Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Neunter Altersbericht

Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen

bmfsfj.de

Deutscher Bundestag **Drucksache 20/14450**

20. Wahlperiode 09.01.2025

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen

und

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsübersicht

		Seite
Stellungnahme der Bundesregierung		7
1	**Altersberichterstattung und Auftrag an die Sachverständigenkommission**	8
1.1	Altersberichterstattung	8
1.2	Auftrag an die Sachverständigenkommission	9
2	**Die Basis für gute Alterspolitik**	10
2.1	Aktuelle Voraussetzungen	10
2.2	Internationale Rahmung	10
3	**Ein gutes Leben im Alter: Herausforderungen erkennen, Grundlagen schaffen, Potenziale fördern**	11
3.1	Soziale Sicherung im Alter gewährleisten	11
3.2	Stärkung selbstbestimmter Lebensverläufe	13
3.3	Gesellschaftliche Teilhabe	15
3.4	Räumliche Gestaltung ermöglicht Teilhabe	17
3.5	Gesund bleiben und Unterstützung bereithalten	20

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 8. Januar 2025 gemäß Beschluss vom 24. Juni 1994 (Bundestagsdrucksache 12/7992).

Seite

4 Lebensrealitäten älterer Menschen anerkennen ... 24
4.1 Ageismus erkennen und Maßnahmen entsprechend anpassen ... 24
4.2 Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter ... 25
4.3 Offen und selbstbestimmt leben – LSBTIQ* im Alter ... 27

5 Strukturen für gutes Altern auf allen Ebenen stärken ... 29

6 Dank ... 30

Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen

Abbildungsverzeichnis ... 37

Tabellenverzeichnis ... 38

Vorwort ... 40

I. Ausgangslage ... 47

1 Alt werden in Deutschland: Potenziale und Teilhabechancen im Wandel ... 48
1.1 Zentrale Begriffe: Teilhabe und Teilhabechancen ... 49
1.2 Zentrale Modelle: Lebenslagen und Capabilities ... 50
1.3 Zentrale Perspektiven: Vielfalt und Ungleichheit ... 51
1.4 Leitgedanken: Gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe ... 52
1.5 Aufbau des Berichts ... 53

II. Lebenssituationen und Teilhabekonstellationen ... 55

2 Materielle Lage ... 56
2.1 Materielle Lage im Alter: Empirische Befunde ... 56
2.2 Handlungsansätze zur Gewährleistung materieller Teilhabe im Alter ... 73
2.3 Zusammenfassung und Ausblick ... 79

3 Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und gesellschaftliche Partizipation ... 80
3.1 Erwerbsarbeit und Sorgearbeit im Alter ... 80
3.2 Gesellschaftliche Partizipation ... 89
3.3 Zusammenfassung und Ausblick ... 104

Seite

4 Wohnen und soziale Einbindung ... 105
4.1 Wohnen im Alter ... 105
4.2 Mobilität im öffentlichen Raum ... 111
4.3 Soziale Einbindung ... 113
4.4 Soziale Beziehungen und Strukturen der Versorgung im Sozialraum ... 119
4.5 Förderung von Teilhabe durch Wohnpolitik und Quartiersentwicklung ... 121

5 Gesundheit und Versorgung ... 123
5.1 Gesundheitliche Lage im Alter ... 123
5.2 Gesundheit in Wechselwirkung mit Teilhabe ... 132
5.3 Gesundheit und Teilhabe im Kontext von Wohnquartieren ... 135
5.4 Teilhabeaspekte der medizinischen und pflegerischen Versorgung ... 141
5.5 Zusammenfassung ... 149

III. Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen ... 150

6 Ageismus: Altersbilder, Alternsnormen und Altersdiskriminierung ... 151
6.1 Definition und Dimensionen von Ageismus ... 151
6.2 Kriterien und Maßstäbe für die Bewertung von Ageismus ... 153
6.3 Determinanten von Ageismus ... 155
6.4 Folgen von Ageismus ... 155
6.5 Manifestationen von Ageismus in verschiedenen Lebensbereichen ... 159
6.6 Evidenzbasierte Strategien gegen individuellen Ageismus ... 172
6.7 Eine Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer ... 174
6.8 Gesamtbetrachtung: Maßnahmen gegen Ageismus ... 175

7 Migration und Rassismus ... 177
7.1 Begriffsbestimmung, Begriffsbezeichnung und Messung ... 177
7.2 Migrationsbewegungen: Kontextfaktoren und Anschlusschancen ... 180
7.3 Empirische Befunde zur älteren Bevölkerung mit Migrationsgeschichte ... 184
7.4 Rassismus und Teilhabe ... 198

Seite

8 Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter 203
8.1 Zur Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten 203
8.2 Historische Entwicklung – Rechtliche Situation – Generationale Unterschiede 204
8.3 Empirische Befunde zur LSBTI*-Community in Deutschland 211
8.4 Anforderungen an eine diversitätssensible Altenhilfe und Altenpflege 229

9 Intersektionale Ungleichheiten 230
9.1 Einführung in den Begriff der Intersektionalität 230
9.2 Intersektionale Ungleichheiten – drei Fallbeispiele 233
9.3 Fallübergreifende Gesamtschau 243

IV. Politische Implikationen für selbstbestimmte Teilhabe 245

10 Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter 246
10.1 Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag 246
10.2 Strukturelle Unzulänglichkeiten der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe 252
10.3 Reformperspektiven für die Altenhilfe 255
10.4 Auf dem Weg zu einer zeitgemäßen, integrierten Senior*innenpolitik 265

11 Empfehlungen 266
Individuelle Handlungsspielräume schaffen und Teilhabechancen eröffnen 267
1. Die Funktion der Einkommenssicherung und die Armutsfestigkeit des deutschen Alterssicherungssystems stärken 267
2. Die Nichtinanspruchnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und die damit verbundene verdeckte Altersarmut substanziell reduzieren. 267
3. Die soziale Schuldner*innenberatung strukturell stärken und auf die spezifischen Beratungsbedarfe älterer Menschen ausrichten. 267
4. Soziale Unterschiede bei der Erwerbsbeteiligung minimieren und Altersarmut vorbeugen. 267
5. Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Sorgearbeit verbessern. 267
6. Gesetzliche Regelungen zu Pflege und Sorgearbeit auf nicht-verwandtschaftliche Beziehungen ausdehnen. 268
7. Freiwilliges und ehrenamtliches Engagement im Alter fördern. 268
8. Die Beteiligung älterer Menschen an Bildung und Kultur stärken 268

Seite

9. Möglichkeiten älterer Menschen zur politischen Mitwirkung stärken ... 268
10. Bezahlbaren Wohnraum für ältere Menschen mit geringem Einkommen schaffen und barrierereduzierte Wohnangebote fördern. ... 269
11. Wohnmobilität älterer Menschen fördern. ... 269
12. Niedrigschwellige Angebote der verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen ausweiten. ... 269
13. Die räumlichen und sozialen Bedingungen insbesondere benachteiligter städtischer und ländlicher Lebenswelten alters- und teilhabefreundlich, diversitätssensibel und gesundheitsförderlich entwickeln. ... 270
14. Die Suizidprävention im Alter ausbauen. ... 270

Vielfalt anerkennen und Ungleichheit bekämpfen ... 270
1. Kampagnen gegen Ageismus unter Beteiligung älterer Menschen durchführen. ... 270
2. Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von Rassismus verhindern. ... 270
3. Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von sexueller und geschlechtlicher Identität verhindern. ... 271
4. Versorgungsnachteile einzelner Gruppen älterer Menschen im Gesundheitswesen abbauen. ... 271
5. Altenhilfe und Altenhilfestrukturen diversitätssensibel gestalten. ... 272
6. LSBTI*-Communities: Intergenerationale Orte der Begegnung schaffen und Altersdiskriminierung stärker adressieren. ... 272
7. Nicht verausgabte Mittel zur Rehabilitation (§ 175 StGB und § 151 StGB-DDR) zur Förderung von LSBTI*-Selbstvertretungen, der Erinnerungskultur und einer diversitätssensiblen Altenhilfe nutzen. ... 272
8. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Beratungsstrukturen für transnational lebende ältere Menschen verbessern. ... 273

Strukturelle und politische Rahmenbedingungen verbessern ... 273
1. Die Erarbeitung einer internationalen Konvention der Rechte älterer Menschen unterstützen. ... 273
2. Die Strukturen der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII und die institutionellen Grundlagen der Senior*innenpolitik dauerhaft stärken und substanziell weiterentwickeln. Den Pflichtcharakter der Altenhilfe verbindlich regeln und die kommunale Handlungsfähigkeit stärken ... 273
3. Einen umfassenden Dialogprozess zur Vorbereitung eines neuen Sozialgesetzbuches „Teilhabe im Alter“ initiieren. ... 274
4. Aufsuchende Beratungsstrukturen der Altenhilfe aus einer Hand anbieten. ... 274
5. Strukturelle Versorgungs- und Qualitätsprobleme in der Langzeitpflege lösen. ... 274

Seite

6. Altersspezifische Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung stärken ... 274
7. Probleme der gesundheitlichen Versorgung in peripheren ländlichen und benachteiligten städtischen Regionen lösen. ... 275

Wissenslücken schließen ... 275

1. Die Datenlage in Bezug auf bislang unterrepräsentierte Gruppen älterer Menschen verbessern und die Forschung zum Abbau von Benachteiligungen und sozialen Ungleichheiten intensivieren. ... 275
2. Sozialraum- und anwendungsorientierte und interdisziplinäre Forschung zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe im Alter stärken ... 276

Literaturverzeichnis ... 277

Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	**Altersberichterstattung und Auftrag an die Sachverständigenkommission**	8
1.1	Altersberichterstattung	8
1.2	Auftrag an die Sachverständigenkommission	9
2	**Die Basis für gute Alterspolitik**	10
2.1	Aktuelle Voraussetzungen	10
2.2	Internationale Rahmung	10
3	**Ein gutes Leben im Alter: Herausforderungen erkennen, Grundlagen schaffen, Potenziale fördern**	11
3.1	Soziale Sicherung im Alter gewährleisten	11
3.2	Stärkung selbstbestimmter Lebensverläufe	13
3.3	Gesellschaftliche Teilhabe	15
3.4	Räumliche Gestaltung ermöglicht Teilhabe	17
3.5	Gesund bleiben und Unterstützung bereithalten	20
4	**Lebensrealitäten älterer Menschen anerkennen**	24
4.1	Ageismus erkennen und Maßnahmen entsprechend anpassen	24
4.2	Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter	25
4.3	Offen und selbstbestimmt leben - LSBTIQ* im Alter	27
5	**Strukturen für gutes Altern auf allen Ebenen stärken**	29
6	**Dank**	30

1 Altersberichterstattung und Auftrag an die Sachverständigenkommission

Der demografische Wandel in Deutschland führt zu einer stärkeren Alterung der Bevölkerung. Einer sinkenden Zahl an Menschen im jüngeren Alter steht eine steigende Zahl älterer Menschen gegenüber. Jede fünfte Person in Deutschland ist heute älter als 66 Jahre, jede zweite älter als 45. Seniorinnen und Senioren wollen so lange wie möglich engagiert und selbstständig leben, aktiv bleiben und Erfahrungen sammeln und teilen können. Der Neunte Altersbericht ist Ausgangspunkt, um eine breite Diskussion über gutes und teilhabeorientiertes Altern führen zu können.

Eine Besonderheit bildet die Generation der seit Mitte der 1950er Jahre bis Ende der 1960er Jahre Geborenen. Bis Ende der 2030er wird ein Großteil dieser Generationen das Rentenalter erreicht haben. Sie werden eine große Lücke an Arbeitskräften hinterlassen. Auch die Sozialsysteme werden dadurch stark gefordert sein. Die Zahl der über 80 Jahre alten Menschen wird voraussichtlich um rund 3 Millionen von heute rund 6 Millionen auf 8 bis 10 Millionen im Jahr 2050 zunehmen. Da der Anteil von pflegebedürftigen Menschen in dieser Altersgruppe höher ist, muss mit einer erheblichen Zunahme des Pflegebedarfs zu Hause und in Orten des Seniorenwohnens (beispielsweise Pflegeheimen) gerechnet werden. Bis zum Jahr 2055 wird altersübergreifend ein Anstieg der Anzahl pflegebedürftiger Menschen auf 7,6 Millionen erwartet.

Das bedeutet, dass die finanzielle Sicherung der älteren Bevölkerung und die medizinische bzw. pflegerische Versorgung vor allem der Hochaltrigen zunehmend eine größere Herausforderung werden. Es ist für die gesamte Gesellschaft von Interesse, wenn ältere Menschen ihr Leben möglichst lange eigenständig und selbstbestimmt führen können.

Auf der anderen Seite ist diese Generation durchschnittlich besser gebildet und gesünder als vorangegangene Jahrgänge. Entscheidend wird daher sein, die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen in der durchschnittlich längeren und länger werdenden aktiven, sogenannten dritten Lebensphase zu unterstützen und ihre Potenziale zum Einsatz zu bringen. Dazu gehören das gesellschaftliche Engagement, Nachbarschaftshilfe oder generationenübergreifende Zusammenarbeit, aber auch eine freiwillig fortgesetzte Erwerbsarbeit.

Daran schließt der Neunte Altersbericht der Bundesregierung an. An der Gesellschaft teilzuhaben ist für viele ein zentraler Faktor. Wichtig ist es, dass die Optionen zur Teilhabe so einfach wie möglich gestaltet werden. Denn ältere Menschen vereinen immense Potenziale und bereichern unser Zusammenleben. Es gilt gleichermaßen, die Herausforderungen des Alterns offen zu adressieren und gute Teilhabestrukturen einzufordern und zu fördern. Dabei spielen lokale und regionale Rahmenbedingungen eine Rolle, genauso wie fördernde bundesweite Entwicklungen.

Der Sachverständigenbericht legt erstmals einen Fokus auf Intersektionalität. Die Bundesregierung begrüßt dies ausdrücklich. Um Politik für ein gutes Leben im Alter und ein gutes Altern zu stärken, müssen viele Aspekte, die Diskriminierung zur Folge haben können – über das Lebensalter hinaus – betrachtet werden. Einige hiervon, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung und ethnische Herkunft, beeinflussen sich wechselseitig und verstärken sich, wenn sie gleichzeitig auftreten. Teilhabechancen können durch diese verschränkten Voraussetzungen ungleich verteilt sein. Die Aufgabe liegt darin die großen Potenziale älterer Menschen in ihrer Vielfalt anzuerkennen und diskriminierungssensibel zu fördern. Auch der sozio-ökonomische Status beeinflusst die Teilhabechancen.

Anschließend hieran wird festgehalten, dass keines der im Bericht behandelten Themenfelder unabhängig voneinander betrachtet werden kann. Eine Lebenslaufperspektive wird auch in der Stellungnahme der Bundesregierung eingenommen. Bei der Umsetzung in politisches Handeln ist dies die Herausforderung, der sich die Bundesregierung annimmt. Vieles im Blick zu behalten ist wichtig, um gute und wirkungsvolle politische Entscheidungen zu treffen und gleichzeitig die Potenziale von Menschen zu erkennen. Die Einrichtung einer Interministeriellen Arbeitsgruppe zum Thema Alter wäre hierfür beispielsweise hilfreich. Es ist mitunter herausfordernd, alle Aspekte in ihrer Verschränkung zu betrachten, insbesondere, weil Bedürfnisse und Kapazitäten Einzelner sich sehr stark unterscheiden. Die Wahrung der Rechte Einzelner und des Wohls der Gesamtgesellschaft ist immer erforderlich.

1.1 Altersberichterstattung

Die Altersberichterstattung geht zurück auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages vom 24. Juni 1994 (Drucksache 12/7992), der für jede Legislaturperiode einen Bericht zu einem alterspolitischen Schwerpunktthema fordert. Es sollen Erkenntnisse über die aktuelle Lebenssituation dieser Bevölkerungsgruppe gewonnen und die Öffentlichkeit darüber informiert werden.

Bei der Erstellung der Berichte sind die von der jeweiligen Bundesseniorenministerin oder dem Bundesseniorenminister berufenen Kommissionen als unabhängige Sachverständigengremien autonom.

Nach Übergabe des Berichts der Sachverständigen an die zuständige Bundesseniorenministerin bzw. den Bundesseniorenminister wird eine innerhalb der Bundesregierung abgestimmte Stellungnahme zu den Ausführungen und Empfehlungen der Sachverständigenkommission zum Sachverständigenbericht erarbeitet und diesem vorangestellt. Zusammen bilden Sachverständigenbericht (Teil B) und Stellungnahme der Bundesregierung (Teil A) den jeweiligen Altersbericht der Bundesregierung, der durch das Bundeskabinett beschlossen wird. Anschließend erfolgt die Zuleitung an den Deutschen Bundestag als Auftraggeber für die Berichterstattung. Mit der darauffolgenden Erstellung der Bundestagsdrucksache erfolgt die Veröffentlichung des Gesamtberichts.

Der Erste Altenbericht wurde im Jahr 1993 vorgelegt und lieferte erstmals eine umfassende und differenzierte Analyse der Lebenssituation älterer Menschen. Es folgte 1998 ein Bericht zum Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“, 2001 entstand erneut ein Gesamtbericht zur Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland und 2002 ein Spezialbericht zu Hochaltrigkeit und Demenz. Der Fünfte Altenbericht behandelte die vielfältigen Potenziale älterer Menschen in Wirtschaft und Gesellschaft. Der 2010 folgende Sechste Altenbericht untersuchte „Altersbilder in der Gesellschaft“ und 2017 standen die älteren Menschen in der Kommune im Mittelpunkt des Berichts zu „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“. Der Achte Altersbericht widmete sich dem Thema „Ältere Menschen und Digitalisierung“.

1.2 Auftrag an die Sachverständigenkommission

Die am 6. Juli 2022 berufene, interdisziplinär zusammengesetzte Neunte Altersberichtskommission unter Leitung von Professorin Dr. Martina Brandt hatte den Auftrag, Handlungsempfehlungen für eine nachhaltige Alterspolitik unter den Bedingungen aktueller Herausforderungen und den Potenzialen vielfältigen Alterns zu erarbeiten. Die Sachverständigenkommission sollte in ihrem Bericht die Unterschiedlichkeit der Lebenssituationen älterer Menschen aufzeigen. Bei der Beschreibung der Heterogenität des Alters und der Teilhabemöglichkeiten der Älteren sollten wesentliche Veränderungen der letzten Zeit sowie zu erwartende Entwicklungen in der nahen Zukunft berücksichtigt werden.

Dementsprechend gibt das Thema des Neunten Altersberichts „Alt werden in Deutschland - Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen“ einen umfassenden Überblick über Lebenssituationen und Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen. Es werden Wege aufgezeigt, die zur Schaffung einer Gesellschaft des langen Lebens beitragen - insbesondere im Kontext vielfältiger Herausforderungen und Krisen. In den Blick genommen werden Menschen in der zweiten Lebenshälfte, wobei die Prozesse des Älter- und Altwerdens betrachtet werden. Die Anerkennung der Vielfalt im Alter sowie die Analyse von Chancenungleichheiten sind Voraussetzungen für eine Politik der selbstbestimmten, gleichberechtigten Teilhabe älterer Menschen in unserer Gesellschaft, auch nach dem Leitprinzip der Agenda 2030 der Vereinten Nationen „Leave no one behind“.

Der Fokus auf Intersektionalität sollte deutlich machen, dass Lebenslagen und Diskriminierungsformen nicht isoliert nur für das Alter betrachtet werden können, sondern aus Lebensverläufen entstehen und sich verstärken. Nur so konnte der Bericht eine teilhabeorientierte Transformation der Gesellschaft einfordern, in der die Herausforderungen und Potenziale des Alterns berücksichtigt werden.

Die Veränderungen durch die Coronapandemie und den damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen hatten Auswirkungen auf die Lebenssituationen sowie auf die Chancen von Teilhabe verschiedener Gruppen älterer Menschen. Auch dies sollte thematisiert werden. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sollte insbesondere auf die Generation der geburtenstarken Jahrgänge, die nun am Übergang in die nachberufliche Phase stehen, geschaut werden: Welche gesellschaftlichen und politischen Herausforderungen und Chancen entstehen mit deren Älterwerden in Zukunft?

Anknüpfend an den Sechsten Altenbericht greift der Neunte Altersbericht das Thema Ageismus auf, welches als Konzept verknüpfte Themenbereiche, wie Altersbilder und Altersdiskriminierung, einordnet. Der Siebte Altenbericht wird ebenfalls berücksichtigt, indem sich ein Kapitel integrierter Seniorenpolitik und deren möglicher Ausgestaltung widmet.

Die elfköpfige Altersberichtskommission hat während der Erarbeitungsphase Fachgespräche, Workshops und Anhörungen mit Seniorenorganisationen sowie weiteren Expertinnen und Experten aus Politik, Verbänden, Ministerialverwaltung und Wissenschaft durchgeführt. Es wurden zehn Expertisen zu unterschiedlichen Themenstellungen in Auftrag gegeben.

2 Die Basis für gute Alterspolitik

Der Neunte Altersbericht formuliert die Notwendigkeit, strukturelle Hürden abzubauen, Barrieren zu überwinden und Diskriminierung zu begegnen, um Alterspolitik hin zu einem guten Leben im Alter für alle weiterzuentwickeln. Entsprechend werden Empfehlungen formuliert, die teilweise auch schon vor dem Eintritt in die zweite Lebenshälfte greifende, teilweise kurzfristige Maßnahmen erfordern.

In ihrer Stellungnahme zum Neunten Altersbericht konzentriert sich die Bundesregierung auf Inhalte der Empfehlungen im Sachverständigenbericht, die in Zuständigkeit des Bundes liegen. Zu Aussagen und Schlussfolgerungen, zu denen sich die Bundesregierung in ihrer Stellungnahme nicht äußert, kann weder von ihrer Zustimmung noch von ihrer Ablehnung ausgegangen werden. Alle seitens der Bundesregierung befürworteten Maßnahmen oder Prozesse zum Neunten Altersbericht stehen unter einem Kompetenzvorbehalt und für den Bundeshaushalt unter dem Vorbehalt der Finanzierung. Sie sind daher nur umsetzbar, soweit eine Finanzierungszuständigkeit des Bundes besteht und sie im jeweiligen Einzelplan bzw. Politikbereich gegenfinanziert werden. Es werden durch den Inhalt des Sachverständigenberichts und der Stellungnahme der Bundesregierung weder die laufenden noch künftige Haushaltsverhandlungen präjudiziert. Auch die Haushalte der Sozialversicherungen werden durch diese Stellungnahme nicht präjudiziert.

2.1 Aktuelle Voraussetzungen

Die Hochphasen der Coronapandemie in Deutschland sind überstanden. Dennoch prägte die Pandemie die aktuelle Legislaturperiode. Spätfolgen von Coronaerkrankungen Einzelner, aber auch die Folgen von Eindämmungsmaßnahmen und notwendiger Unterstützung zeigen noch heute Auswirkung auf Menschen, Staat und Gesellschaft. Ebenso erfordern die andauernden Herausforderungen zur Bewältigung der Klimakrise staatliches Handeln. Nicht zuletzt ist die Unterstützung Deutschlands für die Ukraine, welche mit dem Angriffskrieg Russlands konfrontiert ist, unabdingbar.

Die Bundesregierung dankt der Kommission für die vielen wertvollen Hinweise und die wichtigen Empfehlungen des Sachverständigenberichts. Gleichwohl sind dort, wo sich aus den Forderungen finanzielle Folgen ergeben, realistische Einschätzungen und Schwerpunktsetzungen erforderlich. Die derzeitige politische Lage erfordert entschlossenes, politisches Handeln. Ausgaben des Bundes, welche durch internationale und nationale Geschehnisse beeinflusst sind, verengen die Spielräume im Bundeshaushalt deutlich. Die aktuelle, knappe Haushaltslage lässt auch deshalb wenig Spielraum für neue, umfassende Ausgaben, sofern nicht dafür weniger erfolgreiche Ansätze gestrichen werden. Daher wird bei der Bewertung der Vorschläge der Kommission durch die Bundesregierung eine realistische Einschätzung zu haushälterischen Möglichkeiten zugrunde gelegt.

Es soll geprüft werden, inwieweit im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) Haushaltsmittel zugunsten einer teilhabeorientierten Altenpolitik herangezogen werden können. Darüber hinaus unterstützt das BMFSFJ als Gesellschaftsministerium insgesamt eine lebenslauforientierte Politik. Entsprechend sind auch Titelansätze aus anderen Einzelplänen der Ressorts dahingehend zu prüfen, inwieweit die Belange älterer Menschen gegebenenfalls positiv beeinflusst und die Möglichkeiten des guten Alterns damit unterstützt werden können.

Grundlegende Erkenntnisse zum Alter und Altern erhält die Bundesregierung aus dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA). Das DZA liefert kontinuierlich Analysen zu politisch relevanten Themen und der Lebenswirklichkeit älterer Menschen, um Herausforderungen und Potenziale des Alterns wissenschaftlich zu untersetzen. Als Datengrundlage dient hierzu der Deutsche Alterssurvey (DEAS). Die 1996 gestartete Längsschnittstudie der zweiten Lebenshälfte ermöglicht es, die Veränderungen des Alterns zu beobachten, woraus fundierte Politikberatung entsteht. Auch der Sachverständigenbericht nutzt die Daten des Deutschen Alterssurveys als Grundlage.

2.2 Internationale Rahmung

Die Bundesregierung hat sich 2015 verpflichtet, die in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen formulierten 17 Nachhaltigkeitsziele umzusetzen. Der zentrale politische Rahmen für die Umsetzung der Agenda 2030 in Deutschland ist die Deutsche Nachhaltigkeitsstrategie. Damit ist Nachhaltigkeit, inklusive Generationengerechtigkeit, Leitbild für das Regierungshandeln. Alle Ressorts sind aufgefordert, Nachhaltigkeitsziele im konkreten Verwaltungshandeln und im Rahmen der Gesetzgebung einzubeziehen. Hierdurch können Steuerungsimpulse zur sozialen, ökologischen und ökonomischen Transformation gesetzt werden, was auch die Belange älterer Menschen berücksichtigt.

