfortzahlung oder Ersatzleistung gibt, werden finanzielle Belastungen nicht aufgefangen.

Ein anderer Aspekt ist der, dass es Unterschiede in der Pflegebereitschaft und der Präferenz für häusliche Pflegesituationen von Angehörigen geben kann. Die Untersuchungen von Blinkert und Klie aus Freiburg zeigen, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status eher bereit sind, die Pflege zu Hause ohne professionelle Hilfe selbst zu übernehmen, als dies bei Personen mit einem höheren sozioökonomischen Status der Fall ist. Die Erkenntnis, dass soziale Faktoren also einen großen Einfluss auf das Pflegegeschehen haben können, zeigt uns, dass wir diesem Zusammenhang eine größere Aufmerksamkeit widmen und ihn in die pflegepolitische Diskussion einbeziehen müssen.



Noch offene Fragen: Führen soziale Ungleichheiten zu einer ungleichen Inanspruchnahme sozialer Leistungen bzw. sind oder werden Leistungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ungleich verteilt?

Foto: iStockphoto

**PROALTER:** Wo sehen Sie denn persönlich die größten Gefahren? Sehen Sie Möglichkeiten, präventiv Maßnahmen zu ergreifen, durch die sozusagen Pflege und Armut entkoppelt werden könnten?

**BÜSCHER:** Präventive Maßnahmen können ja nur dann wirken, wenn man weiß, was genau sie verhindern sollen und wo man dabei ansetzen muss. Die Pflegeversicherung war seit ihrer Einführung als Teilkasko-Versicherung konzipiert, die nur einen Teil des Risikos der Pflegebedürftigkeit und der mit ihrer Bewältigung verbundenen finanziellen Aufwendungen abdeckt. Wenn man diesen Aspekt betrachtet und dabei berücksichtigt, dass alle Prognosen von einem deutlichen Anstieg der Pflegebedürftigen in den nächsten Jahren ausgehen, und wenn man auf der anderen Seite feststellt, dass in unserer Gesellschaft die soziale Schere zwischen reichen und armen Menschen weiter auseinandergeht, dann wird auch die Wahrscheinlichkeit steigen, dass die Zusammenhänge zwischen Armut und Pflegebedürftigkeit deutlicher werden.

**PROALTER:** Welche Konsequenzen hätte das dann für professionell Pflegende? Sollten und können sie jetzt schon darauf reagieren?

**BÜSCHER:** Da die meisten Pflegebedürftigen nach wie vor Geldleistungen bevorzugen und keine professionelle Pflege in Anspruch nehmen, sind die Kontakte, zumindest in der häuslichen Pflege, ja nur begrenzt vorhanden. Vom beruflichen Verständnis her dürften soziale Ungleichheiten in der direkten Pflege eigentlich keine Rolle spielen. Andererseits sind viele Pflegekräfte im Krankenhaus sozialisiert und kennen daher den Unterschied zwischen Privatstation und Nicht-Privatstation aus der Praxis sehr wohl. Inwiefern sich das jetzt auf häusliche Pflege oder Pflege im Pflegeheim überträgt, kann nur vermutet werden. Für professionell Pflegenden spielen die sozialen Faktoren in der alltäglichen Praxis oftmals nur eine nachgeordnete Rolle – nicht zuletzt, weil sie sich damit in ihrer Ausbildung nicht befasst haben und ihnen entsprechend auch kaum Mittel und Wege zur Verfügung stehen, einen adäquaten Umgang damit zu finden.

**PROALTER:** Kann man in Deutschland auf Erfahrungen, Ideen oder Konzepte anderer Länder zurückgreifen?

**BÜSCHER:** Einen größeren internationalen Austausch gibt es in diesem Bereich noch nicht,

da auch in anderen Ländern die Debatte um die Zusammenhänge zwischen Pflegebedürftigkeit und Armut gerade erst losgetreten wird. Länder wie Großbritannien oder auch die USA, in denen schon etwas mehr über soziale Unterschiede und soziale Ungleichheit geforscht wurde, gehen da aber vielleicht etwas emotionsloser mit um, als wir das in unseren Diskussionen tun.

**PROALTER:** Welches ist Ihrer Meinung nach bei uns der derzeit beste Forschungsansatz bzw. die beste Überlegung zur Verhinderung von Armut bei Pflegebedürftigkeit?

**BÜSCHER:** Das Erste und Wichtigste ist für mich, den derzeitigen Begriff der Pflegebedürftigkeit weiter zu fassen. Die Initiative wurde dazu ja bereits von der letzten Bundesregierung ergriffen und es liegen entsprechende Vorschläge auf dem Tisch. Erst wenn wir ein breiteres Verständnis von Pflegebedürftigkeit haben, erhalten wir ein genaueres Bild über das tatsächliche Ausmaß der Pflegebedürftigkeit in Deutschland und ihrer Konsequenzen.