Von zentraler Bedeutung für die deutsche Alterspolitik sind insbesondere die Verpflichtungen aus dem Zweiten Weltaltenplan (Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA)) als internationales politisches Hauptrahmenwerk für alterungsbezogene Politik und dessen Regionale Implementierungsstrategie (RIS) für die Region der United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), die beide 2002 verabschiedet wurden. Deren Umsetzung wird durch die Regionalorganisationen der Vereinten Nationen (VN) (für Deutschland UNECE Standing Working Group on Ageing (SWGA)) mit Konferenzen auf Ministerebene im Fünfjahresrhythmus vor- und nachbereitet. Seit 2022 werden folgende Handlungsfelder behandelt: Aktives und gesundes Altern über den Lebensverlauf hinweg fördern, Sicherstellung des Zugangs zu Langzeitpflege und Unterstützung für Pflegende und Familien sowie Altern in allen Bereichen berücksichtigen, damit eine Gesellschaft für alle befördert wird. Bis 2027 wird darüber hinaus eine neue Regionale Implementierungsstrategie ausgehandelt und verabschiedet werden.

Gerahmt wird die Diskussion auf internationaler Ebene durch die Dekade des Gesunden Alterns der Vereinten Nationen (2021 bis 2030). Die Offene Arbeitsgruppe der VN zu Fragen des Alterns (Open-Ended Working Group in Ageing (OEWG-A)) wurde von der VN-Generalversammlung 2010 eingesetzt, mit dem Auftrag, mögliche Lücken im Menschenrechtsschutz Älterer zu identifizieren und Vorschläge zu unterbreiten, wie diese geschlossen werden können.

Hinsichtlich der Empfehlung 23 des Sachverständigenberichts zur Arbeit der OEWG-A hat die Bundesregierung den Prozess von Beginn an unterstützt. Am 13. August 2024 hat die VN-Generalversammlung im Konsens beschlossen, das Mandat der OEWG-A mit der Entschließung 14/1 vom 24. Mai 2024 für erfüllt zu erklären. Die Entschließung 14/1 führt 14 Felder möglicher Lücken im internationalen Menschenrechtsschutz älterer Menschen auf und benennt elf Optionen, wie diesen begegnet werden kann. Die Bundesregierung wird den von der Generalversammlung beschlossenen, ergebnisoffenen Folgeprozess in den einschlägigen VN-Gremien sowie das angekündigte Hochrangige Treffen während der 79. Generalversammlung konstruktiv begleiten. In der Beantwortung des entsprechenden Fragebogens zu möglichen Lücken im Menschenrechtsschutz, der die Grundlage zur Entschließung 14/1 bildete, kommt die Bundesregierung zu dem Schluss, dass keine normativen Schutzlücken bestehen, die allgemeinen Menschenrechtsverträge starke normative Standards setzen und (mit Ausnahme der Kinderrechtskonvention) vollständig auf ältere Menschen anzuwenden sind. Im Ergebnis biete eine Konvention keinen normativen Mehrwert. Daher soll die konsequente Durchsetzung der bestehenden internationalen Normen gestärkt werden. Die explizite Aufnahme des Merkmals „Alter“ in Zusatzprotokollen würde z. B. klarstellen, dass das Verbot der Altersdiskriminierung von den bestehenden Verträgen bereits als sonstiges Merkmal erfasst ist. Überdies ist zu prüfen, ob eine Aktualisierung des Zweiten Weltaltenplans (MIPAA) erfolgversprechend sein kann, auch angesichts der sich in den steigenden Berichtszahlen spiegelnden Resonanz und Akzeptanz des MIPAA-Prozesses in allen Regionen der Welt. Die Bundesregierung beteiligt sich weiterhin aktiv an diesem Prozess.

3 Ein gutes Leben im Alter: Herausforderungen erkennen, Grundlagen schaffen, Potenziale fördern

3.1 Soziale Sicherung im Alter gewährleisten

Es sind vor allem Lebens- und Erwerbsverläufe, die beeinflussen, welches Einkommen und welches Vermögen Menschen im Alter zur Verfügung stehen. Dabei spielen vielfältige Faktoren eine Rolle. Anzustreben und zu erwarten sind eine weitgehend durchgehende Erwerbsbiografie und eigenes Einkommen von allen erwerbsfähigen Menschen in Deutschland. Vor allem die Lebensverläufe von nichtdeutschen Staatsangehörigen, aber auch von Frauen und insbesondere migrantischen Frauen weisen diese Voraussetzungen aus verschiedensten Gründen nicht in gleichem Maße auf. Sie sind besonders armutsgefährdet.

3.1.1 Alterssicherung

Das Alterssicherungssystem gewährleistet eine materielle Absicherung im Alter und ist damit eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe. Die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) bildet die tragende Säule des deutschen Alterssicherungssystems und ist für eine Vielzahl von Personen die wichtigste Grundlage der materiellen Ressourcen im Alter ab Erreichen der Regelaltersgrenze. Das Rentenniveau (Sicherungsniveau vor Steuern) liegt derzeit stabil bei 48 Prozent – gesetzlich garantiert bis 2025. Die Sicherung einer verlässlichen Rente sowie deren tragfähige Finanzierung wird weiter im Fokus bleiben. Daneben ist es notwendig, die betriebliche Altersversorgung als sinnvolle Ergänzung der gesetzlichen Rentenversicherung quantitativ und qualitativ zu stärken.

Sofern das Existenzminimum durch die Altersversorgung oder sonstige Einkünfte oder Vermögen nicht gesichert ist, besteht Anspruch auf Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung im Rahmen der Sozialhilfe.

3.1.2 Schuldnerberatung

Bei besonders schutzbedürftigen Gruppen greifen bereits jetzt vielfältige Hilfsmechanismen, um eine bestehende Überschuldung abzuwenden. So besteht bei einem Leistungsbezug nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) ein Rechtsanspruch auf kostenlose Schuldnerberatung. Bei Sozialleistungsbezug nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) werden die Kosten für die Schuldnerberatung übernommen. Darüber hinaus besteht für alle anderen Verbraucherinnen und Verbraucher mit 1.350 Schuldnerberatungsangeboten zwar ein freiwillig finanziertes kommunales Angebot, dass jedoch nicht in allen Kreisen zur Verfügung steht.

Zudem fördert das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz (BMUV) mit eigenen Haushaltsmitteln verschiedene innovative und adressatengerechte Projekte, damit von Überschuldung betroffene Verbraucherinnen und Verbraucher frühzeitig Hilfe in Anspruch nehmen können, um ihre Situation zu verbessern. Diese widmen sich unter anderem der Herausforderung, dass Seniorinnen und Senioren aufgrund von Zugangshemmnissen viel seltener als andere Menschen Unterstützung von Schuldnerberatungsstellen in Anspruch nehmen. Das vom BMUV geförderte Projekt „Sozialräumliche soziale Schuldnerberatung für Senior*innen" hat daher zum Ziel, dass schwere Schuldenverläufe bei älteren Menschen durch einen erleichterten Zugang zu einer Beratung gemildert oder verhindert werden.

Unabhängig davon enthält die Richtlinie 2023/2225 vom 18. Oktober 2023 über Verbraucherkreditverträge, mit der die Schutzregeln bei der Vergabe von Verbraucherkrediten erweitert werden, erstmals eine Regelung zu Schuldnerberatungsdiensten. Zukünftig haben die Mitgliedstaaten sicherzustellen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher, die Schwierigkeiten bei der Erfüllung ihrer finanziellen Verpflichtungen haben oder haben könnten, unabhängige Schuldenberatungsdienste zur Verfügung gestellt werden, für die nur begrenzte Entgelte zu entrichten sind. Diese unionsrechtliche Vorgabe ist bis zum 20. November 2024 umzusetzen.

3.1.3 Gleichwertige Lebensverhältnisse und demografischer Wandel

Die Sachverständigenkommission weist auf ungleichwertige Lebensverhältnisse hin. Es ist erklärtes Ziel der Bundesregierung, gleichwertige Lebensverhältnisse in allen Teilen der Bundesrepublik herzustellen. Jede Bürgerin und jeder Bürger soll in der Region gut leben können, wo sie oder er gerne leben möchte. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung 2024 erstmalig einen Gleichwertigkeitsbericht vorgelegt. Die Bundesregierung wird die Demografiesensibilität des Systems der Gleichwertigkeitsindikatoren weiterentwickeln, damit Besonderheiten in den Lebenssituationen von bestimmten Bevölkerungsgruppen bei der Messung des Fortschritts zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse noch besser erkennbar werden. Zu den für eine gesonderte Betrachtung relevanten Bevölkerungsgruppen gehören zum Beispiel neben Familien, Kindern und Jugendlichen, sowie Menschen mit Einwanderungsgeschichte auch ältere Menschen. Die in dem Bericht dargestellten Analysen zeigen, dass zwischen den einzelnen Stadt- und Landkreisen unterschiedlich stark ausgeprägte regionale Ungleichheiten bestehen. In der Gesamtbetrachtung lässt sich für die überwiegende Anzahl der Indikatoren jedoch in den letzten Jahren eine Annäherung beobachten. Gerade strukturschwache Regionen Deutschlands stehen jedoch weiterhin vor großen Herausforderungen, auch aufgrund des in diesen Gebieten weit überwiegend zu erwartenden Bevölkerungsrückgangs, der oft mit einer fortgeschrittenen Alterung einhergeht und sollen deshalb im Rahmen der bestehenden Verwaltungs- und Finanzierungskompetenz des Bundes gefördert und bei der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels unterstützt werden.

Für die Kommunen ist es wichtig, die Interessen und Bedarfe ihrer Einwohnerinnen und Einwohner in Hinblick auf die unterschiedlichen Altersgruppen und Lebensphasen zu kennen, aufzugreifen und im partizipativen Prozess in Ausgleich zu bringen. Das kann den sozialen Zusammenhalt stärken. Um hier Impulse zu setzen, förderte das BMFSFJ seit 2021 bis Ende 2024 das Modellprojekt „Zukunftswerkstatt Kommunen – Attraktiv im Wandel" (ZWK). Hierbei werden 40 Kommunen bei der Erstellung von Demografiestrategien zur Bewältigung der Folgen des demografischen Wandels unterstützt. Durch die Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern in sogenannten Zukunftswerkstätten werden unterschiedliche Generationen direkt in die Strategieentwicklung eingebunden, so dass auch die Bedürfnisse der älteren Bewohnerinnen und Bewohner im nötigen Fokus stehen.

Außerdem ist es Ziel des Bundesprogramms „Mehrgenerationenhaus. Miteinander – Füreinander" (2021 bis 2028), mithilfe der Mehrgenerationenhäuser (MGH) als Begegnungsorte zu guten Entwicklungschancen und fairen Teilhabemöglichkeiten für alle in Deutschland lebenden Menschen beizutragen. Als Fachprogramm im Gesamtdeutschen Fördersystem für strukturschwache Regionen liegt ein besonderer Fokus des Modellprojekts auf

der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in ganz Deutschland. Etwa zwei Drittel der bundesweit rund 530 MGH (67 Prozent) liegen in strukturschwachen und ein Drittel (33 Prozent) in strukturstarken Regionen. In enger Abstimmung mit ihren Kommunen und anderen relevanten Akteuren stärken die MGH mit bedarfsgerechten Angeboten freiwilliges Engagement, Teilhabe und die digitale Bildung aller Generationen und fördern den gesellschaftlichen Zusammenhalt sowie das demokratische Miteinander. Damit unterstützen sie ihre Kommunen dabei, gute Entwicklungschancen und faire Teilhabemöglichkeiten zu schaffen.

3.2 Stärkung selbstbestimmter Lebensverläufe

Wie unter 3.1 angesprochen, beeinflusst der Lebensverlauf das gute Leben im Alter und die damit verbundenen Möglichkeiten zur Teilhabe. Erwerbsarbeit nimmt mit dem Alter, vor allem nach Überschreitung des gesetzlichen Renteneintrittsalters, ab. Aktuell sehen sich viele Branchen mit Fachkräfteengpässen konfrontiert. Dies beeinflusst auch die Diskussion zur Erwerbsarbeit im Alter.

3.2.1 Erwerbsleben und ökonomische Gleichstellung

Um im Alter selbstbestimmt über mögliche Zusatzverdienste oder Arbeitseinsätze entscheiden zu können, ist es notwendig, dass alle Menschen in Deutschland im Alter finanziell grundlegend abgesichert sind. Die beste Vorsorge für eine gute Rente ist eine Erwerbsbiografie ohne Brüche. Treten jedoch Unterbrechungen auf, muss ein Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt auch in der zweiten Lebenshälfte möglich sein. Auch die selbstbestimmte Entscheidung zum längeren Verbleib im Erwerbsleben soll gefördert werden.

Die Bundesregierung hat die Möglichkeiten flexibler Übergänge gestärkt: Für diejenigen, die vor der Regelaltersgrenze in Rente gehen, gibt es seit dem 1. Januar 2023 keine Anrechnung des Einkommens bei der Rente. Zu der Frage, wie ein freiwilliges längeres Verbleiben im Erwerbsleben gefördert werden kann, hat die Bundesregierung unter Beteiligung der Sozialpartner den Dialogprozess „Arbeit & Rente“ durchgeführt.

Seit 2002 fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gute Arbeit für Beschäftigte, Unternehmen und Verwaltungen. Im neuen Förderaufruf von Dezember 2024 mit dem Titel „Mit mehr Vielfalt zu einer erfolgreichen Fachkräftesicherung in kleinen und mittleren Unternehmen“ ist es ein Ziel, die Personalpolitik von Unternehmen so auszurichten, dass eine vielfältigere Belegschaft zur Sicherung von Fachkräften und zur Förderung von Innovation beiträgt. Besonders im Fokus stehen zwei Gruppen: Mitarbeitende mit Migrationshintergrund und ältere Beschäftigte. Damit werden zentrale Themen der aktuellen Debatte zur Fachkräftesicherung, insbesondere zu älteren Beschäftigten sowie zur Integration ausländischer Fachkräfte aufgegriffen.

Die Sachverständigenkommission empfiehlt soziale Unterschiede bei der Erwerbsbeteiligung zu minimieren (Empfehlung 4). Eine substanzielle Erwerbstätigkeit ist wesentliche Voraussetzung für die individuelle wirtschaftliche Eigenständigkeit. Sie ist ein Kernziel der Politik der Bundesregierung für die ökonomische Gleichstellung, die das in Artikel 3 Absatz 2 Satz 2 GG verankerte Gebot einschließt, die Gleichstellung von Männern und Frauen im Arbeitsleben zu unterstützen und adressiert alle Geschlechter gleichermaßen. Die Bundesregierung hat das Ziel der wirtschaftlichen Eigenständigkeit auch im Jahreswirtschaftsbericht 2024 (Ziffer 287) bekräftigt.

Das Bundeskabinett hat am 24. Juli 2024 als Teil des Entwurfs eines Steuerfortentwicklungsgesetzes die Überführung der Steuerklassen III und V in das Faktorverfahren (Steuerklasse IV mit Faktor) beschlossen, um das oftmals für Frauen ungerechte System der Steuerklassen III und V abzulösen. Eheleute bzw. eingetragene Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sollen künftig jeweils dieselbe Steuerklasse erhalten – entweder IV/IV oder IV/IV mit Faktor. Die Person, die bislang als zweitverdienende in Steuerklasse V besonders hohe Lohnsteuer-Abzüge zu verzeichnen hat, profitiert von der neuen Steuerklassenkonstellation. Ihr bleibt künftig ein höherer Nettolohn übrig. Dies ist wichtig, denn damit werden Fehlanreize abgebaut, die einer Ausweitung der Erwerbsarbeit entgegenstehen können und die wirtschaftliche Eigenständigkeit insbesondere von Zweitverdienerinnen erschweren.

Damit insbesondere auch eine zügige Integration von Geflüchteten gelingt und die Erwerbstätigkeit von Menschen mit Migrationshintergrund erhöht wird, müssen viele Akteure ihren Beitrag leisten. Unter anderem müssen die Verfahren zur Anerkennung von ausländischen Qualifikationen weiter beschleunigt werden, ausreichend Kinderbetreuungsangebote zur Verfügung stehen, passgenaue auch berufsbegleitende Deutschkurse angeboten und das Integrationsmanagement zwischen Bund, Ländern und Kommunen weiter verbessert werden.

3.2.2 Sorgearbeit

Um die Erwerbstätigkeit und wirtschaftliche Eigenständigkeit insbesondere von Menschen mit Sorgeverantwortung zu befördern, bedarf es auch einer Stärkung der Unterstützungsvorkehrungen in der Sorgearbeit (Empfehlung 5). Insbesondere Kinderbetreuung und die Pflege An- und Zugehöriger stehen hier im Fokus, denn sie erfordern zeitliche Investitionen, die derzeit vor allem von Frauen geleistet werden. Langfristige Arbeitszeitreduzierungen und Ausstiege aus der Erwerbstätigkeit aufgrund unbezahlter Sorgearbeit erhöhen zudem Armuts- bzw. Altersarmutsrisiken. Mit Blick auf den Lebensverlauf gilt es, die Rückkehr in den Arbeitsmarkt und in eine auskömmliche Beschäftigung genauso zu erleichtern wie die (partnerschaftliche) Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf.

Die Bundesregierung setzt sich hierfür ein, um Frauen – auch eingewanderten Frauen – mehr Erwerbschancen und Männern mehr Familienzeit zu ermöglichen. Pflegende, Eltern und insbesondere Alleinerziehende brauchen flexible und familienbewusste Arbeitsbedingungen, und einen niedrigschwelligen Zugang zu Kindertagesbetreuung ohne Sprach- und andere Barrieren, die ihnen im Lebensverlauf Zeit für Verantwortung im Beruf und in der Familie ermöglichen. Dabei sind Bund und vor allem auch die Länder sowie die Arbeitgeber gefordert. Solche Bedingungen helfen insbesondere Frauen mit Familienverantwortung, erwerbstätig zu sein bzw. ihre Erwerbstätigkeit auszuweiten, und tragen so dazu bei, ihre wirtschaftliche Eigenständigkeit zu realisieren. Sie wirken zudem den Fachkräfteengpässen entgegen. Mit dem Unternehmensprogramm „Erfolgsfaktor Familie“ befördert die Bundesregierung in Kooperation mit Partnern aus Wirtschaft und Gewerkschaften eine familienfreundliche Arbeitswelt. Dazu gehören auch Informationen zum Thema betriebliche Angebote zur Unterstützung pflegender Beschäftigter (Publikationen, Veranstaltungen). Das gleichnamige Unternehmensnetzwerk zählt rund 9.000 Mitglieder.

Mit dem ESF Plus-Programm „Integrationskurs mit Kind Plus: Perspektive durch Qualifizierung“ des BMFSFJ in Kooperation mit dem Bundesministerium des Innern und für Heimat (BMI) können Integrationskursträger während eines Integrationskurses eine zum Regelsystem der Kindertagesbetreuung subsidiäre Kinderbeaufsichtigung in räumlicher Nähe zum Integrationskurs anbieten. So wird Eltern die Teilnahme an einem Integrationskurs ermöglicht und deren Integration befördert, wenn keine reguläre Kindertagesbetreuung genutzt werden kann und die zu beaufsichtigenden Kinder noch nicht schulpflichtig sind. Insbesondere können über diese Angebote interessierte Personen (zum Beispiel Absolventinnen und Absolventen der Integrationskurse) gewonnen werden, die sich, bezuschusst durch das Programm, für eine Tätigkeit in der Kindertagespflege qualifizieren. Durch das Programm werden die Grundlagen für eine spätere Tätigkeit im Bereich der Kindertagespflege geschaffen und somit potentielle Fachkräfte gewonnen. Das ESF Plus-Programm hat eine Laufzeit vom 1. Januar 2024 bis 31. Dezember 2026.

Auch das Elterngeld spielt eine wichtige Rolle bei der finanziellen Sicherheit im Alter. Das Elterngeld wurde in 2007 mit dem Ziel eingeführt, das Einkommen und damit die wirtschaftliche Stabilität von Familien zu stützen. Insbesondere sollen mit dem Elterngeld aber auch die Erwerbsverläufe von Frauen gestärkt werden – diese waren vor der Einführung der Leistung oftmals durch lange Erwerbsunterbrechungen sowie Erwerbstätigkeit mit geringen Stundenumfängen gekennzeichnet.

Erwerbsunterbrechungen von Müttern sind heute kürzer als vor Einführung des Elterngeldes. Das zahlt sich auch langfristig aus, denn es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass Mütter dadurch bessere Chancen bei der Lohnentwicklung und der Alterssicherung haben. Das ist vor allem für diejenigen bedeutsam, die wenig verdienen. Insofern wirkt das Elterngeld auch langfristig gegen Armutsrisiken bei Müttern.

Als Dienststellen des Bundes sind die obersten Bundesbehörden nach dem Bundesgleichstellungsgesetz allen Beschäftigten gegenüber verpflichtet, Arbeitszeiten und sonstige Rahmenbedingungen anzubieten, die Beschäftigten die Vereinbarkeit von Familie oder Pflege mit der Berufstätigkeit erleichtern. Der Bund geht als Arbeitgeber so mit gutem Beispiel voran. Eine mögliche Form ist die Teilzeitbeschäftigung. Neben Vereinbarkeit von Familie, das heißt Kinderbetreuung und/oder Pflege, und der Berufstätigkeit gibt es noch andere Faktoren, wie beispielsweise die alters- oder gesundheitsbedingte Reduzierung der Arbeitszeit, die Teilzeitarbeit erfordern. Dies unterstreicht die Bedeutung von anpassungsfähigen Arbeitszeitmodellen, die es Beschäftigten ermöglichen, ihre beruflichen Verpflichtungen an sich ändernde Lebensumstände anzupassen.

Pflegende Angehörige sollen besser unterstützt werden. Das BMFSFJ setzt sich deshalb für eine Weiterentwicklung der Familienpflegezeit ein, um spürbare Verbesserungen der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu erreichen.

3.2.3 Verantwortungsgemeinschaft

In diesem Zusammenhang kann auch das Anliegen der Sachverständigenkommission geprüft werden, dass Sorgearbeit nicht nur von Familienangehörigen übernommen werden sollte. Gesetzliche Ansprüche und Verantwortungen sollen demnach auch auf nicht-verwandtschaftliche Beziehungen ausgedehnt werden (Empfehlung 6). Das sei gerade auch für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans- und intergeschlechtliche sowie queere Menschen (LSBTIQ*) von großer Bedeutung, da Wahlfamilien und Freundschaftsnetzwerke oft eine bedeutende Rolle im Leben von LSBTIQ* spielen. Sie hätten teilweise den Platz der Herkunftsfamilie eingenommen und wären durch neue Regelungen rechtlich besser abgesichert.

Mit der geplanten Einführung des neuen Instituts der Verantwortungsgemeinschaft soll es unter anderem Alleinstehenden, insbesondere Seniorinnen und Senioren, Alleinerziehenden untereinander oder generationsübergreifend mit Freunden oder entfernten Verwandten ermöglicht werden, die gegenseitige Übernahme von Verantwortung in ihrer Gemeinschaft auf einer gesetzlich vorgeformten rechtlichen Basis abzusichern.

Die Verantwortungsgemeinschaft soll durch einen notariell beurkundeten Vertrag zwischen zwei bis sechs Personen entstehen. Die Mitglieder einer Verantwortungsgemeinschaft sollen über eine für alle Verantwortungsgemeinschaften gleiche Grundstufe hinaus verschiedene Verantwortungsmodule, die jeweils Rechte in bestimmten Bereichen erzeugen, wählen können. So soll ermöglicht werden, dass sie denjenigen Regelungskomplex erzeugen können, der ihrem individuellen Lebensentwurf am besten entspricht. Dabei soll auch ermöglicht werden, Rechtsfolgen zu erzeugen, die außerhalb einer Verantwortungsgemeinschaft nicht durch vertragliche Gestaltung erreicht werden können.

3.3 Gesellschaftliche Teilhabe

3.3.1 Freiwilliges Engagement

Teilhabe im Alter wird durch eine gute finanzielle Versorgung im Alter beeinflusst. Jedoch stärkt auch das freiwillige Engagement die Potenziale von Teilhabechancen im Alter. Die Sachverständigenkommission fordert eine Neubewertung der Rollen älterer Menschen im Engagement. Der Erfahrungsschatz, die Kompetenzen und der Gestaltungswille älterer Menschen sollen hervorgehoben und Möglichkeiten des Engagements gefördert werden (Empfehlung 7). Die Bundesregierung unterstützt ausdrücklich diese von der Sachverständigenkommission geforderte Neubewertung – und stimmt mit ihr darin überein, dass ältere Menschen mit ihrer Lebens- und beruflichen Erfahrung und möglichen zeitlichen Ressourcen eine wichtige Stütze freiwilligen Engagements in Deutschland sind. Neben der Weitergabe von im Berufsleben erworbenen Kenntnissen ermöglicht freiwilliges Engagement, in der nachberuflichen Phase einer erfüllenden Tätigkeit nachzugehen. Gleichzeitig bietet Engagement eine Möglichkeit, differenzierte Altersbilder in der Gesellschaft zu fördern.

Die Bundesregierung setzt sich in der Engagementstrategie des Bundes zum Ziel, freiwilliges Engagement in allen Lebensphasen zu erleichtern und die Rahmenbedingungen für Engagierte zu verbessern. Ein Augenmerk wird dabei auch auf die Ermöglichung von Engagement in der nachberuflichen Phase gelegt.

Aus dem Deutschen Freiwilligensurvey 2014 bezieht die Bundesregierung die Erkenntnis, dass einerseits gute Gesundheit und hohe Lebenszufriedenheit Voraussetzungen dafür sind, dass sich Menschen freiwillig engagieren, und dass umgekehrt Tätigkeiten im freiwilligen Engagement positive Auswirkungen auf Gesundheit und subjektives Wohlbefinden haben. Es wird weiterhin analysiert, dass mit der Zunahme altersbedingter Einschränkungen die Engagementquote rapide sinkt. Das bedeutet, dass auch die positiven Auswirkungen des Engagements für Menschen in dieser Lebensphase zusehends verloren gehen. Die Konsequenz muss sein, die konkreten Hürden für ein Engagement bei diesem Personenkreis zu analysieren und abzubauen und damit freiwilliges Engagement für Ältere mit Einschränkungen inklusiver zu machen. Für diesen Personenkreis ist ein ungehinderter Zugang zum Engagement also besonders wichtig.

3.3.2 Partizipation und zivilgesellschaftliche Organisationen

Auch politische Partizipation wird als essentieller Faktor für Teilhabe gesehen. Die Bundesregierung teilt diese Auffassung und befürwortet entgegen polarisierender Debatten über Generationenkonflikte eine generationengerechte und -solidarische politische Partizipation. Die Arbeit von Seniorenbeiräten auf kommunaler Ebene wird begrüßt, ebenso wie die politische Mitwirkung von zivilgesellschaftlichen Organisationen durch gesellschaftliches Engagement.

In Bezug auf politische Mitwirkungsmöglichkeiten und gesellschaftliche Teilhabe durch Engagement von älteren Menschen sind Wohlfahrtsverbände, Vereine und Initiativen, Seniorenorganisationen und -büros und die zahlreichen zivilgesellschaftlichen Akteure in den Kommunen essentiell. Die Bundesregierung drückt ihnen ihren ausdrücklichen Dank für die geleistete Arbeit aus. Die Empfehlungen 7 und 9 greifen diese Aspekte auf und fordern eine Stärkung dieser Einrichtungen. Dies ist insbesondere auf kommunaler Ebene anzugehen.

In den Einrichtungen und Diensten der Freien Wohlfahrtspflege wird ein Großteil der sozialen Arbeit in Deutschland geleistet – gerade auch im Bereich der Altenhilfe. Ihre haupt- und ehrenamtlichen Verbändestrukturen legen Adern des zivilgesellschaftlichen Engagements in das ganze Land hinein; durch die Betreuung, Begleitung, Beratung und Versorgung von Menschen sichern sie ganz maßgeblich soziale Teilhabe und den gesellschaftlichen Zusammenhalt. Mit ihrer allein am Menschen ausgerichteten Arbeit helfen sie, Einsamkeit zu lindern und vorzubeugen, ermöglichen Begegnungen mit Menschen mit Migrationshintergrund und fördern das Miteinander der Generationen mit den jeweiligen Erfahrungshintergründen und Perspektiven. Sie haben dadurch auch eine grundlegende Bedeutung für die demokratische Resilienz gegen extremistische Tendenzen und wirken gesellschaftlicher Spaltung und Ungleichheiten entgegen. Die Bundesregierung fördert die Verbände und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege strukturell und in ihrer fachlichen Arbeit.

Seit 1991 fördert das BMFSFJ die 1989 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), die mit ihren mehr als 120 Mitgliedsverbänden eine große Bandbreite an seniorenpolitischen Themen abdeckt. Die BAGSO vertritt die Interessen der älteren Generationen in Deutschland. Sie setzt sich für ein aktives, selbstbestimmtes und möglichst gesundes Älterwerden in sozialer Sicherheit ein. Sie fördert ein differenziertes Bild vom Alter, das die vielfältigen Chancen eines längeren Lebens ebenso einschließt wie Zeiten der Verletzlichkeit und Pflegebedürftigkeit.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BaS), im Rahmen der BAGSO-Fördervereinbarung, setzt sich mit dem geförderte Netzwerk der Seniorenbüros, für freiwilliges Engagement älterer Menschen und für eine gute Lebensqualität ein. Die BaS bietet Beratung, Fortbildung und Fachtagungen und initiiert Projekte, die auf lokaler Ebene umgesetzt werden.

3.3.3 (Digitale) Bildung und Lernen im Alter

Im gesamten Lebensverlauf schaffen Lernen und Bildung die Grundlage für ein selbstbestimmtes, von Entwicklungen geprägtes Leben. Ältere Menschen sind daran interessiert, Neues zu lernen und lernfähig bis ins höchste Alter. Bildungsaktivitäten im Alter tragen zu Kompetenz- und Persönlichkeitsentwicklung sowie zur Gesundheit Älterer bei, fördern freiwilliges Engagement, soziale und politische Partizipation und leisten so auch einen unverzichtbaren Beitrag zur Gesamtgesellschaft. Entsprechend fordert die Kommission, die Beteiligung älterer Menschen an Bildung zu stärken (Empfehlung 8).

Die vom BMFSFJ geförderte Servicestelle „Bildung und Lernen im Alter“ bei der BAGSO ist die zentrale Ansprechstelle für Fachleute, Multiplikatoren der Senioren- und Bildungsarbeit und ältere Menschen zum Thema Bildung und Lernen im Alter. Mit dem Projekt werden älteren Menschen Zugänge zu Bildungsangeboten ermöglicht, Multiplikatoren in der Bildungsarbeit zum Thema Geragogik qualifiziert und vernetzt sowie gute Praxisbeispiele sichtbar gemacht.

Außerdem startet das BMFSFJ das Programm „Bildung und Engagement ein Leben lang“ (BELL) im Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus). Voraussichtlich ab April 2025 werden Vorhaben gefördert, die Bildungsaktivitäten älterer Menschen erhöhen, indem Lerngelegenheiten bundesweit ausgebaut und qualitativ weiterentwickelt werden.

Das Erlernen digitaler Kompetenzen ist dabei ein besonders wichtiger Bildungsbereich in Anbetracht der fortschreitenden Digitalisierung und den vielen Millionen Offlinern und Älteren mit nur geringen digitalen Kompetenzen.

Der „DigitalPakt Alter“ ist eine Initiative vieler Partner zur Stärkung der Teilhabe älterer Menschen in der digitalen Welt. Als ein Baustein werden bis 2025 300 niedrigschwellige Lern- und Erfahrungsorte für ältere Menschen gefördert, an denen ältere Engagierte Anfängerinnen und Anfänger beim Umgang mit digitalen Technologien unterstützen.

Im Projekt „Digitaler Engel PLUS“ vermitteln mobile Ratgeberteams deutschlandweit und insbesondere im ländlichen Raum älteren Menschen alltagsnah digitale Kompetenzen. Darüber hinaus werden Freiwilligendienstleistende in Einrichtungen der Altenhilfe zu „Digitalen Engeln vor Ort“ qualifiziert und vermitteln anschließend digitale Kompetenzen an Menschen in stationären Einrichtungen.

Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege werden durch die Bundesregierung gefördert, damit diese in der Lage sind, die digitale Transformation der Gesellschaft gemeinwohlorientiert mitzugestalten.

Zusätzlich zu nennen ist ebenfalls das vom BMUV geförderte Projekt „Digitale Teilhabe für Menschen mit besonderen Aufklärungsbedarfen“. Mit dem Verbundprojekt der BAGSO Service GmbH und Deutschland sicher im Netz e. V. (DsiN) soll Menschen mit Sinnes- und Mobilitätseinschränkungen Digitalkompetenz vermittelt werden, damit sie als Verbraucherinnen und Verbraucher sicher und selbstbestimmt digitale Medien nutzen können, auch um auf diese Weise ihre Beeinträchtigungen zu kompensieren und ihnen neue Zugänge zu gesellschaftlichen Bereichen sowie Möglichkeiten der Partizipation zu eröffnen.

Im Projekt „KISS – KI-unterstützte Steigerung der Mobilität und gesellschaftlichen Teilhabe von Senior:innen“ wird partizipativ mit der Zielgruppe älterer Menschen ein verständliches, nutzendenadaptives Handlungsempfehlungssystem co-entwickelt und im Feld evaluiert. Das System motiviert auf Basis von Umgebungsdaten (wie beispielsweise Daten des öffentlichen Personennahverkehrs (ÖPNV) und Daten zu Fahrstühlen) und Künstlicher Intelligenz (KI) dazu, individuelle Aktivitätsangebote zur gesellschaftlichen Teilhabe wahrzunehmen. Individuelle Mobilitätsbarrieren werden verringert und das Mobilitätsverhalten älterer Menschen langfristig gestärkt.

3.3.4 Kulturelle Teilhabe

Kulturelle Teilhabe älterer Menschen ist ein relevanter Faktor für eine gute gesellschaftliche Teilhabe (Empfehlung 8). Kunst und Kultur sind elementar für Persönlichkeitsentfaltung, Kreativität, die Erfahrung von Gemeinschaft und die gesellschaftliche Selbstverständigung. Kulturelle Teilhabe ist daher ein Schlüsselfaktor der Integration, des Dazugehörens und des Zusammenhalts.

Die Beauftragte der Bundesregierung für Kultur und Medien setzt sich daher unter anderem dafür ein, dass die vom Bund geförderten Kultureinrichtungen noch intensiver als bisher kulturelle Teilhabemöglichkeiten eröffnen und die Diversität in den Einrichtungen stärken.

3.4 Räumliche Gestaltung ermöglicht Teilhabe

Die Bundesregierung stimmt mit der Altersberichtskommission überein, dass das private Wohnumfeld und der Sozialraum eine wichtige Rolle dabei spielen, inwieweit sich Ungleichheiten verfestigen oder Teilhabe gelebt werden kann.

3.4.1 Mobilität und Mobilitätseinschränkungen

Die Bundesregierung teilt die Feststellung des Altersberichts, wonach Mobilität im Alter eine wichtige Bedingung für gesellschaftliche Teilhabe ist. In diesem Sinne ist die Ermöglichung von Mobilität im Alter als relevante Aufgabe der Seniorenpolitik zu verstehen, die zudem die große Heterogenität der Lebensumstände älterer Menschen in Deutschland berücksichtigen muss.

Der Altersbericht weist zurecht darauf hin, dass die individuelle Mobilität unter anderem vom gesundheitlichen Zustand und den eigenen wirtschaftlichen Verhältnissen abhängt. Hierdurch begründete Benachteiligungen hinsichtlich der Mobilität können sich wiederum negativ auf die Teilhabe an der Gesellschaft, auf die persönliche Gesundheit oder auf den durch An- und Zugehörige zu erbringenden Unterstützungs- und Betreuungsaufwand auswirken sowie das Gefühl von Einsamkeit verstärken. Dabei sollte das Thema nicht mit einem Fokus auf vermeintliche Defizite älterer Menschen adressiert, sondern als Facette des aktiven Alterns verstanden werden. Das wiederum ermöglicht die teilhabenorientierte Nutzung von Chancen und die Entfaltung von Potenzialen der älteren Menschen in Deutschland.

Im dem für die Alltagsmobilität insbesondere relevanten öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) sind die Einflussmöglichkeiten des Bundes bei der Ausgestaltung jedoch begrenzt. Denn die Zuständigkeit für Planung, Organisation, Ausführung und Finanzierung des Nahverkehrs liegt grundsätzlich bei den Ländern und Kommunen. Der Bund unterstützt sie bei der Bewältigung dieser Aufgabe mit jährlichen Zahlungen auf verschiedenen Rechtsgrundlagen.

Zudem ist bundesgesetzlich vorgegeben, dass die Nahverkehrspläne die Belange der in ihrer Mobilität oder sensorisch eingeschränkten Menschen mit dem Ziel berücksichtigen für die Nutzung des ÖPNV bis zum 1. Januar 2022 eine vollständige Barrierefreiheit zu erreichen. Die Umsetzung und damit das Ergreifen geeigneter Maßnahmen zur Erreichung des Ziels der vollständigen Barrierefreiheit obliegt den Ländern und Kommunen. Auch wenn die Zielsetzung bisher nicht erreicht werden konnte, haben die Länder und Kommunen in den letzten Jahren

erhebliche Anstrengungen unternommen, um dem Ziel so nahe wie möglich zu kommen, und werden diese auch weiter fortführen.

Außerdem stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit dem Impulsgeber Bewegungsförderung ein digitales Planungstool zur Entwicklung einer bewegungsförderlichen Kommune für ältere Menschen zur Verfügung.

Die im Bericht hervorgehobene Förderung der Mobilität zu Fuß kann zudem zur Gesundheit im Alter beitragen.

Für die zunehmende Zahl älterer Menschen mit Behinderungen sind Selbstbestimmung und Teilhabe wichtige durchzusetzende Rechte. Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK), die seit 2009 im Rang eines einfachen Bundesgesetzes steht, enthält einen Rechtsanspruch auf Inklusion in allen Lebenslagen und Politikbereichen.

Der Koalitionsvertrag der laufenden Legislaturperiode enthält als zentrales Anliegen die Verbesserung der Barrierefreiheit in Deutschland. Mit der ressortübergreifenden „Bundesinitiative Barrierefreiheit (BiBa)“ sollen Vorhaben zur Gesetzgebung zur Barrierefreiheit sowie Maßnahmen in den Bereichen Mobilität, Wohnen, Bauen, Gesundheit und Digitales umgesetzt werden. Sie soll außerdem dazu beitragen, das Ziel der Barrierefreiheit durch Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung breit in der Gesellschaft zu verankern. Hiermit wird auch die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland in zentralen Punkten vorangetrieben. Die Umsetzung der BiBa-Maßnahmen ist ein wesentlicher Baustein zur Verbesserung des Lebensumfeldes im höheren Lebensalter.

3.4.2 Wohnen

Die Bundesregierung unterstreicht, dass die Forderungen der Empfehlungen 10 und 11 des Sachverständigenberichts im Rahmen der vorliegenden Möglichkeiten bereits angegangen werden. Der Fokus der Bundesregierung liegt darauf, durch den Einsatz historisch hoher Fördermittel eine Trendwende im sozialen Wohnungsbau herbeizuführen und die Anzahl der Sozialwohnungen in Deutschland wieder zu erhöhen. Seitdem der Bund den Ländern wieder Finanzhilfen für den sozialen Wohnungsbau gewährt, konnte der Rückgang an Sozialmietwohnungen bereits abgeschwächt werden. Die massiv erhöhte bundesseitige Unterstützung ermöglicht es den Ländern, die Attraktivität ihrer Förderprogramme trotz gestiegener Zinsen und Baukosten zu erhalten und zu steigern. Ein Schwerpunkt liegt dabei auch auf der Förderung von Investitionen in den bedarfsgerechten barrierefreien Wohnraum.

Als allgemeine finanzielle Unterstützung bei den Wohnkosten dient darüber hinaus das Wohngeld. Mit der Wohngeldreform 2023 wurde eine dauerhafte Heizkostenkomponente und eine Klimakomponente im Wohngeld eingeführt und das allgemeine Leistungsniveau deutlich erhöht. Die Zahl der wohngeldbeziehenden Haushalte ist damit erheblich gestiegen, darunter auch viele Rentnerhaushalte, die rund die Hälfte der Wohngeldempfänger ausmachen. Mit der Dynamisierung im Wohngeld erfolgt alle zwei Jahre eine Anpassung an die allgemeine Mieten- und Inflationsentwicklung. Dadurch wird die Entlastungswirkung des Wohngeldes auf dem Niveau der Reform 2023 dauerhaft erhalten und dient damit auch der finanziellen Entlastung vieler Haushalte älterer Menschen mit geringerem Einkommen.

Umzugsmöglichkeiten in bedarfsangepasste Wohnungen ohne finanzielle Mehrbelastungen können hilfreich für die Weiterführung eines eigenständigen Lebens sein. Wichtige Faktoren hierbei sind eine barrierefreie Wohnraumgestaltung, größenangepasste Wohnungen sowie ein altersgerechtes Wohnumfeld (beispielsweise mit einer autofrei erreichbaren Nahversorgung). Wenn bei Menschen im Alter eine freiwillige Umzugsbereitschaft aus einer, auf Grund von Lebensverläufen zu groß gewordener Wohnung, in eine kleinere und bedarfsangepasste Wohnung besteht, sollten Umzugshilfen bereitgestellt werden können.

Insbesondere die spezifischen Bedarfe an das Wohnen im Alter müssen weiter in den Blick genommen werden. So fördert das BMFSFJ über das Modellprogramm „AGIL – Altersgerecht, gemeinschaftlich und inklusiv leben“ bundesweit beispielhafte Investitions- und Bauprojekte, die in ihrer Konzeption und ihrer Umsetzung innovativ und modellhaft für bedarfsgerechtes und gemeinschaftliches Wohnen sind. Das Programm baut auf den Erkenntnissen auf, dass es für ein selbstbestimmtes Wohnen im Alter neben einer altersgerechten Wohnung auch ein bedarfsgerechtes Wohnumfeld, eine Vernetzung von analogen und digitalen Angeboten sowie eine altersgerechte Quartiersentwicklung braucht. Deshalb wird mit AGIL die Bildung von Gemeinschaft und informellen Hilfenetzen, auch unabhängig von der Familie, gefördert. Darüber hinaus wird die Entstehung von Wohnformen unterstützt, die das gemeinschaftliche Wohnen mit Versorgungsbausteinen zur Pflege, Teilhabe, Beratung und Fürsorge verbinden. Zudem werden Projekte gefördert, die auf innovative Weise mit dem Einsatz von Technik und der Umsetzung von Barrierefreiheit im Alltag umgehen.

3.4.3 Quartier und Sozialraum

Über das private Wohnen hinaus kann auch durch Quartiersentwicklung die Teilhabe älterer Menschen gestärkt werden. Dies beinhaltet auch, beispielsweise die gesundheitlichen Bedarfe der Menschen und Entwicklungen der Klimakrise im Blick zu behalten.

Der gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen getragenen Städtebauförderung kommt hierzu eine besondere Rolle zu. In baulicher Hinsicht sind die Aufwertung und Anpassung des Wohnumfeldes und des öffentlichen Raumes als barrierefreie bzw. barrierearme Begegnungs-, Aufenthalts- und Bewegungsorte (zugleich mit klimatischen Ausgleichsfunktionen von Grün- und Freiflächen) sowie die Verbesserung altengerechter, aber zugleich auch familien- und kindgerechter sozialer Infrastrukturen zentral. Daneben zielt insbesondere das Städtebauförderungsprogramm Sozialer Zusammenhalt auf die Mobilisierung von Teilhabe und ehrenamtlichem Engagement. Die Städtebauförderung leistet auch einen Beitrag zur Überwindung von Einsamkeit.

In der Praxis kann beispielsweise ein Familien-, Bildungs- und Begegnungszentrum beim Generationskaffee als lebendiger Ort des Austauschs und der Gemeinschaft dienen oder in Projekten Schülerinnen und Schüler mit Bewohnerinnen und Bewohnern aus dem Pflegeheim verbinden, in denen gemeinsam der Mietergarten besucht oder kreativ gearbeitet wird.

Eine Basis zu einer altersfreundlichen Quartiersentwicklung legt unter anderem auch das Konzept der „Age-friendly cities“ (Deutsch: Altersfreundliche Städte) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die Bundesregierung ermutigt Kommunen, dieses Konzept umzusetzen, um den Anforderungen einer Kommune für alle Lebensalter gerecht zu werden. Dies ist auch eine Empfehlung aus der UNECE-Ministerkonferenz in Rom zur weiteren Umsetzung der Verpflichtungen aus dem Zweiten Weltaltenplan, sowie eines der Handlungsfelder der United Nations (UN) Dekade des gesunden Alterns.

Zu einem teilhabeorientierten Sozialraum gehören entsprechende Angebote, die Menschen ermöglichen wohnortnah und niedrigschwellig mit anderen in Kontakt zu treten. Anknüpfend an das Konzept der „Age-friendly cities“, welches den demografischen Wandel in den Blick nimmt, braucht es Angebote, die Generationensolidarität und -miteinander stärken. Mehrgenerationenhäuser bieten als Begegnungsorte die Möglichkeit generationenübergreifenden Engagements.

Das BMFSFJ strebt neben der Förderung von zivilgesellschaftlichen Strukturen zur Verbesserung der Lage der älteren Generationen die Verstetigung von Modellprojekten insbesondere durch die Übergabe in kommunale Strukturen an. So konnte zum Beispiel in dem Modellprojekt des Malteser Hilfsdienstes e. V. „Miteinander – Füreinander: Kontakt und Gemeinschaft im Alter“ zur Vorbeugung und Linderung von Einsamkeit älterer Menschen ein Großteil der 110 Projektstandorte in die Strukturen der Malteser oder kommunale Verantwortlichkeiten übergeben werden.

Im Rahmen des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung und Regionale Wertschöpfung (BULEplus) unterstützt das BMEL über die Bekanntmachung „Soziale Dorfentwicklung – Starke Gemeinschaften für zukunftsfähige ländliche Räume“ innovative Projekte, die zur Stärkung von Gemeinschaften in ländlichen Städten und Gemeinden beitragen. Die Vorhaben sollen sich unter anderem den Schwerpunkten „Schaffung oder Nutzbarmachung sozialer Begegnungsorte / Treffpunkte“ oder „Unterstützungs- und Begleitstrukturen für ältere Menschen“ widmen.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der BULEplus-Bekanntmachung „LandMobil“ das Projekt „Multifunktionale und bidirektionale Dienstleistungen in Herscheid und Plettenberg (MobilSorglos)“ (02/2020 bis 06/2023) unterstützt. Mit Hilfe eines umgebauten Minibusses und eines umgebauten Wohnmobils werden Dienstleitungen der Verwaltung und Telemedizin für immobile jüngere und ältere Menschen mobil angeboten.

3.4.4 Einsamkeit

Daran anknüpfend, ist anzuerkennen, dass die Altersberichtskommission das Thema Einsamkeit sowohl im Zusammenhang mit sozialräumlicher Planung als auch in gesundheitlicher Dimension aufbringt. Einsamkeit wird als hemmender Faktor für die Teilhabe älterer Menschen gesehen. Auch als Konsequenz von Ageismus wird das Risiko von Einsamkeit erkannt. Diese Zusammenhänge sieht auch die Bundesregierung. Die Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit beinhaltet zahlreiche Maßnahmen, um Einsamkeit in allen Altersgruppen vorzubeugen und zu lindern. Von Einsamkeit besonders betroffene Gruppen werden mit der Strategie stärker in den Blick genommen. Dazu zählen ältere Menschen, die einem erhöhten Risiko für das Erleben von Einsamkeit ausgesetzt sind. Es ist anzunehmen, dass in der Gruppe der älteren Menschen – trotz hoher Resilienz, die sich vor allem in der Coronapandemie zeigte – die Möglichkeit selbstständig Einsamkeit zu lindern erschwert ist. Um dies

vorzubeugen, braucht es Angebote. So fördert das BMFSFJ mit Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds Plus (ESF Plus) seit Oktober 2022 bis September 2027 das Programm „Stärkung der Teilhabe älterer Menschen – gegen Einsamkeit und soziale Isolation“. Bundesweit werden in mehr als 70 Projekten Maßnahmen gefördert, die sich an Menschen ab 60 Jahren richten. Es handelt sich vorrangig um Beschäftigte, die am Übergang in die nachberufliche Phase stehen. Unabhängig vom Thema Einsamkeit ermöglichen diese Projekte auch, sich auf die veränderten Bedingungen dieses neuen Lebensabschnitts vorzubereiten und sich auch mit Veränderungen im Einkommen und im sozialen Netzwerk auseinanderzusetzten – alles Themenbereiche, die Teilhabe beeinflussen. Das vom BMFSFJ geförderte Kompetenznetz Einsamkeit (KNE), umgesetzt vom Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V., befasst sich mit den Ursachen und Folgen von Einsamkeit in allen Altersgruppen und fördert die Erarbeitung und den Austausch über förderliche und hinderliche Faktoren in der Prävention und Intervention von Einsamkeit in Deutschland. Im KNE werden Netzwerke auf- und ausgebaut. Betroffene und Multiplikatoren können sich über das KNE auf einer Angebotslandkarte über Angebote vor Ort informieren. Das KNE setzt auch das Einsamkeitsbarometer um. Es hat die umfassende Berichterstattung zu Einsamkeit in Deutschland zum Ziel. Für eine vertiefte Betrachtung der Einsamkeit älterer Menschen liefert darüber hinaus der Deutsche Alterssurvey auch künftig Erkenntnisse.

3.5 Gesund bleiben und Unterstützung bereithalten

Verschiedenste Dimensionen physischer, psychischer und sozialer Gesundheit beeinflussen die selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe. Gesundheitsförderliche Lebenswelten, der Zugang zu Angeboten der Prävention (Empfehlung 12), Gesundheitsförderung und der Rehabilitation sowie die Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sind zentrale Faktoren gesundheitsbezogener Teilhabe älterer Menschen.

3.5.1 Versorgung und Fachkräfte

Dezentrale räumliche Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen der Daseinsvorsorge haben sich nicht erst seit der Coronapandemie bewährt, sondern sind generell grundlegend für flächendeckende und wohnortnahe Angebote. Diese bestehen vor allem in den zentralen Orten, die von der Landes- und Regionalplanung in Form von Ober- und Mittel- bzw. Grundzentren festgelegt werden. Die standörtliche Konzentration von Einrichtungen der Daseinsvorsorge in den durch den ÖPNV gut erreichbaren zentralen Orten, ist eine wichtige räumliche Voraussetzung für die soziale Teilhabe und Integration älterer Menschen. Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund nehmen zentrale Orte in ländlich-peripheren und strukturschwachen Räumen eine besondere Anker-Funktion wahr, tragen zu gleichwertigen Lebensverhältnissen bei und sollten daher gestärkt und gut an das Umland angebunden werden. Darüber hinaus sind die Sicherung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie Pflege konkrete Handlungsbereiche, die auch im Rahmen von Modellvorhaben der Raumordnung („Lebendige Regionen“, „Krisenfeste Raum- und Infrastrukturen durch zentralörtliche Konzepte“) in Form von Projekten und Strategien gefördert wurden.

Insgesamt helfen auch flexible, moderne Versorgungsstrukturen und digitale Lösungen dabei, die Versorgung der Menschen vor Ort abzusichern. Sie können zudem durch gute Arbeitsbedingungen dazu beitragen, Ärztinnen, Ärzte und weiteres medizinisches Fachpersonal sowie Pflegekräfte für ländliche Regionen zu gewinnen.

Die gesundheitliche Versorgung der alternden Bevölkerung mit zunehmend multimorbiden Patientinnen und Patienten ist nämlich auch zukünftig auf gut qualifiziertes Gesundheitsfachpersonal in ausreichender Zahl angewiesen.