Ein zweiter wichtiger Aspekt ist, die Forschung über soziale Ungleichheit und Pflege zu intensivieren. Einige Ansatzpunkte dazu wurden ja bereits benannt. Neben den Fragen danach, welche Personengruppen besonders von dem Risiko betroffen sind, durch Pflegebedürftigkeit arm zu werden, oder wie sich sozialstrukturelle Merkmale bei der Verteilung der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung gestalten, ist es notwendig, auch auf kleinere Versorgungsebenen zu schauen: Gestaltet sich beispielsweise das Angebot ambulanter Pflegedienste in Problemstadtteilen anders als in wohlhabenderen Vierteln? Gibt es Muster bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, die durch den sozioökonomischen Status begründet sind? Führt die Notwendigkeit zur Zuzahlung bei Pflegeleistungen dazu, dass diese nicht in Anspruch genommen werden? Müssen mehr zugehende Angebote geschaffen werden oder müssen die Informationen zu Pflegefragen anders gestaltet werden? Das sind nur einige der Fragen, die aus meiner Sicht in der Zukunft wichtig sein werden.

**PROALTER:** Wenn eine Vollkasko-Pflegeversicherung nicht finanzierbar ist und die Teilkaskoversicherung Armut aufgrund von Pflegebedürftigkeit nicht mehr verhindern kann, dann sind die Perspektiven derzeit ja nicht gerade rosig?

**BÜSCHER:** Das kann man so sehen. Fairerweise muss man aber auch dazu sagen, dass bei

einem Vergleich der deutschen Situation mit der in vielen anderen Ländern, die keine Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit haben, unsere Teilkaskoversicherung sicherlich ein großer Fortschritt ist. Manche Länder wären froh, wenn sie eine ebensolche Absicherung dieses Risikos hätten.

Allerdings, wenn Sie noch einmal zurückdenken, wurde die Pflegeversicherung ja auch unter anderem deshalb eingeführt, um das Armutsrisiko und die Sozialhilfeabhängigkeit älterer Menschen zu reduzieren. Man war sich also vor 20 Jahren schon darüber klar, dass dieser Zusammenhang existiert. Wir sind jetzt an einem Punkt angelangt, wo wir noch mal genau schauen müssen, ob der ursprüngliche Erfolg der Pflegeversicherung eigentlich eine nachhaltige Wirkung hat oder ob wir angesichts sich verändernder gesellschaftlicher Entwicklungen noch einmal neu darüber nachdenken müssen, ob wieder viele Menschen in eine neue Armutsfalle durch Pflegebedürftigkeit hineinrutschen. Und wir müssen uns dabei vor allem immer wieder die Frage stellen, welche Schritte sind zu gehen, um das zu verhindern?

Die Diskussion um die zukünftige Finanzierung der Pflegeversicherung wird ja nicht vor dem Hintergrund geführt, wie die Absicherung der Pflegebedürftigkeit verbessert werden kann, sondern wie wir das derzeitige Teilkaskoniveau mittelfristig absichern können.

**PROALTER:** Glauben Sie, dass diese Diskussion auch einen Einfluss auf die Entwicklung der Qualität in der Pflege haben wird?

**BÜSCHER:** Ich hoffe sehr, dass wir die Qualität der pflegerischen Versorgung auch weiterhin unabhängig von Fragen des sozioökonomischen Status der Pflegebedürftigen diskutieren. Derzeit sehe ich auch niemanden, der das ernsthaft anders betrachtet. Allerdings wird man nicht darum herumkommen, die Tatsache zu akzeptieren, dass die Qualität der pflegerischen Versorgung auch und nicht unerheblich durch die Ressourcen bestimmt wird, die dafür zur Verfügung stehen. ■

#### **Kontakt:**

Dr. Andreas Büscher  
Institut für Pflegewissenschaft an der  
Universität Bielefeld (IPW)  
Postfach 100 131  
33501 Bielefeld  
E-Mail: andreas.buescher@uni-bielefeld.de