Dies fordert ein stringentes Vorgehen aller relevanten Akteure. Auf Grundlage der branchenübergreifenden Fachkräftestrategie der Bundesregierung arbeitet das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an Maßnahmen zur Verbesserung der Fachkräftesituation für den Gesundheits- und Pflegebereich. Dabei geht es darum, in verschiedenen Handlungsfeldern den besonderen Bedarfen in diesem Bereich zur Sicherung, Stärkung und zum Ausbau von Personal gerecht zu werden. Um den Prozess einer Fachkräftesicherung durch wissenschaftliche Expertise zu flankieren, wurde der Sachverständigenrat für Gesundheit und Pflege (SVR) beauftragt, ein Gutachten zur Fachkräftesicherung zu erstellen, in dem aktuelle Rahmenbedingungen in diesem Bereich sowie künftige Handlungsmöglichkeiten für das deutsche Gesundheitswesen analysiert werden.

Ergänzend ist aber auch die Fachkräfteanwerbung aus Drittstaaten notwendig, um die bestehenden Bedarfe decken zu können. Die Regierung hat sich als Ziel gesetzt, die notwendige Gewinnung von ausländischen Fachkräften und die Anerkennung von im Ausland erworbenen Berufsabschlüssen zu vereinfachen und zu beschleunigen. Mit dem Pflegestudiumstärkungsgesetz wurde unter anderem durch bundeseinheitliche Formvorgaben für die

Unterlagen, die bei den jeweils zuständigen Behörden einzureichen sind, die Anerkennung vereinfacht und beschleunigt. Das BMG hat darüber hinaus etliche wichtige Maßnahmen auf den Weg gebracht (unter anderem die Entwicklung des staatlichen Gütesiegels „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“ und des Werkzeugkoffers Integration sowie der Pilotierung von Global Skills Partnerships und der integrierten Ausgleichsmaßnahme INGA), um den gesamten Prozess beginnend bei der Anwerbung über die Berufsanerkennung bis zum Integrationsmanagement zu vereinfachen und zu erleichtern und damit attraktiver zu gestalten.

Mit den in den letzten Jahren erfolgten Berufsrechtsreformen der bundesrechtlich geregelten ärztlichen und anderen Heilberufe, wie dem Pflegeberufegesetz, dem Anästhesietechnische- und Operationstechnische-Assistenten-Gesetz oder dem MT-Berufe-Gesetz, wurden die Ausbildungen in den Gesundheits- und Pflegeberufen zukunftsfähig und attraktiv aufgestellt. In der Ausbildungsoffensive Pflege arbeiteten Bund, Länder, Sozialpartner und Verbände zusammen für einen erfolgreichen Start der neuen Pflegeausbildung. Das BMFSFJ finanzierte zur Gewinnung von Auszubildenden in der Pflege zwei große Öffentlichkeitskampagnen „Mach Karriere als Mensch“ und danach „Pflege kann was“ (Laufzeit bis Mai 2025). Von 2020 auf 2023 stieg die Zahl der Eintritte in eine berufliche Pflegeausbildung um 5 Prozent.

Das Pflegestudiumstärkungsgesetz (2024) erhöhte die Attraktivität der hochschulischen Pflegeausbildung mit der Einführung einer Ausbildungsvergütung für die Studierenden. 2024 bereitete die Bundesregierung Gesetzentwürfe für eine bundeseinheitliche Pflegefachassistenzausbildung sowie zur Stärkung der Pflegekompetenzen vor und führte Fach- und Expertengespräche zur Vorbereitung der Etablierung eines Berufsbilds auf Master-Niveau, das sich am internationalen Modell der Advanced Practice Nurse orientiert. Ziel ist ein durchlässiges Pflegebildungssystem von der Pflegeassistenz über die berufliche Ausbildung und den Pflege-Bachelor bis hin zum Pflegestudium auf Master-Niveau. Damit können jeweils eigene Zielgruppen für die verschiedenen Qualifizierungslevel angesprochen und für eine Tätigkeit in der Pflege gewonnen werden.

Um mehr Nachwuchs für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung zu gewinnen, wurde im „Masterplan Medizinstudium 2020“ unter anderem eine sogenannte „Landarztquote“ vereinbart. Damit wird den Ländern die Möglichkeit eröffnet, einen bestimmten Anteil der bereits bestehenden Medizinstudienplätze vorab an Bewerberinnen und Bewerber zu vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss des Studiums und der fachärztlichen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen oder Planungsbereichen tätig zu sein.

Die Sachverständigenkommission empfiehlt, die Steuerung- und Gestaltungsverantwortung der Kommunen im Bereich der pflegerischen Versorgung deutlich auszubauen. Dies betreffe unter anderem die Bereiche der Prävention, der Pflegeberatung und der verbindlichen Pflegestrukturplanung. Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz vom 19. Juni 2023 wurde die Förderung von gemeinsamen regionalspezifischen Modellvorhaben für die Entwicklung von Unterstützungsmaßnahmen und -strukturen vor Ort und im Quartier in das SGB XI aufgenommen. Modellvorhaben werden gemeinsam durch die soziale und private Pflegeversicherung und entsprechend durch Land oder/und Kommune gefördert. Zu den Zielen zählt auch, den Zugang zu den vorhandenen Pflege- und Unterstützungsangeboten zu verbessern, Unterstützungs- und Entlastungsstrukturen für Pflegearrangements auf- und auszubauen und innovative Konzepte zur Stärkung der gesellschaftlichen Solidarität zu entwickeln.

Die altersbedingte höhere Wahrscheinlichkeit gesundheitlicher Einschränkungen, insbesondere von Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status, darf nicht bedeuten, dass Menschen Möglichkeiten zur selbstbestimmten Teilhabe erschwert werden. Das gilt auch für die Bereitstellung digitaler Angebote in der Gesundheitsversorgung. Oft sind diese Dienstleistungen für ältere Menschen, auch mit Behinderungen, nicht zugänglich – zum einen, weil sie überdurchschnittlich häufig das Internet noch nicht nutzen, zum anderen, weil die Angebote nicht ausreichend barrierefrei gestaltet sind. Digitale Angebote sind entsprechend so zu konzipieren, dass sie für alle Menschen nutzbar sind, insbesondere im Bereich der Gesundheitsversorgung. Die Anstrengungen sind daher verstärkt darauf zu richten, besonders vulnerablen Gruppen gesundheitsbezogene digitale Teilhabe zu ermöglichen, sie an der Entwicklung der Angebote zu beteiligen sowie soziallagenbezogene Benachteiligungen zu vermindern. Im Bereich der Pflege sind solche Regelungen bereits vorhanden: So haben Pflegebedürftige Anspruch auf Versorgung mit digitalen Pflegeanwendungen (DiPA), um Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen zu mindern bzw. einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Ferner haben Pflegebedürftige bei der Nutzung digitaler Pflegeanwendungen Anspruch auf ergänzende Unterstützungsleistungen. Die Bundesregierung ist bestrebt, die bestehenden Regelungen weiterzuentwickeln, damit qualitativ hochwertige digitale Pflegeaufwendungen auch in die Versorgung gelangen. Weiterhin gehören technische Unterstützungssysteme (zum Beispiel technische Pflegehilfsmittel und technische Hilfen im Rahmen der Verbesserung des individuellen oder gemeinsamen Wohnumfelds) zum Leistungsspektrum der Pflegeversicherung.

Es werden zur Kompetenzentwicklung auf Seiten älterer Menschen sowohl beim DigitalPakt Alter als auch in der Servicestelle Bildung bei der BAGSO Themenhalbjahre zu digitaler Gesundheitskompetenz durchgeführt.

3.5.2 Prävention und Rehabilitation

Um insbesondere auch Strukturen für ein gesundes Altern zu schaffen und weiterzuentwickeln haben die Krankenkassen mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung und den Pflegekassen eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie entwickelt und gewährleisten ihre Umsetzung und Fortschreibung im Rahmen der Nationalen Präventionskonferenz (NPK) nach § 20e SGB V. Die Nationale Präventionsstrategie umfasst zentral die Vereinbarung bundeseinheitlicher, trägerübergreifender Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (§ 20d Abs. 3 SGB V) sowie die Erstellung eines Berichts über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsbericht), der zuletzt im Juni 2023 veröffentlicht wurde. Eines der drei übergeordneten lebensphasenorientierten Ziele der Bundesrahmenempfehlungen ist „Gesund im Alter“. Für dieses Ziel sind in den Bundesrahmenempfehlungen wesentliche gesundheitsförderliche Handlungsbedarfe und als prioritäre Zielgruppen „Personen nach der Erwerbsphase in der Kommune“ sowie „Bewohnerinnen und Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen“ beschrieben.

Rehabilitation stellt eine weitere wichtige Säule dar, wenn es um die Vermeidung oder Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit geht. Insbesondere die geriatrische Rehabilitation bzw. die mobile Rehabilitation, die auch in der Häuslichkeit oder in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen werden kann, sind sehr effektiv unter anderem auch zur Erhöhung der Teilhabe, was sich in dem Grundsatz „Reha vor und bei Pflege“ ausdrückt. Nach den Regelungen des am 29. Oktober 2020 in Kraft getretenen Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes (IPReG) wird ferner von der Krankenkasse bei einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht mehr überprüft, ob diese medizinisch erforderlich ist, sofern die geriatrische Indikation durch dafür geeignete Abschätzungsinstrumente vertragsärztlich überprüft wurde (§ 40 Absatz 3 SGB V).

Mit dem Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz (PUEG) wurde der Zugang von Pflegepersonen zu Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen gestärkt. Seit dem 1. Juli 2024 haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Mitnahme in die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung der Pflegeperson. Dies unterstützt die Pflegeperson bei der Realisierung ihrer Ansprüche und kann langfristig der Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation dienen (§ 42a SGB XI).

3.5.3 Demenz

Die Sachverständigenkommission weist auf die Zunahme von Demenz-Prävalenzen mit zunehmendem Lebensalter hin. Damit wird aufgrund des demografischen Wandels auch die Zahl der Menschen mit Demenz insgesamt steigen. Mit der 2020 verabschiedeten Nationalen Demenzstrategie greift die Bundesregierung die Herausforderung Demenz gesamtgesellschaftlich auf, um die Lebenssituation von Menschen mit Demenz in allen Bereichen nachhaltig zu verbessern. Die Strategie bündelt auch umfangreiche Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe. Gerade in frühen Phasen der Demenz ist ein selbstbestimmtes und selbstständiges Leben möglich und von den Betroffenen gewünscht. Das Bundesprogramm „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ des BMFSFJ fördert bundesweit etwa 120 Demenznetzwerke, um die Vernetzung relevanter Akteure sowie die bedarfsgerechte Schaffung von Angeboten für Menschen mit Demenz zu unterstützen. Der Fokus des Förderprogramms wurde dabei auf Regionen gelegt, die strukturschwach sind und/oder in denen bisher noch Angebote fehlen. Mit der Ausweitung der Förderung von Netzwerkstrukturen gemäß § 45c Absatz 9 SGB XI werden auch weiterhin Netzwerke zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen sowie vergleichbar nahestehenden Pflegepersonen unterstützt.

Die Nationale Demenzstrategie der Bundesregierung zeigt, wie Kooperation verschiedener Akteure die Teilhabe von Menschen mit Demenz fördern kann. Die Erfolge bestärken die Bundesregierung, die Strategie gemeinsam mit den beteiligten Akteuren weiterzuentwickeln und über das Ende der ersten Laufzeit im Jahr 2026 hinaus fortzuführen.

3.5.4 Psychische Gesundheit, Suizid und Gewalt in der Pflege

Das BMG arbeitet kontinuierlich an der Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, auch unter Berücksichtigung besonderer Zielgruppen. Dazu hat das BMG bereits in der vergangenen Legislaturperiode den Psychiatrie-Dialog als partizipativen Prozess gemeinsam mit Expertinnen und Experten und Betroffenen initiiert und führt ihn in der aktuellen Legislatur fort.

Zudem fördert das BMG seit November 2022 das Projekt „Integrierte Hilfen und Netzwerkarbeit für psychisch kranke alte Menschen (IMPAM)“ der Aktion Psychisch Kranke e. V. (APK). Ziel des Projektes ist die regionale Implementierung von personenzentrierten, integrierten Hilfen für psychisch kranke alte Menschen, in der Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Prävention.

Die Sachverständigenkommission widmet sich auch den Themen Suizid und Gewalt in der Pflege. Die Suizidprävention soll verbessert werden (Empfehlung 14) und Gewalt im Pflegekontext soll unter anderem im Rahmen der Lösung struktureller Versorgungs- und Qualitätsprobleme in der Langzeitpflege vermehrt in den Fokus genommen werden (Empfehlung 27).

Das BMG setzt sich bereits seit vielen Jahren für die Prävention von Suiziden und suizidalem Verhalten ein und sieht in der Suizidprävention eine hohe gesellschaftlicher Bedeutung. Nach Vorstellung der Nationalen Suizidpräventionsstrategie am 2. Mai 2024 wurde auf Grundlage der Strategie sowie einer Entschließung „Suizidprävention stärken“ (Bundestagsdrucksache 20/7630) ein Gesetzentwurf zur Stärkung der Suizidprävention erarbeitet, der sich zum Zeitpunkt Ende November 2024 in Abstimmung mit dem Ressortkreis befindet. Ziel des Gesetzentwurfes soll sein, Akteure und Maßnahmen im Bereich der Suizidprävention zu koordinieren und eine zeitnahe und dauerhafte Umsetzung weiterführender Ansätze zu initiieren. Dabei werden auch besondere Risikogruppen, wie beispielsweise ältere Männer, in den Blick genommen.

Insbesondere ältere Männer stellen nämlich eine Risikogruppe für Suizide dar. Das BMFSFJ setzt daher den Fokus auf Präventions- und Unterstützungsarbeit und fördert mit dem Bundesforum Männer auch die vom Verband betriebene Plattform männerberatungsnetz.de, die auf Anliegen und Lebenskrisen von Männern spezialisiert ist. Die Plattform listet Beratungsangebote deutschlandweit zu verschiedenen Themenfeldern, unter anderem in einer eigenen Rubrik auch für die Zielgruppe der älteren Männer.

Darüber hinaus setzt sich das Bundesforum für eine männersensible und geschlechtergerechte Pflege ein, um Wünsche und Bedarfe älterer Männer zu berücksichtigen und Gewalt in der Pflege vorzubeugen.

Die Altersberichtskommission nähert sich dem Thema der Gewalt in der Pflege über das Themenfeld Ageismus und die Annahme, dass Ageismus das Risiko für Gewalt gegen ältere Menschen generell und spezifisch für pflegebedürftige ältere Menschen erhöhen kann. Allerdings wird betont, dass Gewaltvorkommnisse in der Pflege nicht allein auf Ageismus zurückgeführt werden können, sondern aus einem komplexen, multikausalen Bedingungsgefüge resultieren. Die Bundesregierung hat diese Problemlage erkannt und nimmt sich diesem Thema unter anderem im Rahmen der Umsetzung eines Beschlusses der Arbeits- und Sozialministerkonferenz zum „Gewaltschutz für pflegebedürftige Menschen“ (99. ASMK, TOP 5.18) an. In diesem Kontext hat sich eine interministerielle Steuerungsgruppe gebildet, die gemeinsam mit dem Land Berlin und in Austausch mit Wissenschaft und Zivilgesellschaft zentrale Herausforderungen und Handlungsfelder zum Gewaltschutz in der Pflege identifiziert und Empfehlungen erarbeitet hat, um den Schutz vor und die Prävention von Gewalt im Pflegekontext stärker auszubauen.

Ein entsprechender Bericht der Steuerungsgruppe wurde im Herbst 2024 an die ASMK übergeben. Zudem haben die beteiligten Bundesressorts bereits erste Maßnahmen aus den Empfehlungen in die Wege geleitet und beabsichtigen eine Weiterarbeit in der Steuerungsgruppe.

3.5.5 Hitze, Ernährung und Bewegung

Hitze nimmt in Deutschland zu und stellt eines der größten klimawandelbedingten Gesundheitsrisiken dar. Menschen im höheren Lebensalter sind aufgrund einer Reihe von Risikofaktoren besonders anfällig für gesundheitliche Probleme während hoher Temperaturen und Hitzewellen.

Die Erarbeitung, Abstimmung und Weiterentwicklung von Hitzeschutzmaßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen ist daher auch zentraler Bestandteil des „Hitzeschutzplan für Gesundheit“, den das BMG im Sommer 2023 auf den Weg gebracht hat. In Vorbereitung auf den Sommer 2024 hat das BMG unter anderem Handlungsempfehlungen zur Erreichbarkeit von Menschen im höheren Lebensalter zum Hitzeschutz entwickelt. Eine Kommunikationsstrategie und Kommunikationsleitfäden sind auf der vom BMG geförderten Plattform „Hitzeservice.de“ abrufbar. Auch auf dem zentralen Internetportal der BZgA werden unter www.klima-mensch-gesundheit.de qualitätsgesicherte Informationen und Verhaltenshinweisen speziell für Menschen im höheren Lebensalter bereitgestellt.

Es ist wichtig, dass ältere Menschen kühlende Grünflächen von ihren Wohnstandorten fußläufig erreichen können, um bei Hitze für Entlastung und Erholung zu sorgen. Im Entwurf der Deutschen Anpassungsstrategie an den Klimawandel (DAS) hat das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) als ein

Ziel der Klimaanpassung im Handlungsfeld Stadt- und Siedlungsentwicklung die „Aktivierung von Stadtgrün zur Reduzierung der Hitzebelastung“ benannt. Dabei soll sich der Indikator „Erreichbarkeit kühlender Grünflächen“ bis 2030 nicht verschlechtern und in Gebieten mit prioritärem Handlungsbedarf, der sich unter anderem durch die Vulnerabilität der dort lebenden Bevölkerung bestimmt, ab 2026 eine Verbesserung erreicht werden.

Das BMWSB hat im Juli 2024 eine Hitzeschutzstrategie in der Stadtentwicklung und im Bauwesen veröffentlicht. Darin wird ein Schwerpunkt auf besonders vulnerable Gruppe gelegt. Handlungsfelder der Strategie sind unter anderem die Verschattung besonders hitzebelasteter Orte, die Schaffung von kühlen Orten in der Stadt sowie ein besserer Hitzeschutz in Gebäuden.

Über die BMUV-Förderrichtlinie „Klimaanpassung in sozialen Einrichtungen“ (AnpaSo) werden soziale Einrichtungen wie Pflegeheime, Einrichtungen für Seniorinnen und Senioren und Krankenhäuser unterstützt, sich gegen die Folgen der Klimakrise wie Hitze, Starkregen oder Hochwasser zu wappnen. Zudem förderte das BMUV über die Förderrichtlinie „Maßnahmen zur Anpassung an die Folgen des Klimawandels“ verschiedene Vorhaben, die dem Schutz älterer Menschen vor den gesundheitlichen Folgen des Klimawandels dienen.

Im Rahmen des 2023 verabschiedeten Aktionsprogrammes Natürlicher Klimaschutz unterstützt das BMUV Kommunen bei Baumpflanzungen, der Anlage naturnaher Parks und der Schaffung von Naturoasen.

Zur Information der Bevölkerung wurden kostenlose Ratgeber veröffentlicht, die darüber aufklären, wie die körperliche und mentale Gesundheit im Klimawandel geschützt werden kann.

Am 1. Juli 2024 trat das Bundes-Klimaanpassungsgesetz (KAnG) in Kraft. Es setzt einen Rahmen für die Klimaanpassung in Bund, Ländern und Kommunen. Dieser Rahmen ermöglicht es, die Klimaanpassung auf allen Ebe-nen und über Handlungsfelder hinweg voranzubringen. Auf Grundlage des KAnG hat die Bundesregierung am 11.12.2024 eine vorsorgende Klimaanpassungsstrategie vorgelegt. Ein wichtiges Handlungsfeld ist dabei die menschliche Gesundheit und Pflege. Zudem ist der Schutz vulnerabler Gruppen, zu denen auch die älteren Men-schen gehören, Bestandteil der Strategie.

Um Angebote bedarfs- und bedürfnisgerechter Verpflegung für Seniorinnen und Senioren zu fördern und die Ernährungskompetenz von Seniorinnen und Senioren, Angehörigen und Verantwortlichen in der Verpflegung zu stärken, fördert die Bundesregierung die Vernetzungsstellen (VNS) für Seniorenernährung in den Ländern.

Gefördert wird des Weiteren das von der Plattform Ernährung und Bewegung (peb) entwickelte generationsübergreifende Programm zur Stärkung der Ernährungskompetenz „Küchenpartie mit peb“. Mittels gemeinsamer Kochaktionen, die sich an Kinder und Jugendliche zwischen 10 und 14 Jahren und ältere Menschen ab 65 Jahren richten, werden die Ernährungskompetenz vor allem der Jüngeren und die soziale Teilhabe der Älteren gefördert.

Um die Bewegungsförderung in Deutschland für alle Altersgruppen zu stärken, initiierte das BMG im Oktober 2022 den „Runden Tisch Bewegung und Gesundheit“, der im August 2023 endete. Als Ergebnis dieses Prozesses wurde ein Konsenspapier erstellt, welches auch ältere Menschen betrifft. Die Vereinbarungen für diese Zielgruppe stärken die Kooperation zu Bewegung auf Bundes- und Länderebene, sie verbessern die Erreichbarkeit von inaktiven Menschen und erhöhen die Sichtbarkeit von Bewegungsangeboten für ältere und pflegebedürftige Personengruppen. Das BMG wird den Prozess der Umsetzung der am Runden Tisch vereinbarten Maßnahmen begleiten und die erzielte Vernetzung nutzen, um weiter an dem Thema zu arbeiten, mit dem Ziel, das Potential der Bewegung für die Gesundheit noch besser auszuschöpfen.

Mit den Programmen des Städtebaus, an denen der Bund finanziell beteiligt ist, werden auch kommunale Investitionen in einen bewegungsfreundlichen Nahraum unterstützt. Das Beispiel eines Rathausparks, der zu einem Mehrgenerationen-Aktiv-Park umgestaltet wurde, zeigt, dass auch Menschen höheren Lebensalters davon profitieren.

4 Lebensrealitäten älterer Menschen anerkennen

4.1 Ageismus erkennen und Maßnahmen entsprechend anpassen

Die Bundesregierung begrüßt, dass die Sachverständigenkommission das Thema Ageismus so prominent im Bericht aufgreift. Insbesondere jetzt: Die bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes gemeldeten Fälle von Altersdiskriminierung sind in 2023 um 70 Prozent gestiegen im Vergleich zum Vorjahr und entsprechen etwa 14 Prozent der Gesamtanfragen. Wie dort beschrieben hat Ageismus, als ungerechtfertigte ungleiche Behandlung älterer Menschen aufgrund ihres Alters, vielfältige Ausprägungsformen und weitreichende Folgen auf ihre Teilhabemöglichkeiten. Ageismus ist auf individueller und struktureller Ebene – auch intersektional – zu begegnen.

Ein differenziertes Bild vom Alter ist unabdingbar. Gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der unsere Gesellschaft vor Herausforderungen stellen wird, müssen älteren Menschen vor Diskriminierung geschützt werden. Mit dem Programm „Alter neu denken – Altersbilder“ verfolgt das BMFSFJ das Ziel, die vielfältigen Lebensentwürfe älterer Menschen bekannter zu machen. Dadurch sollen die Vorstellungen vom Leben im Alter erneuert und ältere Menschen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten selbstbestimmt in die Gesellschaft einzubringen (entgegen internalisiertem Ageismus). Aber auch Menschen anderer Altersgruppen sollen angeregt werden, ihr Bild vom Alter zu überprüfen.

Bezüglich der Empfehlung einer aufzulegenden Kampagne gegen Ageismus (Empfehlung 15) wird die Bundesregierung prüfen, wie Ageismus in verschiedenen Lebensbereichen begegnet, wie Altersstereotype weiter aufgebrochen, aus Erkenntnissen gelernt und das Themenfeld Ageismus ganzheitlich und intersektional betrachtet werden kann. Allein gesetzlicher Schutz gegen Altersdiskriminierung ist nicht ausreichend. Ein wirksames Vorgehen gegen Ageismus erfordert eine grundlegende gesellschaftliche Sensibilisierung zum Thema. Das schließt die Sensibilisierung insbesondere von Menschen ein, die täglich mit älteren Menschen arbeiten. Einige Beispiele liefert die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS). So war es Ziel der Kampagne „Ohne mich würdet ihr alt aussehen“, das Bewusstsein für das Potenzial älterer Frauen zu stärken und ihre Teilhabe am Arbeitsmarkt zu fördern. Altersdiskriminierung war ebenfalls Teil der ADS Kampagne „Hab ich was gegen!“. Dabei wird gezeigt, wie Betroffene gegen Diskriminierung vorgehen können und in welchen Situationen das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) Rechtsschutz bietet. Zuletzt unterstützt die ADS eine Kampagne vom Silbernetz e. V., die mit Plakaten und Weiterbildungen über negative Wahrnehmungen und Annahmen über ältere Menschen aufklärt.

Darüber hinaus betrachtet das Kapitel institutionalisierten Ageismus. In der Studie „Altersdiskriminierung bei der Kreditvergabe“ des Instituts für Finanzdienstleistungen, die im Auftrag der ADS erstellt wurde, wird deutlich, dass altersbedingte Benachteiligung bei der Kreditvergabe dazu führt, dass die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen sowie ihre Möglichkeit, Risiken durch Kreditaufnahme zu bewältigen, erschwert wird.

4.2 Menschen mit Migrationsgeschichte im Alter

Die Bundesregierung begrüßt, dass die Neunte Altersberichtskommission explizit die Situation älterer Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick nimmt.

Rund 2,5 Millionen Menschen in Deutschland, die über 65 Jahre und älter sind haben einen Migrationshintergrund. Der vorliegende Bericht geht von einer weiteren Zunahme um 2,5 Millionen in den kommenden 10 Jahren aus. Es zeichnet sich ab, dass immer mehr Ältere mit Migrationshintergrund auch ihre dritte und vierte Lebensphase in Deutschland verbringen und die kulturelle Vielfalt innerhalb der Gruppe der Älteren deutlich zunimmt. Damit wächst der Bedarf transkulturelle Kompetenzen des Fachpersonals in der Pflege zu stärken.

Hinsichtlich Gesundheit, Morbidität und Mortalität/Lebenserwartung deutet die empirische Befundlage in Deutschland (und in anderen westlichen bzw. europäischen Ländern) auf eine große Heterogenität innerhalb der Bevölkerung mit Migrationshintergrund hin. Insgesamt leben Menschen mit Migrationshintergrund länger als Menschen ohne Migrationshintergrund. Jedoch geht die höhere Lebenserwartung mit zum Teil schlechterer Gesundheit einher. Angebote zur Prävention und zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz, sollten daher die gesundheitliche Teilhabe aller Bevölkerungsgruppen ermöglichen um ein gesundes und aktives Altern zu unterstützen.

Insgesamt handelt es sich bei älteren Migrantinnen und Migranten um eine erheblich wachsende Gruppe. Somit ergeben sich verstärkt Herausforderungen bei der Erreichung der Zielgruppe und hinsichtlich adäquater Versorgungsstrukturen, wobei die materielle Schlechterstellung insbesondere von Frauen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden sollte.

Die Sachverständigenkommission empfiehlt, dass die Datenlage zu dieser bislang unterrepräsentierten Gruppe auszubauen ist (Empfehlung 30). Die Bundesregierung kann die Empfehlung nachvollziehen, wenngleich die Erhebung von Daten bei dieser sehr heterogenen Bevölkerungsgruppe Herausforderungen mit sich bringt. Die Arbeit des vom BMFSFJ geförderten Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) leistet bereits einen wichtigen Beitrag, die Datenbasis zu verbessern. Insbesondere in den Bereichen Pflege, pflegende Angehörige und der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in transnationalen Familien erweitern qualitative Studien das Wissen. Ein Austausch zwischen dem DeZIM und dem DZA, das generelle wissenschaftliche Grundlagen zum Alter und Altern in Deutschland liefert, besteht. Es wird geprüft, inwieweit die Institute Datengrundlagen harmonisieren und den Diskurs über Lebenslagen älterer Menschen mit Migrationshintergrund unterfüttern und damit sichtbarer machen können.

Eine Herausforderung bei der Erhebung von Daten zu älteren Migrantinnen und Migranten ist die große Vielfalt innerhalb der Gruppe. Beispielsweise können zu einigen Menschen aus gleichem Herkunftsland aufgrund größerer Fallzahlen gute Aussagen getroffen werden, die aber nur nach individueller Prüfung auf andere Gruppen verallgemeinert werden können. Zudem erschweren transnationale Lebensstile und Rückkehrmigration Datenerhebungen.

Auswanderung aus und die Rückkehr nach Deutschland stellen gerade für Seniorinnen und Senioren eine besondere Herausforderung dar. Die Bundesregierung kommt ihren Verpflichtungen nach dem Gesetz zum Schutze der Auswanderinnen und Auswanderer (Auswandererschutzgesetz (AuswSG)) nach. Sie fördert entsprechende Informations- und Beratungsstrukturen für alle Menschen, die Deutschland verlassen wollen oder müssen, um in einem anderen Land zu leben, wie auch für im Ausland lebende Deutsche, die nach Deutschland zurückkehren möchten.

Die Sachverständigenkommission betont insbesondere die Intersektionalität von Benachteiligungen, die ältere Migrantinnen und Migranten betreffen. So sind ältere Migrantinnen häufiger von Altersarmut betroffen. Ältere Migrantinnen und Migranten sehen sich mit Diskriminierung, unter anderem im Gesundheitswesen und bei ihren Wohnsituationen, konfrontiert. Die Kommission empfiehlt, in verschiedenen Bereichen die Diversitätssensibilität von Fachpersonal zu stärken und damit Versorgungsnachteile abzubauen (Empfehlungen 18 und 19).

Die Bundesregierung hat die transkulturelle Öffnung in der Pflege und die rassismus- und diskriminierungssensible Ausbildung des Fachpersonals im Blick. Das BMG fördert aktuell das Modellprojekt „Transkulturelle Öffnung in der Pflege – Rassismussensibilisierung durch Dialog, Reflexion und Transformation“: Unter Einbeziehung aller Organisationsebenen (Auszubildende, Praxisanleitende und Lehrkräfte) sollen am Beispiel eines Komplexversorgers mit angebundener Ausbildungsstätte Barrieren für einen rassismus- und diskriminierungsfreien Lehr- und Berufsalltag untersucht und sodann personal- und organisationsspezifische Maßnahmen erprobt sowie Fort- und Weiterbildungsangebote weiterentwickelt werden.

Ziel der Ausbildungen in den ärztlichen und anderen Heilberufen ist es in erster Linie, das erforderliche Fachwissen und die beruflichen Handlungskompetenzen zur Ausübung des Berufes zu erwerben sowie eine professionelle Identität zu entwickeln. Dies umfasst insbesondere auch die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen aller Altersstufen sowie deren kulturellen und religiösen Hintergrund und somit auch von älteren Menschen und von Menschen mit Migrationshintergrund. Die Berufsgesetze, Ausbildungs- bzw. Studien- und Prüfungsverordnungen sowie Approbationsordnungen der bundesrechtlich geregelten ärztlichen und anderen Heilberufe sind so angelegt, dass insbesondere auch die fachlichen Grundlagen sowie die Bedarfe und Bedürfnisse in der Versorgung von älteren Menschen und von Menschen mit Migrationshintergrund in den Kompetenzprofilen abgebildet werden und in der curricularen Umsetzung, für deren konkrete Ausgestaltung die Länder sowie die Schulen und Hochschulen selbst zuständig sind, Berücksichtigung finden können. Dies umfasst auch die Themen Gerontologie, altersadäquate Interaktion und Kommunikation sowie die Vermittlung von Diversitätskompetenz. Beispielhaft sei hier die bundesrechtlich geregelte Pflegeausbildung genannt, die in der Pflegeausbildungs- und -prüfungsverordnung die zu vermittelnden Kompetenzen bei Planung und Gestaltung des Alltags pflegebedürftiger Personen beinhaltet. Es werden dort verschiedene kulturelle und religiöse Kontexte sowie die Reflexion der eigenen Deutungs- und Handlungsmuster in der pflegerischen Interaktion mit Menschen aus unterschiedlichen kulturellen und religiösen Kontexten berücksichtigt. Der Rahmenlehrplan der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) sieht die Vermittlung von Konzepten der inter- und transkulturellen Pflege vor. Auch in den Ausbildungen der weiteren bundesrechtlich geregelten ärztlichen und anderen Heilberufe wird diesen Aspekten berufsspezifisch Rechnung getragen. Soweit dies noch nicht in adäquater Form erfolgt, wird die Bundesregierung im Zuge aktueller und künftiger Reformprozesse die besonderen Bedarfe und Bedürfnisse von älteren Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigen.

Darüber hinaus existieren für ärztliche und andere Heilberufe eine große Bandbreite an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die vorhandenes Wissen erweitern oder zusätzliche Qualifikationen vermitteln.

Das BMFSFJ beabsichtigt, ab 2025 im Rahmen des Modellprojektes „Kultur- und religionssensible Wohlfahrtspflege – Erprobung praktischer Teilhabe am Beispiel häuslicher Pflege und Alltagsbegleitung für Senior:innen“ die Professionalisierung und Vernetzung von Migrantenselbstorganisationen im Bereich der Wohlfahrtspflege zu unterstützen. Damit soll das Angebot kultur- und religionssensibler sozialer Dienstleistungen erweitert und diversitätssensible Wohlfahrtsstrukturen im Sinne der Empfehlung 19 der Sachverständigenkommission gestärkt werden. Eine wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes wird Erkenntnisse zu den Gelingensbedingungen und Herausforderungen der Etablierung und Verstetigung neuer kultur- und religionssensibler Angebote der häuslichen Pflege und Alltagsbegleitung generieren.

Eingehend auf die Empfehlung 18 fördert die Bundesregierung insbesondere auch niedrigschwellige und gemeinschaftsbasierte Maßnahmen, um den Zugang zur medizinischen und pflegerischen Versorgung für ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zu verbessern: Im Rahmen des Projektes „Gemeinsam bewegen – gesund leben im Alter (GeniAl)“ wurden in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) in verschiedenen Teilprojekten Zugangswege sowie geeignete Angebote zur Bewegungs- und Gesundheitsförderung für ältere Menschen mit Zuwanderungsgeschichte entwickelt und in der Praxis erprobt. Weiterhin wird mit dem Modellvorhaben „Brückenbauerinnen und -bauer in der Hospiz- und Palliativpflege (Palliativ Care)“ in Zusammenarbeit mit den Diakonien in Berlin und Köln zur Stärkung der hospiz- und palliativpflegerischen Beratung, Begleitung und Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen mit Zuwanderungsgeschichte beigetragen.

Die Bundesregierung arbeitet mit verschiedenen Maßnahmen gegen Rassismus (Empfehlung 16). Rassismus ist ein gesamtgesellschaftliches Problem, dessen Prävention und Bekämpfung als querschnittliche Daueraufgabe angegangen werden muss. So entwickelt die Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus unter anderem neue Initiativen sowie Maßnahmen und fördert Erkenntnisse zu strukturellem Rassismus.

Rassismus ist kein Randphänomen, sondern unter uns: Laut Ergebnissen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) hat bereits mehr als jede und jeder Fünfte Rassismus direkt erfahren. Der NaDiRa, mit dem 2020 der Grundstein für ein dauerhaftes Monitoring von Diskriminierung und Rassismus in Deutschland gelegt wurde, soll im Bundesprogramm „Demokratie leben!“ ab 2025 weiter durch das BMFSFJ gefördert werden. Der NaDiRa soll auf Basis unterschiedlicher Datenquellen dauerhaft verlässliche Aussagen über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Diskriminierung und Rassismus in Deutschland treffen.

2025 startet die dritte Förderperiode von „Demokratie leben!“. Das BMFSFJ wird mit dem Bundesprogramm auch weiterhin Demokratie fördern, Vielfalt gestalten und Extremismus vorbeugen. Bis dato hat das BMFSFJ über das Bundesprogramm unter anderem das Kompetenznetzwerk Rassismus gegen Schwarze Menschen sowie zehn Modellprojekte im Themenfeld Rassismus gefördert. Hauptzielgruppe sind Kinder und Jugendliche und deren Bezugspersonen, einzelne Projekte nehmen auch Seniorinnen und Senioren in den Blick.

Das Modellprojekt „Asiat*innen aktiv – für ein Leben ohne Diskriminierung“ unterstützt etwa auch Seniorinnen und Senioren mit asiatischer Einwanderungsgeschichte dabei, Handlungskompetenzen zu erlernen, um Rassismus besser begegnen zu können.

Antiziganismus, als spezifische Form von Rassismus, wird im Sachverständigenbericht nicht erwähnt. Er führt zu massiven intergenerationell wirkenden Nachteilen für betroffene Communities und Familien und betrifft auch ältere Menschen.

Die Bundesregierung hat zur Umsetzung des EU-Rahmens zur Gleichstellung, Inklusion und Teilhabe der Roma bis 2030 (EU-Roma-Strategie) die nationale Umsetzungsstrategie „Antiziganismus bekämpfen, teilhabe sichern!“ beschlossen. Diese fordert gleichberechtigten Zugang zu Bildung, Beschäftigung, Gesundheitsfürsorge und Wohnraum, die effektive Bekämpfung von Antiziganismus sowie die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe von Sinti und Roma in Deutschland. Die unabhängige, zivilgesellschaftliche Melde- und Informationsstelle Antiziganismus (MIA) erfasst antiziganistische Vorfälle und erhellt dadurch das Dunkelfeld.

Auch in diesem Kontext kann das bereits genannte, vom BMG geförderte Vorhaben „Transkulturelle Öffnung in der Pflege – Rassismussensibilisierung durch Dialog, Reflexion und Transformation“ modellhaft zur Identifikation von Diskriminierungsrisiken in der Pflege und zu deren Abbau beitragen. Hier werden personal- und organisationsspezifische Maßnahmen entwickelt und erprobt, die auf die Förderung transkultureller Kompetenzen im Pflegebereich sowohl innerhalb des Personals als auch mit Blick auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten gerichtet sind.

4.3 Offen und selbstbestimmt leben – LSBTIQ* im Alter

Vielfalt in der Gesellschaft bereichert alle. Alle Menschen sollen gleichberechtigt, frei, sicher und selbstbestimmt an der Gesellschaft teilhaben. Die Bundesregierung sieht sich in der Verantwortung für eine aktive Politik gegen Diskriminierung (Empfehlung 17) und hat erstmalig einen ressortübergreifenden Aktionsplan für die Akzeptanz und den Schutz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt (Aktionsplan „Queer leben“) verabschiedet. Mit dem Aktionsplan hat sich die Bundesregierung unter anderem vorgenommen, die spezifischen Bedürfnisse von älteren LSBTIQ* nachhaltig zu verbessern. Im Rahmen des Aktionsplans fand ein umfangreicher Beteiligungsprozess mit der Zivilgesellschaft in Arbeitsgruppen statt. Darunter auch eine Arbeitsgruppe zum Themenfeld „Ältere LSBTIQ* und Altenhilfe“. Das Ziel der Sensibilisierung unter anderem von Fachpersonal in Bezug auf ältere LSBTIQ* schafft Akzeptanz und wirkt Ausgrenzung, Diskriminierung und Einsamkeit von LSBTIQ* entgegen.

Ein weiteres Ziel ist die Unterstützung und Förderung von speziellen Angeboten für ältere LSBTIQ*. Die Arbeitsgruppe hat ein Empfehlungspapier verabschiedet und den zuständigen Bundesressorts zur Verfügung gestellt, um sie bei der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen mit konkreten Vorschlägen zu unterstützen. Die Bundesregierung informierte den Deutschen Bundestag und den Bundesrat im Jahr 2024 über den Stand der Umsetzung dieses Aktionsplans.

Wie die Sachverständigenkommission feststellt, leben wir in einem Land, in dem es immense Fortschritte bei der rechtlichen Gleichstellung von LSBTIQ* gab. So ist, ganz aktuell, am 1. November 2024 das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag (SBGG), das sogenannte Selbstbestimmungsgesetz, in Kraft getreten. Das SBGG stellt die rechtliche Anerkennung von transgeschlechtlichen, intergeschlechtlichen und nicht-binären Menschen auf eine gänzlich neue Grundlage. Mit dem Selbstbestimmungsgesetz wird es ihnen ermöglicht, ihren Geschlechtseintrag im Personenstandsregister durch eine einfache Erklärung beim Standesamt zu ändern – ohne psychiatrische Gutachten, ärztliche Atteste und Gerichtsverfahren, wie sie das in wesentlichen Teilen verfassungswidrige Transsexuellengesetz (TSG) vorsah, das damit nach über vierzig Jahren abgeschafft wurde. Es ist davon auszugehen, dass von der vereinfachten Möglichkeit den Geschlechtseintrag per Selbstauskunft zu ändern, auch ältere Menschen Gebrauch machen werden, die aufgrund der bisher hohen Hürden davon abgesehen hatten.

Dennoch ist anzuerkennen, dass gerade ältere LSBTIQ* die Zeit der Strafverfolgung nach § 175 StGB und § 151 StGB-DDR, der Pathologisierung nicht-heteronormativen Begehrens und Seins, der menschenrechtsverletzenden Auswirkungen des TSG sowie der massiven gesellschaftlichen Ächtung und Stigmatisierung als prägend erlebt haben. Zudem gibt es bis heute Diskriminierungen und LSBTIQ*-feindliche Gewalt. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, dass sich diese kollektiven Erfahrungen in einem Misstrauen und großer Unsicherheit gegenüber den traditionellen Strukturen der Altenhilfe und Altenpflege niederschlägt. Dem muss mit einer aktiven Kultur der Antidiskriminierung und einer sichtbar offenen Willkommenskultur, die als Bestandteil diversitätssensibler Altenhilfe und Altenhilfestrukturen verstanden wird, entgegengewirkt werden.

Entsprechend sind gut funktionierende Netzwerke und starke Interessensvertretungen für Unterstützung und Rückhalt essentiell. Das BMFSFJ stärkt diese beispielsweise mit der projektbezogenen Förderung der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V. und des Dachverbandes Lesben und Alter e. V. Die Projekte initiieren durch gezielte Aktivitäten bedarfsgerechte Angebote zur aktiven gesellschaftlichen Teilhabe und politischen Partizipation, ermöglichen intergenerationale Orte der Begegnung und entwickeln diese weiter. Zugleich sollen die Belange älterer LSBTIQ* in Politik und kommunaler Altenhilfe berücksichtigt und die politische Partizipation im Alter und der Zugang zu Angeboten der Altenhilfearbeit langfristig verbessert werden.

Die Sachverständigenkommission empfiehlt, nicht verausgabte Mittel für Entschädigungsleistungen nach dem Gesetz zur strafrechtlichen Rehabilitierung der nach dem 8. Mai 1945 wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen verurteilten Personen (StrRehaHomG) zur Förderung von LSBTIQ*-Selbstvertretungen, der Erinnerungskultur und einer diversitätssensiblen Altenhilfe zu nutzen (Empfehlung 21). Es ist korrekt, dass nur ein Teil der hierfür eingestellten Mittel abgerufen wird. Es besteht jedoch kein Entschädigungsfonds im technischen Sinne, in dem nicht verausgabte Mittel verwahrt werden und über die Jahre weiterhin zur Verfügung stehen. Dem Bundesministerium der Justiz (BMJ) werden für die Geltungsdauer des Gesetzes und der Richtlinie jährlich Haushaltsmittel bewilligt (Kapitel 0718 Titel 681 03). Werden diese im jeweiligen Haushaltsjahr nicht abgerufen, fließen sie zurück in den Bundeshaushalt und stehen dem BMJ nicht mehr zur Verfügung.

Die Sachverständigenkommission stellt fest, dass LSBTIQ* in der zweiten Lebenshälfte aufgrund ihrer Lebensumstände im Vergleich zu anderen älteren und hochaltrigen Personen tendenziell stärker abhängig von formalen Leistungen der Altenhilfe und Pflege sind. Entsprechend wichtig sei die diversitätssensible Gestaltung von Altenhilfe und Altenhilfestrukturen (Empfehlung 19). Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von sexueller und geschlechtlicher Identität sollte verhindert (Empfehlung 17) und Versorgungsnachteile einzelner Gruppen älterer Menschen im Gesundheitswesen sollten abgebaut werden (Empfehlung 18).

Für den Bereich der Pflege wird daher angeregt, bereits während der Ausbildung das Bewusstsein für die Notwendigkeit einer diversity-kompetenten Kommunikation bei den angehenden Fachkräften zu schaffen (Empfehlung 18). Auch für den Bereich der Altenhilfe wird eine diversitätssensible Gestaltung der Angebote und Leistungen gefordert (Empfehlung 19).

Die Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz sehen für die berufliche Pflegeausbildung explizit die Vermittlung von Kompetenzen einer diversitätssensiblen Biographiearbeit (Empfehlung 17) sowie der Unterstützung bei einer diversitätssensiblen Lebensgestaltung auf der Basis von konzeptionellen Ansätzen der Intersektionalität und einer Diversity-Pflege vor (Empfehlung 18). Aus der Ausbildungspraxis liegen keine

Hinweise von Seiten der Länder oder der Einrichtungsträger auf Probleme bei der Umsetzung der Rahmenpläne vor. Die Arbeitsgruppe „Ältere LSBTIQ* und Altenhilfe“ hat in ihrem Empfehlungspapier zur Umsetzung von Maßnahmen aus dem Aktionsplan „Queer leben“ eine Vielzahl von konkreten Vorschlägen unterbreitet, um Pflegeeinrichtungen und deren Träger zu stärken sowie vorhandene Pflegekonzepte weiterzuentwickeln. Ferner ist in den Grundsätzen der sozialen Pflegeversicherung festgelegt, dass den Wünschen der pflegebedürftigen Menschen, soweit sie angemessen sind, im Rahmen des Leistungsrechts entsprochen werden soll. So haben beispielsweise auch Wünsche der Pflegebedürftigen nach gleichgeschlechtlicher Pflege nach Möglichkeit Berücksichtigung zu finden.

Insbesondere die Empfehlung 20 der Sachverständigenkommission innerhalb der diversen LSBTIQ*-Communities intergenerationale Orte der Begegnung zu schaffen, verdient Beachtung. Die im Sachverständigenbericht zum Teil auch empirisch unterlegte Altersdiskriminierung in den Communities zu adressieren, ist ein wichtiges Anliegen, das zuvörderst in den Communities selbst aufgegriffen werden muss. Die Bundesregierung wird den Austausch mit LSBTIQ*-Selbsthilfeorganisationen suchen, um hier sinnvolle Unterstützungsangebote auszuloten.

5 Strukturen für gutes Altern auf allen Ebenen stärken

Die Bundesregierung stimmt mit der Altersberichtskommission überein, dass eine starke Daseinsvorsorge Grundlage für ein gutes, teilhabeorientiertes Leben im Alter ist. Entsprechend bundes- und landesgesetzlicher Rahmungen, wird diese vor Ort, in den Kommunen, ausgestaltet. Es gibt kein wissenschaftliches Lagebild zum aktuellen Stand der kommunalen Altenhilfestrukturen in Deutschland. Die Sachverständigenkommission fordert dies ein (Empfehlung 31). Die Publikation der BAGSO „Vergleichende Untersuchung der kommunalen Altenarbeit“ gibt bereits einen ersten Überblick über die unterschiedlichen Angebote der Altenhilfe in Deutschland. Auf Bundesebene sollen Optionen geprüft werden, dies repräsentativ auszuweiten. Dies würde auch den Kommunen einen besseren Überblick geben und zur Netzwerkbildung anregen. Die Länder könnten mit Hilfe eines Überblicks zielgenauer eingreifen.

In einem von der BAGSO beauftragten Rechtsgutachten „Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII und der rechtliche Rahmen für ihre Weiterentwicklung“ aus 2022 wird festgestellt, dass kreisfreie Städte und Landkreise verpflichtet seien, ein Mindestmaß an Beratung und offenen Hilfsangeboten für ältere Menschen zu gewährleisten. Die im Sachverständigenbericht genannten „Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V. (DV) zur Umsetzung des § 71 SGB XII“ bauen auf dieser Feststellung auf. Soweit der Sachverständigenbericht den § 71 SGB XII jedoch als Grundlage der Altenhilfe in Deutschland einstuft, weist die Bundesregierung darauf hin, dass zwischen der kommunalen Altenhilfe als Teil der kommunalen Selbstverwaltung nach Artikel 28 Absatz 2 GG und der sozialhilferechtlichen Altenhilfe nach § 71 SGB XII zu unterscheiden ist. Letztere ist eine Fürsorgeleistung, ausgestaltet als eine Hilfe im Einzelfall. Sie soll dabei ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen geleistet werden, soweit im Einzelfall Beratung und Unterstützung erforderlich sind. Die Zuständigkeit für Leistungen nach § 71 SGB XII liegt bei den Trägern der Sozialhilfe, also in der Regel den Stadt- und Landkreisen.

Eine proaktive Politik der Befähigung und der Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe im Alter adressiert nach Einschätzung der Sachverständigenkommission eine Vielzahl von Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen, zwischen denen vielfältige Überschneidungen und Querverbindungen bestehen und die es im Rahmen einer bereichsübergreifenden, strategisch integrierten Politik aufeinander abzustimmen gilt. Als bereichs- und ressortübergreifende Querschnittsaufgabe betreffe die Seniorenpolitik also nicht nur die Geld-, Sach- und Dienstleistungen des Sozialstaates und die Angebote und Infrastrukturen der kommunalen Daseinsvorsorge, sondern darüber hinaus auch Schnittstellen zu einer Vielzahl weiterer Politikfelder. Im Kern solle es bei einem Ausbau des Leistungsangebots darum gehen, die Altenhilfe institutionell aufzuwerten, ihren Fürsorgecharakter so weit wie möglich zu überwinden und eine moderne, vernetzte kommunale Infrastruktur sozialer Dienste für alle älteren Menschen in ganz Deutschland auf- und auszubauen. Es würde dem durch die Sachverständigenkommission geforderten Paradigmenwechsel weg von der Fürsorge widersprechen, die sozialhilferechtliche Altenhilfe nach § 71 SGB XII als Teil des bestehenden Fürsorgesystems Sozialhilfe heranzuziehen. Eine entsprechende Weiterentwicklung der Seniorenpolitik kann insoweit nicht Aufgabe der Träger der Sozialhilfe sein. Es gibt außerdem, wie auch die Sachverständigenkommission feststellt, erhebliche verfassungsrechtliche Hürden, die gegen eine Ausweitung des § 71 SBG XII und auch ein neues Buch im Sozialgesetzbuch zu „Teilhabe im Alter“ sprechen (Empfehlung 25).

Die Bundesregierung begrüßt die Ermutigung der Sachverständigenkommission, die Altenhilfe durch landesgesetzliche Regelungen zu stärken (Empfehlung 24). Kommunen sollen darüber hinaus durch Handreichungen, wie das Papier „Altenarbeit in Kommunen“ der BAGSO oder wie das oben genannte Empfehlungspapier des DV

unterstützt werden. Diese Arbeit der BAGSO wird durch das BMFSFJ gefördert. Mit den Ländern ist das BMFSFJ zur Verbesserung der Altenhilfe im Austausch.

Prinzipiell gilt: Es muss Menschen, die dies benötigen, möglich sein, Unterstützungs- und Beratungsstrukturen einfach zu erreichen – sowohl digital als auch analog. Das beginnt mit der ersten Information, die möglichst aufsuchend und niedrigschwellig gestaltet werden sollte (Empfehlung 26). Aus Sicht der Bundesregierung leisten hier viele Verbände und Organisationen bereits Großes. Die Vielfalt der Angebote ist zum Teil enorm. In vielen Kommunen gibt es Beratungsstellen. Zum Teil sind die Angebote der Seniorenarbeit aber nicht überall oder nur begrenzt vorhanden. Eine Ansprache jeder Einzelperson ist aus Sicht der Bundesregierung nicht leistbar und auch nicht von allen älteren Menschen gewünscht. Die Bundesregierung sieht dennoch die Kommunen in der Pflicht ihre Angebote so aufzustellen, dass alle, die Unterstützung benötigen, leicht darauf zugreifen können.