## Arm, alt, krank und ohne Wohnung



Foto:  
Werner Krüper

Das Thema „Obdachlosigkeit“ ist ein weiterer Teilaspekt von „Armut und Alter“. Mit den sich verändernden demografischen Zahlen und sozialen Rahmenbedingungen, kann vermutet werden, dass zukünftig auch die Zahl obdachloser alter Menschen steigen wird, die dann am unteren Rand unserer Gesellschaft leben (müssen). Diese Menschen haben zuvor oft Jahre oder Jahrzehnte ihres Lebens auf der Straße verbracht. Im Jahr 2008 gab es insgesamt etwa 227.000 Wohnungslose. Von ihnen wiederum sind 132.000 alleinstehende Frauen und Männer, deren Alter auch statistisch erfasst wurde. 21 Prozent dieser Personen waren älter als 50

Jahre, so die noch unveröffentlichten statistischen Daten der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. in Bielefeld. Diese älteren obdachlosen Menschen haben in Folge ihres langen Lebens „auf der Platte“ oft mit schweren gesundheitlichen Problemen zu kämpfen. Verglichen mit nicht obdachlosen Altersgenossen ist ihre meist schlechte körperliche Verfassung ein Grund dafür, dass sie erheblich vorgealtert sind. Nicht selten besteht zudem eine lange Suchtproblematik, überwiegend aufgrund von Alkohol.

Ihre komplizierte Lebensgeschichte, ihr schlechter Gesundheitszustand und der Umstand, dass diese Menschen lange in den Wohnangeboten der Wohnungslosenhilfe gelebt haben, machen es bei zunehmenden Alter und Pflegebedürftigkeit nicht leicht, Obdachlose ohne weiteres in die vorhandene Pflege- und Versorgungslandschaft der Altenhilfe zu integrieren. Normale Altenheime sind in der Regel nicht vorbereitet darauf, Menschen, deren Leben durch Wohnungslosigkeit und Alkoholkrankheit geprägt ist, aufzunehmen. Doch ältere Obdachlose brauchen neben medizinischer und psychosozialer Versorgung vor allem ein Dach über dem Kopf.

PROALTER zeigt in den folgenden zwei Beiträgen Beispiele auf, wie mit ambulanter und stationärer Betreuung die Versorgung dieser schwierigen Klientel durch spezielle Angebote trotzdem gelingen kann.

■ Harald Raabe

## Rentner auf der Straße

Für die ambulante Betreuung von Wohnungslosen ist in Hannover der Kontaktladen „Mecki“ zuständig. 13 Jahre lang hat dort Ursula Neubacher gewirkt. In ihrem Beitrag, der schon in der Zeitschrift „wohnunglos“ zu lesen war, berichtet die Sozialarbeiterin und Sozialpädagogin nicht nur allgemein darüber, was ein Leben auf der Straße für Senioren bedeutet. Zudem hat sie für PROALTER ein Beispiel ergänzt, das zeigt,

wie es gelang, einen 67-jährigen wohnungslosen Mann wieder einzugliedern. Mittlerweile baut Ursula Neubacher für die „Wohnungslosenhilfe“, die zentrale Beratungsstelle für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (ZBS), ein Angebot für die Suchtberatung wohnungsloser Menschen auf.

Seit einiger Zeit gerät in der Arbeit der ambulanten Wohnungslosenhilfe ein kleinerer Per-

sonenkreis immer mehr in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit, da er nach wie vor weitestgehend unterversorgt ist und sich die Hilfe als besonders schwierig gestaltet: Gemeint ist hiermit die ältere Generation innerhalb der Wohnungslosenszene.

Aus gesellschaftlicher Sicht verkörpern ältere Wohnungslose häufig das „hässliche Alter“. Sie repräsentieren gleich zwei Randgruppen in einer: die „Alten“ und die „Armen“. Ihre Not zeigt sich öffentlich, auf der Straße, und wird mit Etiketten und Begriffen wie Penner, Stadtstreicher, Alkoholiker etc. versehen. Diese zugewiesene und häufig auch angenommene Stigmatisierung transportiert Bilder des Elends und der Verwahrlosung. Gefahren gehen von ihnen nicht aus, sie sind eher Opfer von Gewalt. Mit ihrem Erscheinungsbild verbinden wohl viele die Vorstellung eines misslungenen und von Hoffnungslosigkeit geprägten Lebens.

Der Altersrahmen bewegt sich zwischen 55 und 70 Jahren. Das Leben dieser Szeneangehörigen ist häufig durch langjährige Wohnungslosigkeit und dem überwiegenden Aufenthalt auf der Straße geprägt. Das Zusammenfallen von Alterung und besonderen sozialen Schwierigkeiten (fehlende Wohnung, Armut, Isolation, Krankheiten, gelegentliche Verwirrheitszustände bis hin zu psychischen Erkrankungen) bewirkt eine Vielzahl von Beeinträchtigungen.

Die Betroffenen haben auf der Straße oft umfangreiche und individuelle Überlebensstrategien entwickelt, die ein erhebliches Maß an Eigenständigkeit und scheinbarer Unabhängigkeit aufweisen. Auf diese Weise gelingt es ihnen auch, sich einen gewissen Teil an Würde zu bewahren. Für Hilfsangebote sind sie schwer zugänglich.

### „Sozial isoliert und in körperlich schlechter Verfassung“

Das Einkommen dieser Menschen besteht überwiegend aus kleinen Renten, der Grundsicherungsrente oder ALG II und wird oft durch Betteln (Sitzung machen) aufgebessert. Dementsprechend gestaltet sich meist auch der Tagesablauf, der sich in Behördengänge, „Hinzuverdienen“, das Beschaffen von Nahrung, das eher seltenere Aufsuchen von Tagesaufenthalten, Beratungsstellen, Suppenküchen und vor allem das Finden eines sicheren Schlafplatzes gliedert.

Diese Form der Alltagsorganisation dient den Betroffenen sicherlich zu einem langen Bewahren der oben beschriebenen Eigenständigkeit. Gleichzeitig ist solch ein Leben, das überwiegend auf der Straße, also in der Öffentlichkeit verbracht werden muss, in einem hohen Maße strapaziös.

Freundschaftliche Beziehungen oder Kontakte gibt es wenig, die Verbindungen zu Familienangehörigen sind meist abgebrochen und bestehen nicht mehr. Alte wohnungslose Menschen trifft man eher einzeln an, sie sind meist sozial isoliert. Die Unterbringung in herkömmlichen Sammelunterkünften gestaltet sich deshalb schwierig, ein enges Zusammenleben mit anderen Menschen ist ihnen aufgrund ihrer Erfahrungen auf der Straße kaum möglich, wird aber in vielen Einrichtungen gefordert.

Aus den langjährigen Strapazen ihrer Lebenssituation resultiert eine schlechte körperliche Verfassung, diese Menschen sind meist erheblich vorgealtert, oft entspricht ihr „tatsächliches“ Alter dem eines zehn oder auch mehr Jahre älteren Menschen. Häufig, jedoch nicht zwangsläufig, besteht eine ebenso lange Suchtproblematik in der Regel durch Alkohol. In der Folge kommt es fast zwangsläufig zu einer Doppel- oder Mehrfachbeeinträchtigung der Gesundheit; Krankheiten (vor allem der Haut, des Herzens und der Kreislauf- und Atmungsorgane) summieren sich über die Jahre und werden



Im Kontaktladen „Mecki“ finden Obdachlose aus Hannover u. a. einen Schutz- und Ruheraum. Foto: „Mecki“

chronisch. Auch die Folgen von jahrelanger Mangelernährung sind deutlich sichtbar. Psychische Probleme sind keine Seltenheit.

Ein prägnantes Beispiel sind in diesem Zusammenhang „offene Beine“ (Ulcus cruris). Sie machen das Gehen und Stehen unerträglich. Irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem sich Krankenhausaufenthalte häufen. Die Zeitabstände zwischen Straße und Krankenhaus werden immer kürzer, der Betreffende merkt selbst, „dass es nicht mehr so weitergeht wie bisher“. Die Füße wollen ihn einfach nicht mehr tragen. Der Aktionsradius wird immer kleiner. Hier ist oft der Moment erreicht, von dem an er sich selbst als zu beeinträchtigt einschätzt, um sein Leben auf der Straße weiterführen zu können. Dies findet in einem Zustand statt, der objektiv betrachtet durch ein hohes Maß an Verelendung gekennzeichnet ist.

### Auf die Lebenslage zugeschnittene Angebote

Dieser zahlenmäßig eher kleinen Gruppe kann aufgrund ihrer Lebenslage und der anscheinend fehlenden Angebote bisher kaum eine angemessene Lebensperspektive angeboten werden. Häufig ist es nur möglich, zu diesen Menschen über aufsuchende Hilfen wie die Straßensozialarbeit Kontakte zu knüpfen. Schnelle und individuelle Hilfsangebote sind dann gefragt, um unkomplizierte adäquate Unterstützung anbieten zu können. Ebenso wie alte Menschen oft eigen werden, sind die „Senioren auf der Straße“ nicht weniger eigenbrötlerisch. Mit den abnehmenden Kräften zur Bewältigung des Alltags auf der Straße tritt der Wunsch nach einer abgeschlossenen Privatsphäre immer stärker in den Vordergrund. Die Gewöhnung an ein weitgehend selbstständig und allein gelebtes Leben führt dazu, dass keine so hohe Anpassungsleistung mehr abverlangt werden kann, wie es zum Beispiel die Unterbringung in Altenheimen verlangt. Dies trifft auch dann zu, wenn das Leben im Alltag der Unterstützung bedarf. Es fehlen Alternativen, individuelle Formen des Wohnens, die diese Klientel annehmen kann.