Es ist notwendig, dass Kommunen bereit sind, eine aktive Daseinsvorsorge für und mit älteren Menschen zu gestalten und auch in der Lage sind, ihrer Verantwortung für regionale Daseinsvorsorge nachzukommen. Finanzielle Engpässe dürfen nicht dazu führen, dass der Ort des Lebensmittelpunkts darüber bestimmt, wie eingebunden ältere Menschen sind und wie gut sich auch Jüngere auf das Alter vorbereiten können.

Leistungen der Daseinsvorsorge – gerade auch der Altenhilfe – werden gemäß dem Grundsatz der Subsidiarität auf kommunaler Ebene ganz wesentlich durch die Organisationen und Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege erbracht. Die Bundesregierung weist in dem Zusammenhang darauf hin, dass die Länder, und nicht der Bund, in erster Linie für die Sicherstellung einer auskömmlichen Finanzausstattung der Kommunen verantwortlich sind. Dies umfasst auch die Sicherstellung kommunaler Angebote der Daseinsvorsorge. Der Bund hat die Kommunen gleichwohl umfangreich finanziell in der Vergangenheit unterstützt und wird dies auch weiterhin im Rahmen seiner grundgesetzlichen Zuständigkeiten tun. Zu nennen ist hier beispielsweise das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung.

6 Dank

Die Bundesregierung dankt der Kommission und ihrer Vorsitzenden Professorin Dr. Martina Brandt sowie der Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung am DZA für die Bearbeitung des gesellschaftlich, aktuell hochrelevanten Themas „Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen“. Der Dank gilt auch den Expertinnen und Experten, die die Arbeit der Kommission und den finalen Bericht bereichert haben.

Neunter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen

Bericht der Sachverständigenkommission an das

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berlin, im Juli 2024

Inhaltsverzeichnis

		Seite
Abbildungsverzeichnis		37
Tabellenverzeichnis		38
Vorwort		40
I.	**Ausgangslage**	47
1	**Alt werden in Deutschland: Potenziale und Teilhabechancen im Wandel**	48
1.1	Zentrale Begriffe: Teilhabe und Teilhabechancen	49
1.2	Zentrale Modelle: Lebenslagen und Capabilities	50
1.3	Zentrale Perspektiven: Vielfalt und Ungleichheit	51
1.4	Leitgedanken: Gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe	52
1.5	Aufbau des Berichts	53
II.	**Lebenssituationen und Teilhabekonstellationen**	55
2	**Materielle Lage**	56
2.1	Materielle Lage im Alter: Empirische Befunde	56
2.1.1	Einkommensungleichheit im Lebenszyklus	56
2.1.2	Einkommen im Alter	57
2.1.3	Armut im Alter	62
2.1.4	Überschuldung im Alter	68
2.1.5	Vermögen im Alter	70
2.1.6	Subjektiver Lebensstandard im Alter	72
2.2	Handlungsansätze zur Gewährleistung materieller Teilhabe im Alter	73
2.2.1	Stärkung des Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung	73
2.2.2	Weiterentwicklung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Rentenversicherung	75
2.2.3	Reform der Erwerbsminderungsrente	76
2.2.4	Bekämpfung „verschämter“ Altersarmut	77
2.2.5	Stärkung der Sozialen Schuldner*innenberatung	78
2.3	Zusammenfassung und Ausblick	79
3	**Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und gesellschaftliche Partizipation**	80
3.1	Erwerbsarbeit und Sorgearbeit im Alter	80
3.1.1	Erwerbsarbeit bis zum Übergang in den Ruhestand	80
3.1.2	Erwerbsarbeit im Ruhestand	84
3.1.3	Sorgearbeit im Alter	85

		Seite
3.2	Gesellschaftliche Partizipation	89
3.2.1	Ehrenamt und freiwilliges Engagement	89
3.2.2	Politische Partizipation	93
3.2.3	Teilnahme am kulturellen Leben und Bildungsaktivitäten	97
3.2.4	Internetzugang, -nutzung und -kompetenz	100
3.3	Zusammenfassung und Ausblick	104
4	**Wohnen und soziale Einbindung**	105
4.1	Wohnen im Alter	105
4.1.1	Bezahlbarkeit des Wohnens	106
4.1.2	Barrierereduziertes Wohnen	108
4.1.3	Wohnmobilität und Umzugsbereitschaft	110
4.2	Mobilität im öffentlichen Raum	111
4.3	Soziale Einbindung	113
4.3.1	Risiken für die soziale Einbindung	113
4.3.2	Unterstützung im persönlichen Netzwerk	117
4.4	Soziale Beziehungen und Strukturen der Versorgung im Sozialraum	119
4.5	Förderung von Teilhabe durch Wohnpolitik und Quartiersentwicklung	121
5	**Gesundheit und Versorgung**	123
5.1	Gesundheitliche Lage im Alter	123
5.1.1	Körperliche Gesundheit und Krankheit	123
5.1.2	Psychische Gesundheit und Krankheit	126
5.1.3	Lebenserwartung und Mortalität	127
5.1.4	Gesundheitsverhalten	129
5.1.5	Regionale Unterschiede der gesundheitlichen Lage	131
5.2	Gesundheit in Wechselwirkung mit Teilhabe	132
5.2.1	Soziale Beziehungen und Gesundheit	132
5.2.2	Einbindung in gesellschaftliche Aktivitäten	134
5.2.3	Wirkungspfade zwischen Ungleichheit, Teilhabe und Gesundheit	134
5.3	Gesundheit und Teilhabe im Kontext von Wohnquartieren	135
5.3.1	Gesundheitsrelevanz einzelner Wohnumfeldfaktoren	136
5.3.2	Wirkung von Sozialräumen auf Gesundheit und Teilhabe	139
5.3.3	Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung	140
5.4	Teilhabeaspekte der medizinischen und pflegerischen Versorgung	141
5.4.1	Medizinische Versorgung	141
5.4.2	Pflegerische Versorgung	144
5.5	Zusammenfassung	149

Seite

III. Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen ... 150

6 Ageismus: Altersbilder, Alternsnormen und Altersdiskriminierung ... 151

6.1 Definition und Dimensionen von Ageismus ... 151

6.2 Kriterien und Maßstäbe für die Bewertung von Ageismus ... 153

6.3 Determinanten von Ageismus ... 155

6.4 Folgen von Ageismus ... 155

6.4.1 Allgemeine Wirkweise von Ageismus ... 156

6.4.2 Empirische Forschung zu Folgen von Ageismus ... 157

6.5 Manifestationen von Ageismus in verschiedenen Lebensbereichen ... 159

6.5.1 Ageismus „in den Köpfen“ ... 159

6.5.2 Ageismus in der Arbeitswelt ... 162

6.5.3 Ageismus in den Medien ... 162

6.5.4 Ageismus in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung ... 164

6.5.5 Ageismus und digitale Technologien ... 166

6.5.6 Ageismus und Recht ... 167

6.6 Evidenzbasierte Strategien gegen individuellen Ageismus ... 172

6.6.1 Bildungsformate zum Thema Alter ... 172

6.6.2 Intergenerationale Programme ... 173

6.6.3 Aufklärungs- und Anti-Ageismus Kampagnen ... 173

6.7 Eine Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer ... 174

6.8 Gesamtbetrachtung: Maßnahmen gegen Ageismus ... 175

7 Migration und Rassismus ... 177

7.1 Begriffsbestimmung, Begriffsbezeichnung und Messung ... 177

7.2 Migrationsbewegungen: Kontextfaktoren und Anschlusschancen ... 180

7.2.1 Ein Blick in die Geschichte der Migration in Deutschland ... 180

7.2.2 Zusammensetzung der älteren Bevölkerung mit Migrationserfahrung ... 183

7.2.3 Rückkehrmigration und Pendelmigration ... 183

7.3 Empirische Befunde zur älteren Bevölkerung mit Migrationsgeschichte ... 184

7.3.1 Bildungs- und Erwerbsbeteiligung ... 184

7.3.2 Einkommen, Rentenniveau und Armutsrisiken ... 185

7.3.3 Wohnen und Nachbarschaft ... 187

7.3.4 Gesundheit, Lebenszufriedenheit und gesundheitliche Versorgung ... 189

7.3.5 Pflegeerwartungen und pflegerische Versorgung ... 193

		Seite
7.4	Rassismus und Teilhabe	198
7.4.1	Der Rassismusbegriff: Komplexität, Definition und Abgrenzungen	198
7.4.2	Rassismus, Alter und Teilhabe in Deutschland	199
8	**Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter**	203
8.1	Zur Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten	203
8.2	Historische Entwicklung – Rechtliche Situation – Generationale Unterschiede	204
8.2.1	Generationen älterer LSBTI*-Personen	207
8.2.2	Sichtbarkeit, Selbstbezeichnung und generationale Unterschiede	208
8.2.3	HIV/Aids und Alter(n)	210
8.3	Empirische Befunde zur LSBTI*-Community in Deutschland	211
8.3.1	Familien- und Lebensformen	212
8.3.2	Bildung und Erwerbsbeteiligung	213
8.3.3	Wohnen	213
8.3.4	Materielle Lage	215
8.3.5	Soziale Eingebundenheit und Zughörigkeit	216
8.3.6	Gesundheit und Lebenszufriedenheit	222
8.3.7	Diskriminierungserfahrungen	227
8.4	Anforderungen an eine diversitätssensible Altenhilfe und Altenpflege	229
9	**Intersektionale Ungleichheiten**	230
9.1	Einführung in den Begriff der Intersektionalität	230
9.1.1	Alter als Differenzkategorie	232
9.1.2	Soziale Ungleichheit und Intersektionalität	232
9.1.3	Perspektiven auf Lebensverlauf und Biografie	233
9.2	Intersektionale Ungleichheiten – drei Fallbeispiele	233
9.2.1	Frau Mutlu: Verschränkung von Migration, geringer Bildung, Armut und Sorgearbeit	234
9.2.2	Herr Christoph: Verschränkung von sexueller Orientierung, Alter und körperlicher Beeinträchtigung	237
9.2.3	Frau Gruber: Verschränkung von geringer Bildung, Armut, Heimerfahrung und ostdeutscher Herkunft	239
9.3	Fallübergreifende Gesamtschau	243
IV.	**Politische Implikationen für selbstbestimmte Teilhabe**	245
10	**Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter**	246
10.1	Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag	246
10.1.1	Wandel der Leitbilder: Von der Fürsorge zur selbstbestimmten Teilhabe	246
10.1.2	Selbstbestimmte Teilhabe als sozialpolitisches Leitbild	247

Seite

10.1.3 Integrierte Senior*innenpolitik als ganzheitlicher Ansatz 250
10.2 Strukturelle Unzulänglichkeiten der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe 252
10.2.1 Senior*innenpolitik als „sekundäres“ Politikfeld 252
10.2.2 Strukturdefizite der Altenhilfe 253
10.3 Reformperspektiven für die Altenhilfe 255
10.3.1 Kommunale Eigeninitiative, finanzielle Förderung und fachliche Begleitung 256
10.3.2 Verbindliche Ausführungsgesetze auf Landesebene 259
10.3.3 Bundesgesetzliche Regelungen: Einführung eines neuen Sozialgesetzbuches? 261
10.3.4 Politische Optionen: Die drei Reformvarianten in der Diskussion 263
10.4 Auf dem Weg zu einer zeitgemäßen, integrierten Senior*innenpolitik 265

11 Empfehlungen 266

Literaturverzeichnis 277

Abbildungsverzeichnis

		Seite
Abbildung 1	Facetten von Teilhabe	50
Abbildung 2	Durchschnittliches jährliches Nettoäquivalenzeinkommen in Deutschland in Euro pro Jahr nach Altersgruppen, 2021	56
Abbildung 3	Personen ab 65 Jahren: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region und Geschlecht, 2019, in Euro pro Monat	59
Abbildung 4	Personen ab 65 Jahren: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Herkunft und Geschlecht, 2019, in Euro pro Monat	61
Abbildung 5	Armutsgefährdungsquoten im Zeitverlauf, 2005-2021, in Prozent	63
Abbildung 6	Regionale Unterschiede (Kreise und kreisfreie Städte) in Bezug auf sozioökonomische Benachteiligung und mittlere Lebenserwartung bei Geburt	131
Abbildung 7	Pfade von geringer Kontrolle zu sozioökonomischen Ungleichheiten von Gesundheitschancen (auf der Mikro- oder Personenebene)	135
Abbildung 8	Erwartungen an ältere Menschen	161
Abbildung 9	Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter im zeitlichen Verlauf, 2016 bis 2022, in Prozent	187
Abbildung 10	Vertrauen in die Nachbarschaft nach Migrationsgruppen, Personen ab 50 Jahren	188
Abbildung 11	Lebenszeitprävalenz Depression von LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, nach Geschlecht, in Prozent	225
Abbildung 12	Wheel of Power & Privilege	231
Abbildung 13	Zentrale Handlungsfelder und Aufgabenbereiche einer integrierten Politik für ein gutes Leben im Alter (Auswahl)	251

Tabellenverzeichnis

		Seite
Tabelle 1	Einkommensungleichheit nach Altersgruppen, verschiedene Ungleichheitsmaße, 2021	57
Tabelle 2	Einkommenskomponenten der persönlichen Einkommen bei Personen ab 65 Jahren (2019)	58
Tabelle 3	Durchschnittliches Nettoeinkommen von Frauen ab 65 Jahren nach Familienstand, 2019, in Euro pro Monat	60
Tabelle 4	Armutsgefährdungsquoten nach Altersklassen, 2021, in Prozent	62
Tabelle 5	Armutsgefährdungsquoten von 65-Jährigen und Älteren, nach Geschlecht sowie nach Bundesländern und Region (Bundesmedian), 2021, in Prozent	64
Tabelle 6	Armutsgefährdungsquoten (Altersgruppe 65 Jahre und älter) nach Staatsangehörigkeit, Migrationsstatus und Geschlecht, 2022	65
Tabelle 7	Grundsicherungsquoten (Bezieher*innen ab Regelaltersgrenze) zum 31.12. des Jahres, nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht, 2015-2022, in Prozent	67
Tabelle 8	Erhebliche materielle und soziale Deprivation (Quoten) nach Alter und Geschlecht, 2021, in Prozent	68
Tabelle 9	Überschuldungsstatistik: Beratene Personen nach Altersgruppen und Schuldenhöhe, 2022	69
Tabelle 10	Überschuldungsquoten nach Altersgruppen, 2013 bis 2022, in Prozent	70
Tabelle 11	Personen mit einem Nettovermögen über 100.000 Euro nach soziodemografischen Merkmalen, 2020/2021, in Prozent	71
Tabelle 12	Personen mit einem hohen subjektiven Lebensstandard nach soziodemografischen Merkmalen, 2020/2021, in Prozent	72
Tabelle 13	Altersgruppenunterschiede im Bereich „Erwerbsarbeit“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent	82
Tabelle 14	Altersgruppenunterschiede im Bereich „Sorgearbeit“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent	87
Tabelle 15	Altersgruppenunterschiede in dem Bereich Ehrenamt nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020), in Prozent	91

Seite

Tabelle 16	Altersgruppenunterschiede in politischer Partizipation nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020), in Prozent	94
Tabelle 17	Altersgruppenunterschiede im Bereich „Teilnahme am kulturellen Leben und Bildungsaktivitäten“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent	98
Tabelle 18	Altersgruppenunterschiede im Bereich „Internetzugang, -nutzung und -kompetenz“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp und funktionaler Einschränkung sowie nach materieller Lage“ (2020/2021), in Prozent	102
Tabelle 19	Anteil der Personen, auf die das jeweilige Risiko für geringere soziale Bindung zutrifft, in Prozent	114
Tabelle 20	Phasen deutscher Migrationsgeschichte seit 1945	180
Tabelle 21	Sexuelle und geschlechtliche Identitäten: Glossar	204
Tabelle 22	Wohnortgröße (Gemeindegrößenklassen) von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	214
Tabelle 23	Materielle Lage von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	215
Tabelle 24	Einsamkeitserleben von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	217
Tabelle 25	Besuchshäufigkeit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	218
Tabelle 26	Nutzung von Angeboten und Beteiligung an Angeboten der LSBTI*-Community nach Altersgruppe, in Prozent	219
Tabelle 27	Zugehörigkeitsgefühl zur LSBTIQ*-Community nach Altersgruppen, in Prozent	220
Tabelle 28	Physische Gesundheit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	223
Tabelle 29	Psychische Gesundheit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent	224
Tabelle 30	Diskriminierungserfahrungen aufgrund von sexueller Orientierung, Geschlecht oder Geschlechtsidentität von LSBTI*-Personen, nach Alter, in Prozent	227
Tabelle 31	Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Bereichen aufgrund sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität (in der LSBTI*-Community), 50 Jahre und älter, in Prozent	228

Vorwort

Geschätzte Leser*innen,

vor Ihnen liegt der Sachverständigenbericht zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung mit dem Titel „Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen“. Wir stellen in diesem Bericht die Vielfalt und Unterschiedlichkeit der Lebenssituationen älterer Menschen in Deutschland dar und untersuchen, ob die Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe für alle älteren Menschen in gleichem Maße gegeben sind. Dabei zeigen wir auch, wie die Teilhabechancen älterer Menschen gegebenenfalls verbessert werden können. Wir freuen uns sehr, dass Sie diesen Bericht aufgeschlagen haben, und hoffen, dass Sie die Anregungen und Informationen, die Sie suchen, auf den folgenden etwa 250 Seiten finden werden. „Wir“, das sind elf Wissenschaftler*innen aus den Sozial- und Verhaltenswissenschaften, die von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Lisa Paus, dazu berufen und die von der Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung tatkräftig dabei unterstützt wurden, diesen Neunten Altersbericht zu verfassen. Die gesellschaftliche Vielfalt, die wir mit Blick auf Potenziale und Teilhabechancen ausleuchten wollen, spiegelt sich zum Teil auch in unserer Gruppe: Wir sind Frauen und Männer, Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte, Menschen mit unterschiedlicher sexueller Orientierung und unterschiedlichen Biografien und Werdegängen. Die Altersspanne der Kommissionsmitglieder reicht vom mittleren Lebensalter bis ins frühe Ruhestandsalter. Uns alle eint die Auffassung, dass das höhere Alter Teil einer lebenslangen Entwicklung ist, dass das Älterwerden der Gesellschaft viele Chancen mit sich bringt und dass wir alle darauf achten müssen, die Vielfalt des Alters wertzuschätzen und der ungleichen Verteilung von Teilhabechancen im Alter zu begegnen. Herausgekommen ist, so denken wir, ein aktueller und informativer Bericht, der neue Schwerpunkte setzt, auf Wissenslücken aufmerksam macht und eine Vielzahl von optimistisch in die Zukunft gerichteten Handlungsempfehlungen enthält.

Das Thema „Potenziale und Teilhabechancen“ ist ein weites Feld, das wir notwendigerweise eingrenzen und strukturieren mussten. Manches konnten wir trotz aller Relevanz nur anschneiden, für manches fehlten die Daten, manches mussten wir trotz aller Aktualität ausblenden. Wichtige Fragen, die in diesem Bericht zu kurz kommen, werden von den zum Teil bereits unumkehrbaren ökonomischen, gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen von sich derzeit parallel vollziehenden, sich überlagernden und sich gegenseitig verstärkenden Krisen („Polykrise“) aufgeworfen. Die zu erwartenden ökologischen und sozialen Herausforderungen, die Politik, Wirtschaft, Gesellschaft und Individuen zu grundlegenden Anpassungen drängen, werden auch das Leben im Alter verändern. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sollten unserer Überzeugung nach die Altersberichte der Bundesregierung in Zukunft einen substanziellen Beitrag leisten.

Wir haben beim Erstellen dieses Berichts viel voneinander gelernt und wünschen Ihnen nun mindestens ebenso viele wertvolle Einblicke und Erkenntnisse zum „Alt werden in Deutschland“. Wir sind gespannt auf die Resonanz, die dieser Bericht erzeugen wird!

Martina Brandt, Antonio Brettschneider, Eva-Marie Kessler, Susanne Kümpers, Sonia Lippke, Ralf Lottmann, Klaus Rothermund, Liane Schenk, Hürrem Tezcan-Güntekin, Clemens Tesch-Römer, Andrea Teti (Neunte Altersberichtskommission)

sowie

Frank Berner, Angela Braasch, Christine Hagen, Silke Migala und Franziska Reimer (Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung)

Die Mitglieder der Neunten Altersberichtskommission

Prof. Dr. Martina Brandt (Vorsitzende)

Technische Universität Dortmund
Fakultät Sozialwissenschaften

Emil-Figge-Str. 50

44227 Dortmund

Prof. Dr. Antonio Brettschneider

Technische Hochschule Köln
Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften

Ubierring 48

50678 Köln

Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

Medical School Berlin – Hochschule für Gesundheit und Medizin
Universitäres Department für Gesundheit und Medizin

Rüdesheimer Str. 50

14197 Berlin

Prof. Dr. Susanne Kümpers (i. R.)

Hochschule Fulda
Fachbereich Gesundheitswissenschaften

Leipziger Str. 123

36037 Fulda

Prof. Dr. Sonia Lippke

Constructor University Bremen gGmbH
Health Psychology and Behavioral Medicine

Campus Ring 1

28759 Bremen

Prof. Dr. Ralf Lottmann

Hochschule Magdeburg-Stendal
Fachbereich Soziale Arbeit, Gesundheit und Medien

Breitscheidstr. 2

39114 Magdeburg

Prof. Dr. Klaus Rothermund (stellvertretender Vorsitzender)

Friedrich-Schiller-Universität Jena
Institut für Psychologie

Am Steiger 3/Haus 1

07743 Jena

Prof. Dr. Liane Schenk

Charité – Universitätsmedizin Berlin
Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Charitéplatz 1

10117 Berlin

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer (i. R.)

Deutsches Zentrum für Altersfragen

Manfred-von-Richthofen-Str. 2

12101 Berlin

Prof. Dr. Andrea Teti

Universität Vechta
Institut für Gerontologie

Driverstr. 22

49377 Vechta

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Alice Salomon Hochschule Berlin

Alice-Salomon-Platz 5

12627 Berlin

Die Mitglieder der Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung

Dr. Frank Berner

Leiter der Geschäftsstelle

Dr. Christine Hagen

Stellvertretende Leiterin

Silke Migala

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Angela Braasch

Sachbearbeiterin/Sekretariat

Franziska Reimer

Studentische Mitarbeiterin

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung

Manfred-von-Richthofen-Str. 2

12101 Berlin

Tel.: 030 / 260 740 86

E-Mail: altersberichte@dza.de

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Muna Aikins
(Max-Planck-Institut für Bildungsforschung)
Definition eines Rassismusbegriffs

Dr. Andrea Budnick
(Charité – Universitätsmedizin Berlin)
Medizinische und pflegerische Versorgung im Alter: Literaturrecherche und -analyse

Dr. Adriana R. Cardozo Silva
(Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, DIW Berlin)
Altwerden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen. Alternsprozesse im Migrationskontext

Dr. Beate Gaertner, Dr. phil. Judith Fuchs und Dr. Christa Scheidt-Nave
(Robert Koch-Institut)
Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe

Annette Güldenring (Weddingsteet), Lucie Veith (Intergeschlechtliche Menschen e. V), Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss
(Hochschule Merseburg)
Situation trans- und intergeschlechtlicher Menschen im Alter – Literaturrecherche und -analyse sowie Erfahrungen der Praxis

Dr. Min-Sung Kim
(Gesellschaft für Psychosoziale Gesundheitsförderung bei Migrantengruppen insbesondere aus asiatischen Ländern, GePGeMi e. V.)
Teilhabe, ältere Migrant*innen und Rassismus-Erfahrungen

Lisa Kortmann
(Ostschweizer Fachhochschule)
Lebensituationen im Alter – Empirische Befunde

Prof. Dr. Stefanie Richter
(Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg)
Armutsrisiken im Kontext von Übergang ins und Leben im Heim

Lisa de Vries und Zaza Zindel
(Universität Bielefeld)
Lebenssituationen, Gesundheit und soziale Teilhabe älterer LSBTQI*-Menschen in Deutschland

Dr. Judith Wenner und Andrea Albrecht
(Universität zu Köln)
Diskriminierung und Teilhabe im Hinblick auf Migrationserfahrungen von hochaltrigen Menschen: Ergebnisse der D80+-Studie

Veranstaltungen der Neunten Altersberichtskommission

Während der Erstellung des Neunten Altersberichts tauschte sich die Kommission auf verschiedenen Veranstaltungen mit Expert*innen und mit Vertreter*innen von Organisationen und Verbänden sowie mit der interessierten Fachöffentlichkeit aus.

Fachtagung:

„Der Neunte Altersbericht im Dialog – Teilhabe, Vielfalt, Ungleichheit". Gemeinsame Fachtagung der Neunten Altersberichtskommission und der BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V.), am 28. September 2023 in Berlin.

Workshops:

„Klimawandel und ältere Menschen", mit Prof. Dr. Grit Höppner (Katholische Hochschule NRW), Apl. Prof. Dr. Dr. Jörg Tremmel (Universität Tübingen), Prof. Dr. Claudia Hornberg (Universität Bielefeld) und Karl-Michael Griffig (BAGSO) am 6. Juli 2023 (online).

„Gender und soziale Lage", mit Prof. Dr. Claudia Vogel (Hochschule Neubrandenburg), Prof. Dr. Irene Götz (Ludwig-Maximilians-Universität München), Dr. Anna Sarah Richter (Berlin), Reingard Wagner (Dachverband Lesben und Alter e. V.), Simone Hirsch (Verband alleinerziehender Mütter und Väter Bundesverband e. V.) und Ehsan Djafari (Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege, Empowerment und Diversity e. V.), am 13. Juli 2023 (online).

Werkstattgespräch mit LSBTI*-Verbänden, mit Christoph R. Alms (BiNe – Bisexuelles Netzwerk e. V.), Felicitas Drubba (Dachverband Lesben und Alter e. V.), Nora Eckert (TransInterQueer e. V.), Wolfgang Schwarz-Heim (BISS, Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V., Peter Struck (Aidshilfe Bielefeld und BISS, Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V, Lucie Veith (Intergeschlechtliche Menschen e. V.) und Lisa de Vries (Universität Bielefeld), am 20. Oktober 2023 in Berlin.

„Strukturen der Altenhilfe", mit Reinhard Pohlmann (Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros , BaS), Jutta Stratmann (Dortmund) und Prof. Dr. Thomas Klie (Freiburg) und Jörg Marx (Stadt Mühlheim an der Ruhr, Fachbereich Soziales), am 30. November 2023 (online).