Wie könnte demnach ein Angebot der ambulanten Wohnungslosenhilfe aussehen, das dem Wunsch der Betroffenen nach Autonomie und Normalität möglichst gerecht wird? Im Vordergrund sollte dabei stehen, die Verschlim-

merung der Situation zu verhüten. Für das schnelle Bereitstellen von Hilfen wie Bekleidung, Ausstattung der Schlafstelle mit einem Mindestmaß an überlebensnotwendigen Gütern, Mitteln zur hygienischen Versorgung und zum notwendigen medizinischen Bedarf, wie zum Beispiel Gehhilfen, sollten öffentliche Gelder vorhanden sein. Fließende Übergänge zwischen Straße und Wohnung sind unabdingbar notwendig, beispielsweise die zeitweilige Unterbringung in einer „Wohnnische“, einem Gartenhaus oder einem angemieteten Hotelzimmer.

In Hannover gibt es beispielsweise seit neun Jahren die Krankenwohnung „Die KuRve“. Mit einer Verordnung zur häuslichen Pflege können wohnungslose Menschen hier ihre Krankheit auskurieren und dabei Wege aus ihrer Lebenssituation mit der Sozialarbeiterin erarbeiten. Dieses Angebot wird auch von den älteren Menschen aus der Szene genutzt. Im Jahr 2006 waren 44 Prozent der Bewohner in der KuRve über 55 Jahre alt, was sicherlich daran liegt, dass sie besonders häufig schwer krank sind. Das Leben auf der Straße setzt ihnen mehr zu als jüngeren Menschen, sie besitzen kaum noch Abwehrkräfte. Entsprechend lang ist auch die Aufenthaltsdauer. Die Sozialarbeiterin vor Ort berichtet über erhebliche Schwierigkeiten, diese Personen im Anschluss an den Aufenthalt in geeigneten Wohnraum zu vermitteln, aus den oben genannten Gründen.

### Mann, 67, ehemals wohnungslos

An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, wie Hilfe aussehen kann: Ein wohnungsloser 67-jähriger Mann musste von der Straße aus als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden. Er befand sich in einem schlechten körperlichen Allgemeinzustand, er war verwahrlost und hatte erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen und Erkrankungen, die behandelt bzw. operiert werden mussten. Er erhielt zu diesem Zeitpunkt schon mehrere Jahre kein Geld mehr, war also auch nicht krankenversichert. Die letzten zehn Jahre hatte er auf der Straße gelebt – Platte gemacht – und unterschiedlichste Überlebensstrategien entwickelt. Er erwirtschaftete durch Betteln seinen Lebensunterhalt, bekam von den Mitarbeitern aus den umliegenden Geschäften Lebensmittelreste geschenkt, die Straßensozialarbeiter aus dem Kontaktladen

„Mecki“ brachten ihm immer mal wieder frische Bekleidung vorbei und versuchten, ihn zu motivieren, seine Lebenssituation zu verbessern. Die Krankenhaussozialarbeiterin stellte die notwendigen Anträge auf Leistungen und vermittelte ihn nach der beendeten Behandlung in die KurVe. Hier konnte der ältere Herr genesen. Er gewöhnte sich nach dem langen Leben auf der Straße wieder an ein Dach über dem Kopf und an eine warme Mahlzeit. Er begann in dem halben Jahr, welches er in der KurVe blieb, über seine Lebenssituation nachzudenken und sich für eine „Bleibe“ zu interessieren. Mittlerweile lebt er seit einem Jahr in einer Altenwohnanlage in einer kleinen Einzimmerwohnung. Er hat eine gesetzliche Betreuerin, die sämtliche seiner behördlichen Angelegenheiten und seinen Schriftverkehr regelt, da er minderbegabt ist und nicht lesen und schreiben kann. Eine Sozialarbeiterin (Ambulant Betreutes Wohnen) unterstützt ihn in seiner Wohnung und übt mit ihm alle notwendigen Sachen ein. Dazu gehört beispielsweise, wie technische Geräte (Fernseher, Waschmaschine, Herd oder Türsummer) bedient werden, regelmäßige Körperhygiene zu betreiben oder die Wohnung sauber zu halten ist. Sie begleitet ihn zu Ärzten und bespricht mit ihm auch die Schwierigkeiten, die im Haus entstehen. Besonders intensiv waren die Kontakte zum Hausmeister. Denn insbesondere seine Bereitschaft, vor allem das Äußere und bestimmte Verhaltensweisen des neuen Bewohners zu tolerieren, war eine wichtige Voraussetzung für dessen Eingewöhnung. Nach einem Jahr haben sich die größtenteils weiblichen Mitbewohnerinnen ein wenig an den „schrulligen“ alten Kerl gewöhnt. Der ehemalige „Rentner auf der Straße“ hat sich eingelebt und ist stolz auf seine Besitztümer und seine Wohnung.