Anhörungen:

„Menschenrechte im höheren Alter, Alt werden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen", mit Dr. Claudia Mahler (Deutsches Institut für Menschenrechte), am 20. April 2023 (online).

„Rassismus, Alter, Teilhabe", mit Dr. Judith Wenner (Universität zu Köln), am 28. August 2023 (online).

„Teilhabe, ältere Migrant*innen und Rassismus-Erfahrungen", mit Dr. Min-Sung Kim (Gesellschaft für Psychosoziale Gesundheitsförderung bei Migrantengruppen insbesondere aus asiatischen Ländern, GePGeMi e. V.), am 24. November 2023 (online).

„Körper, Behinderung und Alter(n) – Erfahrungen von LSBTI*-Personen" mit Hans Hengelein am 23. November 2023 in Berlin.

I. Ausgangslage

1 Alt werden in Deutschland: Potenziale und Teilhabechancen im Wandel

Land des langen Lebens: So kann man auch die Bundesrepublik Deutschland mittlerweile beschreiben. Die meisten Menschen in Deutschland erreichen das Rentenalter, viele werden 80 Jahre und älter, erleben also eine Lebensphase, die als „hohes Alter“ bezeichnet werden kann. Die durchschnittlich gestiegene Lebenserwartung in Deutschland ist ein gesellschaftlicher Erfolg, der auf wirtschaftlichem Wohlstand, medizinischem Fortschritt sowie guter Bildung und sozialer Sicherung beruht. Das Älterwerden der Bevölkerung ist Teil des demografischen Wandels. Dieser Wandel umfasst neben dem Anstieg der Lebenserwartung auch einen Rückgang der Geburtenrate sowie die im Verlauf der letzten Jahrzehnte immer bedeutsamer gewordene Migration von Menschen nach Deutschland. Diese Entwicklungen, die sich vor dem Hintergrund einschneidender sozial-ökologischer Transformationsprozesse wie Globalisierung, Klimawandel und Digitalisierung vollziehen, bringen eine Vielzahl von Chancen für die Gesellschaft mit sich. Sie bergen aber auch Herausforderungen, die nur bewältigt werden können, wenn sie aus mehreren Perspektiven betrachtet und mit verschiedenen Handlungsansätzen bearbeitet werden. Der hier vorliegende Bericht konzentriert sich auf das Altwerden in Deutschland und auf die individuellen und gesellschaftlichen Potenziale, die im Älterwerden liegen. Er soll dazu beitragen, allen älteren Menschen selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe zu ermöglichen. Diese ist kennzeichnend für hohe Lebensqualität und trägt zugleich zum Zusammenhalt der Generationen bei.

Dabei ist zu beachten, dass „alt“ nicht gleich „alt“ bedeutet:

Alter ist vielfältig. Ältere Menschen sind keine homogene Gruppe, sondern unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht voneinander. Frauen und Männer, Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte sowie Menschen verschiedener sexueller und geschlechtlicher Identitäten erleben das Älterwerden zum Teil ganz unterschiedlich. Auch diese Diversität ist eine gesellschaftliche Errungenschaft: Die Vielfalt des Lebens bis ins Alter hinein zu begrüßen und zu fördern, ist Kennzeichen einer offenen, toleranten und solidarischen Gesellschaft. Bei der Beschreibung von Alter und Altern in Deutschland ist diese große und bunte Vielfalt zu berücksichtigen.

Alter und Altern sind ungleich verteilt und werden ungleich erlebt. Nicht alle Menschen haben die gleiche Chance, überhaupt alt oder gar sehr alt zu werden. Menschen mit niedrigem Einkommen und hohen körperlichen Belastungen im Erwerbsleben haben im Durchschnitt eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als Menschen mit hohem Einkommen, geringen Belastungen und großen Entfaltungsmöglichkeiten im Beruf. Auch die Möglichkeit, gesund und aktiv alt zu werden, ist sozial ungleich verteilt. Niedrige Bildung und niedriges Einkommen sind in der Regel mit gesundheitlichen Einschränkungen im Alter verknüpft. In Kombination mit einer Reihe von Merkmalen, die auch schon in früheren Lebensabschnitten mit geringeren Teilhabechancen und schlechteren Lebensbedingungen verknüpft sind, verschärfen sich diese Nachteile mit dem Älterwerden: Ältere Frauen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte, ältere Menschen mit geschlechtlicher und sexueller Identität, die nicht der vorherrschenden Norm entsprechen, sind oftmals stärker benachteiligt als ältere Männer, ältere Menschen ohne Migrationsgeschichte oder ältere heterosexuelle Frauen und Männer. Solche Ungleichheiten führen zu der Frage, wie selbstbestimmte Teilhabe im Alter auch für jene Menschen ermöglicht werden kann, deren Chancen auf Teilhabe im Alter – und womöglich schon während ihres gesamten bisherigen Lebens – gering sind beziehungsweise waren.

Alter und Altern wandeln sich. Der Lebenslauf eines jeden Menschen ist eingebettet in historische Ereignisse, sich verändernde gesellschaftliche Strukturen, den kulturellen Zeitgeist und die technischen Möglichkeiten einer jeweiligen Epoche. Nicht nur akute Krisen, sondern auch grundlegende Veränderungsprozesse (wie Globalisierung, Digitalisierung, Migrationsbewegungen, ökologische Transformation, demografischer Wandel) beeinflussen das Leben unterschiedlicher Kohorten. Derzeit verlassen mit der sogenannten Babyboomer-Generation (die geburtenstarken Jahrgänge von Mitte der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre) viele Menschen gleichzeitig den Arbeitsmarkt und treten in die Rentenphase ein. Zugleich sind Klimawandel, Pandemien und Kriege Herausforderungen für die Gesellschaft insgesamt. Diese großen Krisen verändern die Gesellschaft, beeinflussen das Zusammenleben und beeinträchtigen Entwicklungs- und Teilhabechancen von Menschen unterschiedlichen Alters. So sind es vor allem Kinder und Jugendliche sowie ältere Menschen in prekären Lebenssituationen gewesen, die unter der Covid-19-Pandemie besonders stark gelitten haben.

Außer durch Krisen und ungünstige individuelle Voraussetzungen wird die Teilhabe mancher älterer Menschen auch durch gezielte Benachteiligungen eingeschränkt oder verhindert. Ältere Arbeitnehmer*innen erhalten nachweislich seltener Weiterbildungsangebote und können sich daher weniger produktiv in Unternehmen einbringen. Banken vergeben häufig keine Kredite mehr an Menschen im Rentenalter, sodass etwa Unternehmensgründungen oder -erweiterungen wie auch eine Beteiligung an der Energiewende schwer möglich sind. Ältere Menschen, insbesondere ältere Frauen und solche mit gesundheitlichen Einschränkungen, kommen in öffentlichen Debatten

selten zu Wort – oder es wird im Alltag häufiger über ihren Kopf hinweg entschieden. Viele Personen im höheren Lebensalter können an etlichen Lebensbereichen (Mobilität, politische Partizipation, Finanzdienstleistungen) nicht oder nur eingeschränkt partizipieren, weil sie keinen oder nur eingeschränkten Zugang zu digitalen Angeboten haben. Dass ihre Potenziale nicht genügend zur Geltung kommen, wird älteren Menschen nicht gerecht und ist ein Verlust für die Gesellschaft.

Dieser Bericht hat das Ziel, das Altwerden in Deutschland, die Lebenssituationen und die Teilhabechancen älterer Menschen umfassend zu beschreiben und aufzuzeigen, wie eine gute Gesellschaft des langen Lebens gestaltet werden kann – auch und gerade im Kontext multipler Herausforderungen und Krisen. Er nimmt Menschen in der zweiten Lebenshälfte in den Blick – dabei wird die Vielfalt der Potenziale, die sich im Alter(n) ergeben, ebenso beschrieben wie die Ungleichheit von Teilhabechancen. Vielfalt im Alter anzuerkennen und die ungleiche Verteilung von Chancen zu benennen und zu analysieren sind Voraussetzungen dafür, die selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe aller älteren Menschen zu ermöglichen. Dieser Bericht beleuchtet Risiken und Potenziale im Alter und empfiehlt Maßnahmen, die zu einem guten Altwerden in Zeiten des Wandels und multipler Belastungen beitragen können.

In diesem Einleitungskapitel werden die zentralen konzeptionellen Grundlagen für den Bericht skizziert: Zunächst werden die Begriffe „Teilhabe“ und „Teilhabechancen“ diskutiert (Abschnitt 1.1) und vor dem Hintergrund der Modelle von Lebenslage und Verwirklichungschancen (Capabilities) eingeordnet (Abschnitt 1.2). In einem nächsten Schritt wird in eine intersektionale Perspektive auf Vielfalt und Ungleichheit eingeleitet (Abschnitt 1.3). Vor diesem Hintergrund wird die Perspektive der Kommission auf Potenziale und Chancen sowie auf Barrieren für gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe im Alter entwickelt (Abschnitt 1.4). Diese Perspektive zieht sich als roter Faden durch den gesamten Bericht. Abschließend wird der Aufbau des Berichts beschrieben (Abschnitt 1.5).

1.1 Zentrale Begriffe: Teilhabe und Teilhabechancen

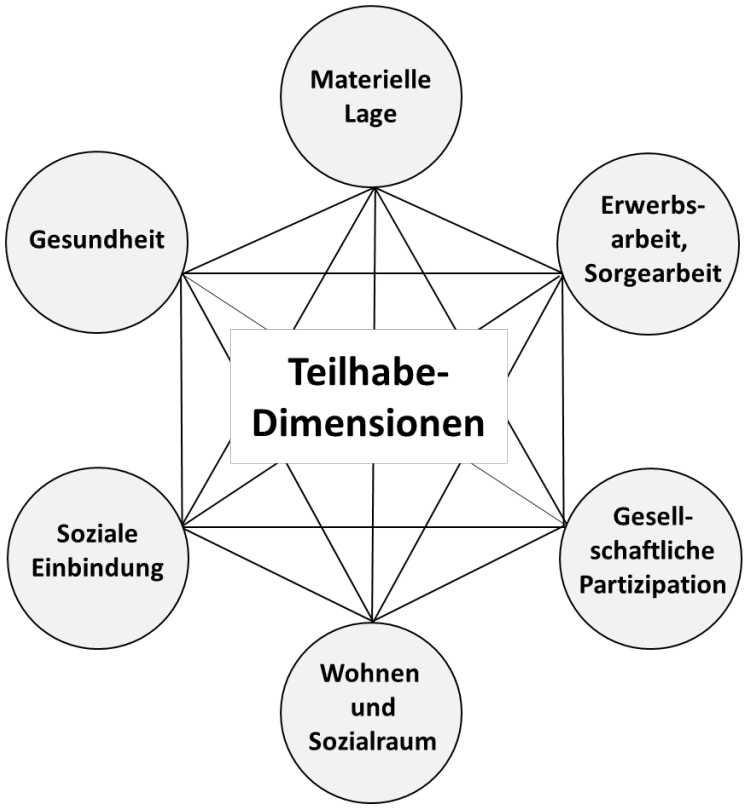
Angelehnt an die aktuelle Forschung verstehen wir „Teilhabe“ im Folgenden im Sinne eines „Möglichkeitsraums“ (Bartelheimer et al. 2020:43), also eines Handlungsspielraums zur Gestaltung des eigenen Lebens nach den eigenen Vorstellungen. Teilhabe ist eng verknüpft mit individueller Beteiligung, unter der wir nicht nur die politische, sondern auch die soziale und kulturelle Mitwirkung und Einflussnahme an und in der Gesellschaft verstehen (Bartelheimer et al. 2020: 49). „Teilhabechancen“ sind also die Bedingungen für die Beteiligung des/der Einzelnen, die aus der „Wechselbeziehung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Faktoren“ entstehen (Bartelheimer et al. 2020: 43). Teilhabe kann demnach als kollektives Geschehen aufgefasst werden, in dessen Zuge sich Einzelne oder Gruppen aktiv gesellschaftlich beteiligen können und als inkludiert erleben. *Gleichberechtigt* sind Teilhabechancen dann, wenn alle gesellschaftlichen Gruppen vergleichbare Möglichkeiten zur Beteiligung und Einflussnahme beziehungsweise zur Verwirklichung ihrer Ziele haben, und *selbstbestimmt*, wenn ihre Umsetzung den Einzelnen obliegt.

Dabei ist wichtig, dass alle Individuen Chancen auf Teilhabe haben, dass sie diese Chancen jedoch nicht unbedingt nutzen *müssen*. Die mitverantwortliche, selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe aller soll erreicht werden durch die Stärkung von Ressourcen und die Vermeidung von Barrieren in unterschiedlichen Lebensbereichen – jedoch unter Vermeidung von Zwängen oder unangemessenen Verpflichtungen. Von „gutem Altern“ zu sprechen, heißt also nicht, Standards der „Produktivität“ und „Aktivität“ anzulegen (zur kritischen Betrachtung dieser aktivierungsbetonten Sicht siehe Tesch-Römer et al. 2022; van Dyk 2007). „Gutes Altern“ heißt, dass Individuen mit unterschiedlichen Ressourcen in unterschiedlichen Lebenssituationen die Möglichkeit und die entsprechenden Handlungsspielräume haben, um ihre Beteiligungswünsche und Ziele zu verwirklichen.

Unser Ziel ist, die vielfältigen Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte möglichst umfassend und mit Blick auf Diversität und Ungleichheit der Teilhabechancen zu beleuchten. „Aus soziologischer Perspektive werden mit dem Begriff der Teilhabe die Fragen verhandelt, wie gesellschaftliche Zugehörigkeit hergestellt und erfahren wird und wie viel Ungleichheit eine Gesellschaft akzeptiert. Teilhabe ist als ein historisch relatives, mehrdimensionales, abgestuftes und dynamisches Konzept anzusehen, welches handelnd verwirklicht werden kann“ (Lindmeier & Meyer 2021). In diesem Bericht werden dafür die folgenden Facetten von Teilhabe genauer betrachtet: materielle Lage, Erwerbsarbeit und Sorgearbeit, gesellschaftliche Partizipation, Wohnen und Sozialraum, soziale Eingebundenheit sowie Gesundheit (Abbildung 1). Diese Facetten von Teilhabe sind in vielfachen Wechselbeziehungen miteinander verknüpft und begründen sehr unterschiedliche Teilhabekonstellationen. So sind beispielsweise personale Ressourcen wie Gesundheit und die materielle Ausstattung Bedingung für gesellschaftliche Partizipation sowie für soziale Eingebundenheit. Zugleich stärken gesellschaftliche Partizipation und soziale Eingebundenheit diese personalen Ressourcen. Sorgearbeit ist nicht nur ein wichtiges soziales

Engagement, sie kann gleichzeitig (abhängig von den Bedingungen) eine erhebliche Einschränkung der Teilhabe in anderen Bereichen bedeuten. Im Folgenden werden wir diese Betrachtungen weiter ausdifferenzieren und kritisch prüfen.

Abbildung 1 Facetten von Teilhabe



Quelle: Eigene Darstellung.

1.2 Zentrale Modelle: Lebenslagen und Capabilities

Mit „Lebenslage“ wird in den Sozialwissenschaften der „Spielraum, den einem Menschen (einer Gruppe von Menschen) die äußeren Umstände nachhaltig für die Befriedigung der Interessen bieten, die den Sinn seines Lebens bestimmen,“ bezeichnet (Weisser 1956: 986). Es geht also ähnlich wie beim Teilhabekonzept um den Handlungsspielraum, den Individuen aufgrund von Ressourcen und Fähigkeiten unter den jeweils gegebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen haben. Diese „Lebenslagen“ werden in der empirischen Forschung dann allerdings häufig nur über (möglichst objektiv messbare) Lebensbedingungen abgebildet, so werden zum Beispiel Bildungs- oder Einkommensniveaus als Indikatoren für größere oder kleinere Spielräume verwendet. Damit werden oftmals Ursachen und Folgen vermengt (in manchen Situationen ist Einkommen ein Einflussfaktor, in manchen ein Ergebnis, in manchen beides) und Lebenslagen eben nicht mithilfe der tatsächlich individuell realisierbaren Chancen erfasst (Deutscher Bundestag 2016: 55). Die grundlegende Unterscheidung zwischen hypothetischen Teilhabechancen und realisierten Teilhabeergebnissen sowie die Frage nach der Bestimmung und Operationalisierung der relevanten Dimensionen der Lebenslage markieren Spannungsfelder, die die konzeptionelle Weiterentwicklung und empirische Anwendung des Lebenslagenkonzepts bis heute prägen.

Der „Capabilities Approach“ (Nussbaum 2000; Sen 1985) hingegen zielt explizit darauf ab, „Handlungsvoraussetzungen“ oder „Verwirklichungschancen“ und den individuellen Umgang damit zusammenzuführen (Deutscher Bundestag 2016: 56). Der Capability-Ansatz lenkt den Blick auf die Akteure, die die Vielfalt der Dimensionen und ihrer Wechselbeziehungen zueinander zusammenbringen müssen. Die Operationalisierung dieses hochkomplexen Ansatzes ist allerdings ebenfalls mit theoretischen wie methodischen Schwierigkeiten verbunden. Häufig werden im Rahmen quantitativer Erhebungen letztlich nicht Verwirklichungschancen, sondern nur beobachtbare Ergebnisse hiervon empirisch gemessen, ohne dass individuelle Präferenzen und Motive für Partizipation sowie

externe Normen und Zwänge berücksichtigt werden, die die faktische Teilhabe entscheidend mitbeeinflussen. In diesem Bericht werden der Lebenslagen-Ansatz und der Capability-Ansatz miteinander verbunden. Dadurch bewegt er sich möglichst nah an den Teilhabechancen von Einzelnen und Gruppen in ihrer jeweiligen durch Rahmenbedingungen geprägten Situation (im Folgenden als „Lebenssituation" bezeichnet). Es wird darauf hingewiesen, wenn dies empirisch nicht zufriedenstellend umgesetzt werden kann.

1.3 Zentrale Perspektiven: Vielfalt und Ungleichheit

Mehr und mehr ist in den letzten Jahren die Vorstellung eines „guten Alterns" (*Aging well*) in den Mittelpunkt alternswissenschaftlicher Diskussionen gerückt (Fernández-Ballesteros et al. 2019; Tesch-Römer et al. 2022). Die Chancen auf gutes Altern sind jedoch sozial ungleich verteilt (Brandt et al. 2012). Aus einer Lebenslaufperspektive (Elder 1995) haben individuelle und kontextuelle Entwicklungen über das gesamte Leben, auch im Familienverbund (Gilligan et al. 2018), Einfluss auf die Lebensphase Alter – so wirken sich bereits pränatale Bedingungen, die sozioökonomische Position sowie Lebensbedingungen in der Kindheit und im weiteren Leben (akkumuliert und in Wechselwirkungen) auf Gesundheit und Wohlbefinden im Alter aus (Ben-Shlomo & Kuh 2002). Entsprechend groß ist die Heterogenität der Lebensphase Alter – es gibt schlicht nicht „das Alter" (Kunz & Brandt im Erscheinen; Stadelbacher & Schneider 2020).

In engem Zusammenhang damit stehen strukturelle Ausgrenzung, systematische Benachteiligung, Diskriminierung und/oder das Übersehenwerden von Personen oder Personengruppen über den Lebenslauf. Ältere Menschen können nicht nur von mittelbarer oder unmittelbarer Diskriminierung wegen ihres Alters betroffen sein, sondern auch von einer Vielzahl weiterer Formen von Diskriminierung (aufgrund von sozialer Lage, Behinderung, Ethnizität, sexueller oder geschlechtlicher Identität etc.). Diese Formen der Diskriminierung können sich auf komplexe Art und Weise überlagern oder gar wechselseitig verstärken. „Soziale Exklusion", also „die Ausgrenzung von Einzelnen oder von Gruppen aus der Mehrheitsgesellschaft […] ist ein multidimensionales Konstrukt, das die Nachteile und Ungleichheiten über multiple Lebensbereiche hinweg beinhaltet" (Walsh et al. 2020: 1; übersetzt von den Autor*innen). Dementsprechend „zielt Inklusion auf den Aufbau von *Strukturen,* die allen Individuen beziehungsweise Mitgliedern unterschiedlicher gesellschaftlicher Teilgruppen Einbeziehung in verschiedene Teilsysteme der Gesellschaft ermöglichen, beziehungsweise auf den Abbau von Strukturen, welche diesem entgegenstehen" (Bartelheimer et al. 2020: 52). Der Analyse verschiedener (Wechsel-)Wirkungsmechanismen sollte im Kontext einer Politik für gesellschaftliche Teilhabe und Inklusion also eine erhöhte Aufmerksamkeit zukommen.

Die Lebenssituationen Älterer werden in diesem Bericht – sofern es die empirische Datenlage zulässt – aus *intersektionaler Perspektive* betrachtet. Diese Perspektive schaut auf die „Überkreuzungen" – die „intersections" (Walgenbach 2014: 81) –, also auf das Zusammenwirken mehrerer Merkmale, die bereits einzeln potenziell mit Benachteiligungen einhergehen können, und auf deren kumulative, sich zum Teil gegenseitig verstärkende Ungleichheitswirkung. Auf diese Weise können Teilhabechancen und Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen vulnerablen Lebenssituationen im Alter und daraus entstehende gesellschaftliche Handlungsbedarfe identifiziert werden (Holman & Walker 2021). Eine solche Herangehensweise ermöglicht es auch, die analytisch sinnvolle, aber empirisch und gesellschaftlich unzureichende Unterscheidung in „vertikale" (Einkommen, Bildung, Vermögen) und „horizontale" (Geschlecht, Alter, Ethnizität, sexuelle Identität, Behinderung) Merkmale sozialer Ungleichheiten zu verlassen und Ungleichheiten im Alter differenzierter in den Blick zu nehmen (siehe auch Deutscher Bundestag 2016: 55 und 83f.). Es sollen aber nicht allein multidimensionale soziale Ungleichheiten bei den Teilhabechancen Älterer aufgedeckt werden, diese sollen auch und insbesondere in einen Zusammenhang mit der Vielfalt der Entwicklungsmöglichkeiten gesetzt werden. Es geht also ganz wesentlich auch um die Ressourcen, die sich aus gesellschaftlicher Diversität ergeben (Walgenbach 2014).

Was diesen Bericht unter anderem besonders macht, ist der Blick auf die große Vielfalt der Älteren und ihrer Lebenssituationen, die von Entwicklungspotenzialen einerseits und von Risiken und Barrieren andererseits geprägt sind. Zusätzliche Schwerpunkte werden im Bereich von Ageismus (problematische Altersbilder, Altersnormen und Altersdiskriminierung; englisch „ageism"), vielfältigen sexuellen und/oder geschlechtlichen Identitäten und Diskriminierungen, Migration und Rassismus gesetzt – sowie deren etwaigen Überkreuzungen mit den Fragen: Wie gestaltet und entwickelt sich das Altwerden in Deutschland in unterschiedlichen, bis dato teils wenig beachteten Gruppen? Wie können etwaige kumulative (verschachtelte, verknüpfte, sich überlagernde, verstärkende, verschärfende) Ungleichheiten in den Teilhabechancen unterschiedlicher Gruppen gesellschaftlich bearbeitet und verringert oder abgefedert werden? Welche Chancen und Potenziale bringt gesellschaftliche Diversität mit sich, welche Potenziale werden durch Ungleichheit verschüttet beziehungsweise bleiben ungenutzt?

1.4 Leitgedanken: Gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe

Dieser Bericht setzt Schlaglichter auf Potenziale, er zeigt „schlummernde“, bisher nicht realisierte Chancen auf. Es geht darum, Möglichkeiten für die gleichberechtigte, selbstbestimmte und mitverantwortliche Teilhabe *aller* älteren Menschen zu eröffnen und zu nutzen. Damit ist auch das Ziel verbunden, aus möglichen Barrieren und Exklusionsrisiken jeweils positive Szenarien zu entwickeln, und so zum Beispiel die Beschäftigung mit sowie die Weiterentwicklung von Leitbildern wie „Altersfairness“ und „Altersdiversität“ (als Gegenpole zur „Altersdiskriminierung“) im Sinne einer inklusiven Senior*innenpolitik anzuregen und auf dieser Grundlage einen optimistischen, zukunftsgerichteten Blick auf die Thematik „Alt werden in Deutschland“ zu werfen.

Teilhabe und gesellschaftliche Beteiligung werden in diesem Bericht interdisziplinär betrachtet und analysiert, unter Berücksichtigung soziologischer, sozialpolitischer, gesundheitswissenschaftlicher und psychologischer Expertise. In der Zusammenschau individueller Beteiligungsmotive (auf dem Kontinuum zwischen „freiwillig“ und „unfreiwillig“, also hoher und niedriger Motivation), persönlicher Ressourcen und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen (Zugänge, Barrieren) lassen sich einige grundsätzlich verschiedene Teilhabekonstellationen ableiten. Einerseits existieren „wünschenswerte“ Konstellationen selbstbestimmter und freiwilliger Beteiligung unter guten persönlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – und selbstverständlich auch selbstbestimmte Nicht-Beteiligung, wenn sich eine Person hierfür entscheidet. Andererseits muss aber zur Kenntnis genommen werden, dass auch der Ausschluss von gewünschter Beteiligung existiert, und zwar aufgrund geringer persönlicher Ressourcen und versperrter Zugänge oder hoher Barrieren (u. a. aufgrund von Diskriminierung wegen Alters, Geschlechts, Migrationshintergrund, sexueller Orientierung oder geschlechtlicher Identität).