Ohne die intensive Arbeit und Unterstützung aller Beteiligten zu jedem Zeitpunkt wäre diese Hilfe nicht geglückt. Die Zusammenarbeit von vielen Stellen und Personen ist notwendig. Dazu gehören: Krankenhaus (Krankenhaussozialarbeiter), KurVe, Sozialamt (Grundsicherung), Altenwohnung (Verwaltung, um den Herrn aufzunehmen, Hausmeister, der sich auch gegenüber den anderen Bewohnern für den ehemals wohnungslosen Mann einsetzt), Sozialpsychiatrischer Dienst, Ärzte, Betreuerin, Betreuungsgericht, Sozialarbeiter (Ambulant Betreutes Wohnen), Geldgeber für alle diese Hilfen und natürlich auch die Sozialarbeiterin-

nen und Sozialarbeiter aus dem Kontaktladen „Mecki“ und die Krankenschwester.

## Betreuung, Begleitung und Wohnraumvermittlung

Vorrangiges Ziel sollte es also sein, in den gewünschten Wohnraum zu vermitteln, da andere Angebote oft nicht angenommen werden oder der Weg zurück auf die Straße gewählt wird. Diese und auch andere Erfahrungen haben gezeigt, dass es mit der Vermittlung der Betroffenen allein nicht getan ist. Dem Individualfall angepasste Betreuung und Begleitung müssen bereitgestellt werden, um auf diese Weise dieje-

### Der Kontaktladen Mecki



Foto: „Mecki“

Die Anlaufstelle im Zentrum Hannovers versteht sich als niedrigrschwellige Anlauf- und Vermittlungsstelle für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten (§§ 67 ff. SGB XII). Sie dient als Schutz- und Ruheraum für seine Besucher, die hier u. a. Unterstützung bei der Sicherung ihres Lebensunterhaltes bekommen.

Der Kontaktladen bildet eine Kombination aus Anlaufstelle, Straßensozialarbeit und medizinischer Grundversorgung, die sich an der Lebenslage alleinstehender wohnungsloser Menschen orientiert, ihnen neben der aktuellen Unterstützung aber auch Ausstiegs- und Veränderungsmöglichkeiten aufzeigt.

#### Kontakt:

Diakonisches Werk Stadtverband Hannover  
Kontaktladen „Mecki“  
Raschplatz 8 c, 30161 Hannover  
Tel.: 05 11/3 48 02 64  
E-Mail: klmecki@zbs-hannover.de

nigen unterstützen zu können, die mit den Anforderungen nicht mehr zurechtkommen.

Mit der Gesundheitsreform ist es aus Sicht der niedrigschwelligen medizinischen Arbeit im Kontaktladen „Mecki“ zunehmend schwieriger geworden, gerade ältere, wohnungslose Menschen zu Arztbesuchen zu motivieren. Fehlendes Geld führt häufig dazu, dass notwendige Medikamente nicht gekauft werden. Nicht verschreibungspflichtige Salben oder Verbandsmaterial sind von ihnen kaum finanzierbar. Sie lassen ihre Erkrankungen ohne die Motivationsarbeit zum Beispiel der Krankenschwester im Kontaktladen „Mecki“ und ohne das Bereitstellen der möglicherweise notwendigen Praxis- oder Rezeptgebühr nicht behandeln.

Mit der Einführung des neuen Sozialgesetzes, wodurch beispielsweise die Arbeitsgemein-

schaften (ARGE) anstelle der Sozialämter für Menschen unter 65 Jahren zuständig wurden, hat sich die Situation im Besonderen für die älteren wohnungslosen Menschen erheblich erschwert. Die Wege sind komplizierter geworden, unkomplizierte Hilfe ist zunehmend weniger möglich, Extragelder gibt es kaum. Und die „Alten“ verstehen ihre Welt nicht mehr.

Es wäre eine beruhigende Vorstellung, wenn zukünftig bei den Beteiligten des Hilfesystems „schwierige Menschen“ wie alte Wohnungslose nicht mehr allgemeine Ratlosigkeit auslösen würden. Realistische, praktikable und kurzfristige Perspektiven müssen erarbeitet werden. ■

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion „wohnungslos“, Zeitschrift der BAG-Wohnungslosenhilfe e.V. ([www.bag-wohnungslosenhilfe.de](http://www.bag-wohnungslosenhilfe.de))

## Interview zur Integration älterer Obdachloser in die Altenpflege:

# „Wir sorgen langfristig dafür, dass Obdachlose in ein normales Leben zurückfinden.“

Die „Villa“, eine spezielle Pflegeeinrichtung des Johannes-Höver-Hauses der Ordensgemeinschaft der Armen-Brüder des Heiligen Franziskus, Sozialwerke e.V. in Düsseldorf, ist ein gelungenes Beispiel dafür, wie die Versorgung und die teilweise Integration von älteren Obdachlosen mit zumeist Alkoholproblemen in eine reguläre Altenpflege gelingen kann. PROALTER hat den Geschäftsbereichs- und Heimleiter *Michael Intrau* über das Konzept dieser Einrichtung befragt.



Der Diplom-Pflegewissenschaftler Michael Intrau ist Geschäftsbereichs- und Heimleiter im Johannes-Höver-Haus/Villa in Düsseldorf.  
Foto: Frank Dora

**PROALTER:** Was unterscheidet die Villa von anderen, „normalen“ Einrichtungen der Altenpflege?

**INTRAU:** Wohnungslose Menschen sind zunächst nicht so leicht in nichtspezialisierte Einrichtungen zu integrieren. Man braucht Geduld und Erfahrung, um mit alkoholkranken und ehemals wohnungslosen Bewohnern umgehen zu können. Es kommt vor, dass andere Einrichtungen alkoholkranken Bewohner bei uns unterbringen, weil es zu massiven Konflikten mit anderen Bewohnern in der nichtspezialisierten Einrichtung gekommen ist. Wir erlauben den kontrollierten Konsum von Alkohol, haben ein sehr gutes, geschultes Team und bieten mit der Villa einen speziellen Wohnbereich für diese Klientel an.



Die Villa bietet wohnungslosen, alkoholkranken alten Menschen wieder ein Zuhause. Foto: Villa

**PROALTER:** Wie gehen Sie in Ihrer Einrichtung mit Aggressionen der Bewohnerinnen und Bewohner um?

**INTRAU:** Die gibt es bei uns überraschend selten. Unsere Mitarbeiter akzeptieren die Bewohner so, wie sie sind, und setzen keine Sanktionen ein, um ein bestimmtes Verhalten durchzusetzen. Die würden eher den Widerstand aufbauen und die Beziehung zum Pflegenden belasten. Wir gehen den anderen Weg. Wir motivieren beispielsweise den Bewohner, der nicht duschen will, mit einer Zigarette, mit einem Bier oder in Ausnahmefällen auch mal mit einem Schnaps, das funktioniert! Die Voraussetzung für diese Art der Motivation ist natürlich, dass der Bewohner zuvor nicht übermäßig Alkohol konsumiert hat. Zudem muss man sagen, dass ein Alkoholzug für unsere Klientel lebensbedrohliche Ausmaße annehmen könnte.

**PROALTER:** Was machen Sie, wenn ein Bewohner ausbüxt, auf das kontrollierte Trinken pfeift und sich draußen betrinkt?

**INTRAU:** Wir sind keine geschlossene, sondern eine offene Einrichtung, also müssen wir ihn erst einmal ziehen lassen. Auch wenn unsere Bewohner im Sommer den Drang verspüren, auf Trebe zu gehen, müssen wir sie gehen lassen. Es ist dann natürlich unsere Pflicht, den gesetzlichen Betreuer zu informieren und mit ihm Absprachen über das weitere Vorgehen – zum Beispiel eine Suchmeldung bei der Polizei – zu treffen. Die Bewohner kommen nach ein paar Tagen zurück, weil sie merken, dass ein Leben unter

freiem Himmel mit angeschlagener Gesundheit strapaziös ist. Viel Alkohol verträgt ihr suchtschädigter Körper ohnehin nicht mehr.

**PROALTER:** Zu Ihrem Konzept gehört ein ganzheitlicher Ansatz. Wie sieht der in der täglichen Praxis aus?

**INTRAU:** Wir beschränken unsere Arbeit nicht auf die reine Pflege, sondern versuchen den Bewohner mit allen seinen Bedürfnissen und seiner Biographie anzunehmen. So nutzen wir alltägliche Pflegesituationen, um mit dem Bewohner ins Gespräch über sein Leben zu kommen. Der erzählt uns beim Waschen und Ankleiden viel mehr, als wenn wir ihn offiziell im Rahmen von Biografiearbeit interviewen würden. Zum ganzheitlichen Ansatz gehört auch die psychosoziale Betreuung. Zum Beispiel, dass wir dem Bewohner helfen, alte Kontakte, etwa zur Familie, wieder herzustellen. Oder wir unterstützen ihn beim Umgang mit Ämtern und sorgen so langfristig dafür, dass er in ein normales Leben zurückfindet.

### „In kleinen Schritten Vertrauen aufbauen“

**PROALTER:** Sie arbeiten mit dem reflektierenden Erfahrungslernen. Was kann man sich darunter vorstellen?

**INTRAU:** Die Wohnungslosen, die zu uns kommen, haben auf der Straße meist sehr schlechte Erfahrungen gemacht. Sie sind belkaut und betrogen worden und haben gelernt,

niemandem zu vertrauen. Unsere Mitarbeiterinnen brauchen ein sehr feines Gespür, um in kleinen Schritten Vertrauen wieder aufzubauen und eine tragfähige Beziehung herzustellen, die zugleich ein hohes Maß an Abgrenzung von ihnen erfordert. In den Fallbesprechungen und im Rahmen von kollegialer Beratung findet dann dieses reflektierende Erfahrungslernen statt.

**PROALTER:** Wie ist das Verhältnis zwischen den „normalen“ Alten im Johannes-Höver-Haus und den ehemals Wohnungslosen in der Villa?

### Berührungängste abbauen

**INTRAU:** Überraschend gut. Es gibt so gut wie keine Vorbehalte zwischen den verschiedenen Gruppen. Die machen sogar zusammen Urlaub! Das liegt vermutlich daran, dass die Ordensgemeinschaft der Armen Brüder hier in Düsseldorf bekannt ist und die Alten unsere Arbeit kennen. Am 11.11. haben alle zusammen gefeiert. Und wenn ich in die Villa gehe, erlebe ich eine sehr positive Stimmung. Die Bewohner aus beiden Gruppen klönen, rauchen und spielen und haben ihren Spaß!

**PROALTER:** Gab es Schwierigkeiten für die Bewohner der Villa, eine Pflegestufe zu bekommen?

**INTRAU:** Anfangs schon. Es ist auch nicht leicht zu erkennen, dass ein fit wirkender 50-Jähriger kognitive Einschränkungen hat und Hilfe bei der Körperpflege braucht. Die ersten Begutachtungen durch den MDK in der „Villa“ gestalteten sich schwierig, mit der Zeit haben wir und der MDK uns einander angenähert. Nach harten Diskussionen funktioniert heute die Zusammenarbeit gut und wir bekommen in der Regel mindestens die Pflegestufe 0 mit der Erlaubnis zur vollstationären Pflege, wenn sie benötigt wird.

**PROALTER:** Wie gehen Sie mit alkoholkranken Menschen mit Demenz um?

**INTRAU:** Die Übergänge zwischen dem Korsakow-Syndrom, also dem Ausfall des Kurzzeitgedächtnisses, und der Demenz sind fließend. Allerdings sind die Bewohner der Villa kaum von schwerer Demenz betroffen, weil sie nicht so alt werden. Sie sterben in der Regel etwa mit 70 Jahren.

**PROALTER:** Was sehen Sie als Erfolg Ihrer Arbeit?

**INTRAU:** Wenn ich sehe, dass ein verwahrloster Alkoholiker, den wir von der Straße oder aus dem Obdach aufgenommen haben, nach einigen Wochen wieder aussieht wie ein „Mensch“ und sich auch wieder als solcher angenommen fühlt. Dass er anfängt, wieder soziale Kontakte zu knüpfen und uns signalisiert, dass er sich hier wohlfühlt und zufrieden ist.

■ Das Interview führte Hans-Georg Schwarz.

### Die „Villa“



Foto: „Villa“

Die „Villa“ ist ein im Jahr 2000 kernsaniertes Gebäude, das 37 Bewohner und derzeit eine Bewohnerin in 20 Einzelzimmern und neun Doppelzimmern beherbergt. Das Angebot der „Villa“ richtet sich an ehemals wohnungslose und alkoholranke Menschen, die der Hilfeleistungen der Pflegeversicherung gemäß § 80 SGB XI bedürfen. Aus der 70-jährigen Tradition in der Versorgung wohnungsloser Menschen heraus gründete das Sozialwerk e.V. diesen besonderen Wohn- und Pflegebereich in der Altenhilfe.

#### Kontakt:

Caritasheim Johannes-Höver-Haus  
Michael Intrau  
Geschäftsbereichsleitung Altenhilfe  
Rather Broich 155, 40472 Düsseldorf  
Tel.: 02 11/61 00 40