Zwischen diesen Polen sind viele weitere Konstellationen denkbar: Gesellschaftliche Zwänge oder Erwartungen können dazu führen, dass Personen ungefragt Verantwortungen übernehmen (müssen), etwa im Bereich Sorgearbeit. Oder eine Person ist wegen mangelnder finanzieller Ressourcen gezwungen, im Alter einer Erwerbstätigkeit nachzugehen – auch dies möglicherweise keine freiwillige Tätigkeit. Es ist also auch bei augenscheinlich hohen Beteiligungswerten in manchen Lebensbereichen immer zu fragen, ob hier selbstbestimmte, gleichberechtigte Teilhabe im Rahmen der gesellschaftlichen Mitverantwortung vorliegt, oder ob die Beteiligung eben nicht selbstbestimmt und gleichberechtigt entstand – ob es sich also um „wollen“, „sollen“ oder „können“ oder aber um „müssen“ handelt. Schaut man sich zum Beispiel reine Erwerbsarbeitsquoten Älterer an, ist nicht direkt ersichtlich, welcher Anteil davon freiwilliger und welcher Anteil davon unfreiwilliger Natur ist, und unter welchen Rahmenbedingungen diese Arbeit stattfindet. Zur Beurteilung der Teilhabesituation sind diese Informationen aber unerlässlich.

Erstrebenswerte Konstellationen der freiwilligen Teilhabe wie auch des freiwilligen Verzichts setzen voraus, dass die Entscheidung zur Beteiligung beziehungsweise zum Rückzug aus freien Stücken und von den älteren Menschen selbst getroffen wurde. Hinter einer aktiven Beteiligung kann sich auch eine internalisierte Norm des aktiven Alterns verbergen, nach der nur ein aktiver alter Mensch ein „guter alter Mensch“ ist (Rothermund 2019). Es ist daher auch bei scheinbar freiwilliger Beteiligung zu fragen, inwieweit sich hinter dieser Form der Aktivität die Angst versteckt, aufgrund des Alters ignoriert oder abgewertet zu werden, sobald kein produktiver Beitrag zum Wohl der Gesellschaft mehr geleistet wird. Ähnlich stellt sich die Frage, ob ein Rückzug aus zentralen Lebensbereichen, beziehungsweise eine geringe soziale Beteiligung oder Inanspruchnahme gesellschaftlicher Ressourcen wirklich der persönlichen Motivation entspricht. Möglicherweise ist ein solcher Verzicht auch Ausdruck mangelnden Selbstvertrauens oder spiegelt die Angst vor Zurückweisung wider, wenn der verbreiteten Norm der Aktivität nicht entsprochen wird.

Eindeutig problematisch sind Situationen, in denen Beteiligung vom Individuum gewünscht ist, aber nicht realisiert werden kann, beziehungsweise in denen eine erzwungene Beteiligung in einem Lebensbereich gegen den Wunsch der betroffenen Person erfolgt. Hinter einer „unfreiwilligen Nicht-Beteiligung“ kann sich eine Diskriminierung aufgrund des Alters verbergen: Ältere Menschen können systematisch benachteiligt und von einer Teilhabe in einem Lebensbereich ausgeschlossen werden (durch formelle oder informelle Altersgrenzen, Vorbehalte und Zurückweisung). Ältere Menschen können aber auch aufgrund ihrer geringeren oder nicht mehr zeitgemäßen Bildung, eingeschränkter Mobilität und Gesundheit oder unzureichender finanzieller Ressourcen nicht in der Lage sein oder sich nicht in der Lage sehen, eine eigentlich gewünschte Aktivität auszuführen. In dieser Situation sollten gesellschaftliche Barrieren abgebaut und Defizite ausgeglichen werden, um die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Teilhabe auch im Alter zu gewährleisten.

Genauso problematisch wie die verhinderte Teilhabe sind aber auch Fälle von erzwungener Beteiligung, in denen ältere Menschen gegen ihren Willen zu Aktivitäten verpflichtet werden, entweder aus ökonomischer Notwendigkeit oder um Verpflichtungen zu erfüllen, die von außen an sie gerichtet werden. Dies gilt etwa, wenn ältere

Menschen Angehörigenpflege leisten, auch wenn dies eigentlich ihre eigenen Möglichkeiten überschreitet und ihre Teilhabe in anderen Lebensbereichen einschränkt. Zur Verhinderung solcher Konstellationen sind Maßnahmen zu ergreifen, die ältere Menschen entlasten und die ihnen die Entscheidung ermöglichen, sich aus einem Lebensbereich zurückzuziehen (durch ausreichende Alternativangebote, finanzielle Ressourcen, etc.).

In allen Fällen gibt es die Möglichkeit zur individuellen und gesellschaftlichen Weiterentwicklung. Entwicklungspotenziale liegen insbesondere im Abbau von Barrieren, Zwängen und struktureller Diskriminierung sowie bei der Mobilisierung individueller Ressourcen, aber auch in der Ermutigung zu einem selbstbewussten Umsetzen individueller Wünsche der (Nicht-)Beteiligung. Teilhabe und (Nicht-)Beteiligung sind zudem stets vor dem Hintergrund ihrer biographischen Entstehung und in Abhängigkeit innerer und äußerer Lebensbedingungen älterer Individuen zu betrachten (Elder 1995). Dieser Bericht deckt kritische Konstellationen auf und macht Vorschläge, wie eine Bearbeitung dieser Konstellationen – individuell wie gesellschaftlich – möglich ist, im Sinne älterer Menschen und der Gesellschaft insgesamt.

1.5 Aufbau des Berichts

Um dem Ziel näherzukommen, die selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe *aller* älterer Menschen sicherzustellen, müssen wissenschaftlich fundierte, evidenzbasierte und flexible sozialpolitische Konzepte zur Verbesserung und Anpassung der Teilhabechancen älterer (aber auch jüngerer) Menschen in Zeiten des sozialen Wandels und globaler Krisen entwickelt werden. Dieser Bericht soll hierfür einen Grundstein legen und belastbare Argumente in die Debatten um Anpassungsbedarfe, Handlungserfordernisse und mögliche Lösungswege einbringen.

Zunächst beschreiben die Kapitel 2-5 die aktuellen Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte (50 Jahre und älter) entlang der oben beschriebenen Dimensionen von Teilhabe (2. Kapitel: Materielle Lage; 3. Kapitel: Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und gesellschaftliche Partizipation; 4. Kapitel: Wohnen und Sozialraum; 5. Kapitel: Gesundheit und Versorgung) und leiten daraus jeweils Potenziale und Handlungsoptionen ab. Kapitel 6 beleuchtet das Thema Ageismus. Ageismus durchzieht nahezu alle gesellschaftlichen Bereiche und ist deshalb für einen Bericht zum Leben im Alter zentral. Um bislang unterrepräsentierten Gruppen älterer Migrant*innen und lesbischen, schwulen und bisexuellen sowie trans* und inter*Personen (LSBTI*-Personen) erstmals in einem solchen Rahmen Sichtbarkeit zu verleihen, werden in zwei eigenen Kapiteln die Vielfalt unterschiedlicher Lebenssituationen (Kapitel 7: Migration und Rassismus sowie Kapitel 8: Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt) hervorgehoben. Hierfür verlässt der Bericht bewusst (und aufgrund eines Mangels an zufriedenstellenden Daten teils auch notgedrungen) den Anspruch an Inklusivität im Sinne der Gleichbehandlung aller Gruppen und die durchgängige „intersektionale“ Betrachtung. Diese rückt dann in Kapitel 9 wieder ins Zentrum, wenn anhand von drei Fallbeispielen dargestellt wird, wie verschiedene Differenzmerkmale interagieren und Ungleichheitsstrukturen über den gesamten Lebensverlauf wirksam sind. Kapitel 10 nimmt Akteure und Zuständigkeiten auf den Ebenen von Bund, Ländern und Kommunen in den Blick und zeigt mögliche sozialpolitische Szenarien für die Weiterentwicklung der Altenhilfe auf. Abschließend werden aus den vorangegangenen Kapiteln Empfehlungen abgeleitet (Kapitel 11).

II. Lebenssituationen und Teilhabekonstellationen

2 Materielle Lage

Die materielle Versorgung hat einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen. Ein angemessenes Alterseinkommen ist eine wichtige Voraussetzung dafür, selbstbestimmt am Leben in der Gesellschaft teilzunehmen und die Nacherwerbsphase nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Die materielle Lage einer Person oder eines Haushalts kann somit auch für die immateriellen Dimensionen der Lebenssituation als Schlüsselgröße betrachtet werden.

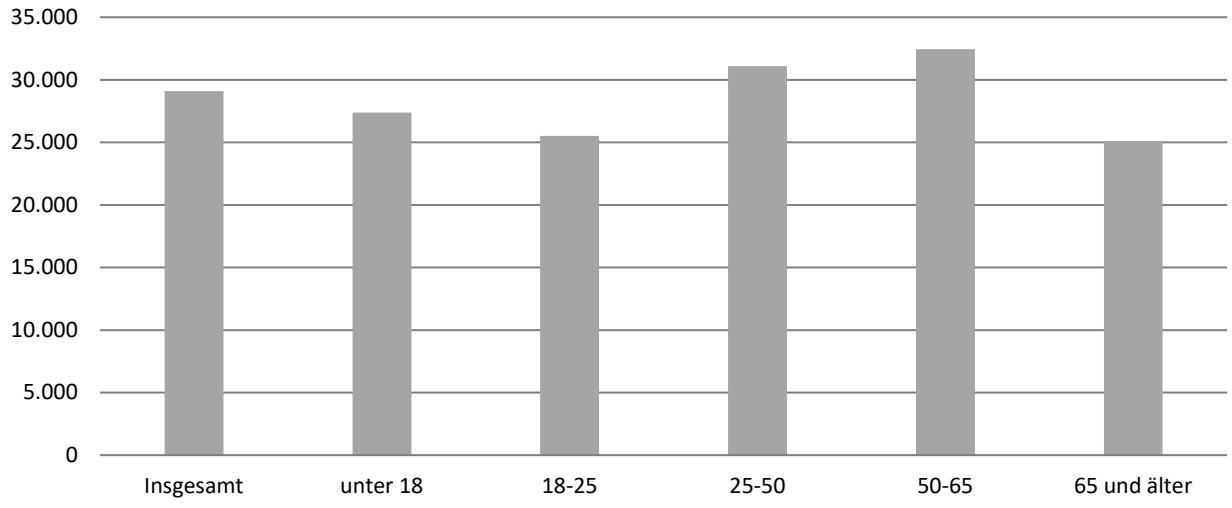
In diesem Kapitel werden zunächst ausgewählte empirische Befunde zur objektiven und subjektiven materiellen Lage älterer Menschen in Deutschland präsentiert (Kapitel 2.1). Dabei werden Indikatoren zum Einkommen und zur Einkommensungleichheit im Lebensverlauf, zum durchschnittlichen Gesamteinkommen im Alter, zu verschiedenen Facetten der Armut, zur Überschuldung, zum Vermögen sowie zum subjektiven Lebensstandard im Alter aufgeführt. Anschließend werden sozialpolitische Entwicklungsperspektiven beschrieben und Handlungsansätze zur Gewährleistung ausreichender materieller Teilhabe und sozialer Sicherheit im Alter diskutiert (Kapitel 2.2).

2.1 Materielle Lage im Alter: Empirische Befunde

2.1.1 Einkommensungleichheit im Lebenszyklus

Individuelle Einkommenslagen verändern sich über den Lebensverlauf und folgen über die Lebensphasen hinweg einem lebenszyklischen Muster (Abbildung 2): Mit dem Auszug aus dem Elternhaus und der Gründung eines eigenen Haushaltes sinkt das verfügbare Einkommen zunächst ab. Mit dem Abschluss der Ausbildungsphase und dem Eintritt in das Arbeitsleben steigt das Einkommen im Lebensverlauf wieder an; das höchste Einkommen wird meist in der späten Erwerbsphase erzielt. Mit dem Eintritt in die Nacherwerbsphase verringert sich das verfügbare Einkommen dann wieder.

Abbildung 2 Durchschnittliches jährliches Nettoäquivalenzeinkommen in Deutschland in Euro pro Jahr nach Altersgruppen, 2021



Quelle: Statistisches Bundesamt 2023d, Tabellenblatt 12241-09. Daten: EU-SILC 2021. Eigene Darstellung.

Anmerkung: Das Nettoäquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts und der Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Mithilfe einer Äquivalenzskala werden die Einkommen nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Dadurch werden die Einkommen von Personen, die in unterschiedlich großen Haushalten leben vergleichbar, da in größeren Haushalten Einspareffekte (Economies of Scale) auftreten (z. B. durch die gemeinsame Nutzung von Wohnraum oder Haushaltsgeräten).

Vergleicht man das verfügbare Nettoäquivalenzeinkommen zwischen Altersgruppen, so lässt sich feststellen, dass die Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen über das höchste durchschnittliche Einkommen verfügt; die Altersgruppe ab 65 Jahren (und hier insbesondere die Altersgruppe ab 75 Jahren) verfügt im Altersgruppenvergleich über das niedrigste Einkommen.

Einkommensungleichheiten nehmen in der Ruhestandsphase tendenziell ab. Unabhängig davon, auf welches Ungleichheitsmaß man rekurriert (das Quintilverhältnis S80/S20, das Dezilverhältnis S90/S10 oder den GINI-Index), zeigt sich, dass das Ausmaß der Einkommensungleichheit in der Altersgruppe ab 65 Jahren geringer ist als in den anderen Altersgruppen (Tabelle 1).

Tabelle 1 Einkommensungleichheit nach Altersgruppen, verschiedene Ungleichheitsmaße, 2021

Altersgruppen	S80/S20-Rate	S90/S10-Rate	Gini-Index
Insgesamt	**5,0**	**8,5**	**31,2**
unter 18 Jahre	4,6	7,7	30,4
18-25 Jahre	5,6	9,4	31,9
25-50 Jahre	5,0	8,3	31,1
50-65 Jahre	5,2	9,1	31,7
65 Jahre und älter	4,3	7,1	28,6

Quelle: Statistisches Bundesamt 2023d, Tabellenblatt 12241-09 Daten: EU-SILC 2021. Eigene Darstellung.

Anmerkung: Die S80/S20-Rate beschreibt das Verhältnis des Durchschnittseinkommens der reichsten 20 Prozent der Einkommensverteilung zu dem Einkommen der ärmsten 20 Prozent der Bevölkerung. Die 90/10-Rate beschreibt das Verhältnis des Durchschnittseinkommens der reichsten 10 Prozent zu dem der ärmsten 10 Prozent der Bevölkerung. Der Gini-Index ist ein Maß der Einkommenskonzentration und kann einen Wert zwischen 0 (absolute Gleichverteilung des Einkommens) und 100 (Konzentration des gesamten Einkommens auf nur eine Person) annehmen.

2.1.2 Einkommen im Alter

Das individuelle und haushaltsbezogene Einkommen älterer Menschen kann sich aus verschiedenen Einkommensquellen zusammensetzen. Dazu gehören eigenständige oder abgeleitete Leistungen aus verschiedenen gesetzlichen, betrieblichen und privaten Alterssicherungssystemen, Einkommen aus Erwerbstätigkeit, Einkommen aus Vermögen sowie Transfereinkommen. Je nach Erwerbs- und Familienbiografie kann eine Person eigene und/oder abgeleitete Leistungen aus einem oder mehreren Systemen beziehen. Die im Hinblick auf diese Vielschichtigkeit der Alterseinkommen differenzierteste Datenbasis ist die repräsentative Studie „Alterssicherung in Deutschland (ASID)“, die alle vier Jahre im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) durchgeführt wird. Die zum Erstellungszeitpunkt des vorliegenden Berichts (Sommer 2024) aktuellsten Daten sind die Daten der ASID 2019 (BMAS 2020).

Betrachtet man zunächst die verschiedenen Komponenten des Alterseinkommens und ihre relative Bedeutung für das Gesamteinkommen im Alter (Tabelle 2), so zeigt sich, dass die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) das mit Abstand bedeutendste Alterssicherungssystem in Deutschland ist. So beziehen 87 Prozent der Männer und 90 Prozent der Frauen ab 65 Jahren eine eigene Rente der GRV; darüber hinaus bezieht ein gutes Drittel der Frauen eine abgeleitete (Witwen-)Rente der GRV. Insgesamt stammen rund 61 Prozent aller den Rentner*innenhaushalten zufließenden Einkommen aus der GRV (Deutscher Bundestag 2023a). Insbesondere in Ostdeutschland sind die Leistungen der GRV von zentraler Bedeutung für die materielle Sicherung im Alter, da Leistungen aus anderen Alterssicherungssystemen hier nur eine untergeordnete Rolle spielen: Der Anteil der GRV-Leistungen an allen Einkommen liegt hier bei 85 Prozent (Westdeutschland: 56 %). Insbesondere bei Männern in Westdeutschland spielen Alterssicherungsleistungen aus weiteren Systemen wie der Beamtenversorgung, der betrieblichen Altersvorsorge und der Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst eine wichtige ergänzende Rolle (ebd.)

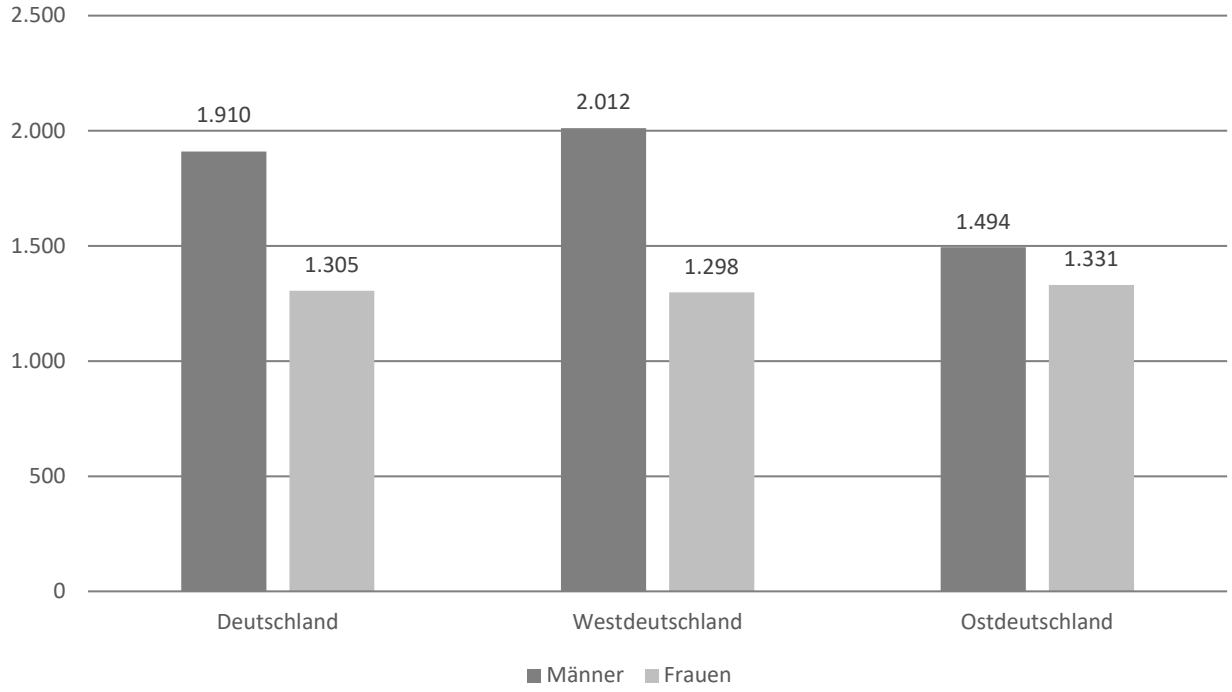
Tabelle 2 Einkommenskomponenten der persönlichen Einkommen bei Personen ab 65 Jahren (2019)

Einkommensquelle	Verbreitung in Prozent		Durchschnittliche Höhe in Euro pro Monat	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Eigene GRV-Leistungen	87	90	1.409	833
Abgeleitete GRV-Leistungen	7	34	397	814
Beamtenversorgung	10	3	3.283	2.701
Berufsständische Versorgung	2	1	2.378	1.659
Alterssicherung der Landwirte	2	2	494	347
Betriebliche Altersvorsorge	24	8	726	289
Zusatzversorgung öffentlichen Dienst	11	13	461	280
Private Vorsorge	6	4	350	254
Auslandsrenten	3	2	343	314
Sonstige Renten	3	1	509	460
Zinseinkünfte	20	20	149	146
Vermietung und Verpachtung	17	13	590	609
Erwerbsbezogene Einkommen	14	8	1.465	820
Transferleistungen	6	6	301	327

Quelle: BMAS 2020. Daten: ASID 2019. Eigene Darstellung.

Betrachtet man die durchschnittliche Höhe der persönlichen Gesamtalterseinkommen und ihre Verteilung nach Geschlecht und Region, so zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen West- und Ostdeutschland (Abbildung 3). So erreichen Frauen in Deutschland mit durchschnittlich 1.305 Euro pro Monat nur etwa zwei Drittel (68 %) des Einkommensniveaus der Männer (1.910 Euro pro Monat). Ferner erreichen ostdeutsche Männer mit 1.494 Euro pro Monat lediglich 74 Prozent des Nettoeinkommens der Männer in den westdeutschen Bundesländern (2.012 Euro pro Monat).

Abbildung 3 Personen ab 65 Jahren: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Region und Geschlecht, 2019, in Euro pro Monat



Quelle: BMAS 2020. Daten: ASID 2019. Eigene Darstellung.

Die erheblichen Unterschiede in den Alterseinkommen zwischen älteren Männern und Frauen – vor allem in Westdeutschland – sind das Resultat einer oftmals noch traditionellen geschlechterspezifischen Aufteilung der Erwerbs- und Sorgearbeit in der BRD. Die Frauen aus den Kohorten, deren Alterseinkommen in der ASID-Studie dargestellt werden, übernahmen vor ihrem Rentenbezug den weitaus größeren Teil der unbezahlten Betreuungs- und Familienaufgaben; hierfür unterbrachen sie häufig ihre Erwerbsarbeit, arbeiteten im Durchschnitt weniger Stunden pro Woche zu niedrigeren Stundenlöhnen und waren im Vergleich zu den gleichaltrigen Männern häufiger in nicht sozialversicherungspflichtigen (Mini-)Jobs beschäftigt (Frommert et al. 2021; Klammer 2020). Aufgrund der Ausrichtung praktisch aller Alterssicherungssysteme in Deutschland auf eine möglichst langjährige und kontinuierliche Erwerbstätigkeit mit entsprechender Beitragsleistung führen solche Erwerbsbiografien zu relativ niedrigen eigenständigen Alterssicherungseinkommen. Die geschlechtsspezifischen Ungleichheiten fallen dabei in den betrieblichen und privaten Vorsorgesystemen noch einmal höher aus als in der GRV (Frommert et al. 2021).

Aus einem geringen persönlichen Alterseinkommen kann allerdings nicht notwendigerweise auf eine unzulängliche Einkommenslage geschlossen werden, da ein geringes individuelles Alterseinkommen insbesondere bei verheirateten (westdeutschen) Frauen häufig im Haushalts- oder Ehekontext durch das höhere Alterseinkommen eines Partners kompensiert wird. Dies wird deutlich, wenn man die Alterseinkommen von Frauen differenziert nach Familienstand in den Blick nimmt (Tabelle 3).

Tabelle 3 Durchschnittliches Nettoeinkommen von Frauen ab 65 Jahren nach Familienstand, 2019, in Euro pro Monat

Familienstand	Persönliches Nettoeinkommen	Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen
Verheiratet	955	1.938
Verwitwet	1.674	1.674
Geschieden/getrennt	1.393	1.393
Ledig	1.482	1.482

Quelle: BMAS 2020. Daten: ASID 2019. Eigene Darstellung.

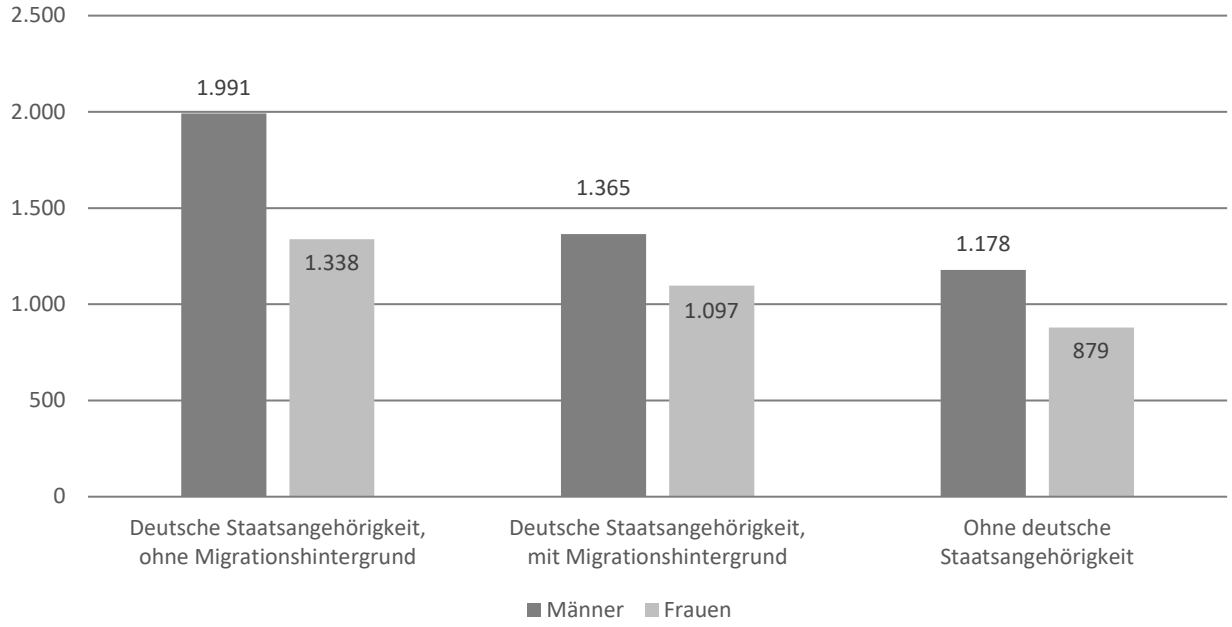
Anmerkung: Bei der Äquivalenzgewichtung wird berücksichtigt, dass Mehrpersonenhaushalte durch gemeinsames Wirtschaften im Vergleich zu Alleinlebenden eine relative Kostenersparnis (z. B. durch gemeinsame Nutzung von Wohnraum) haben. Als Maßstab für die Verringerung der Lebenshaltungskosten bei zwei Personen im gleichen Haushalt wird hier gemäß der (neuen) OECD-Skala der Faktor 1,5 verwendet.

So wiesen im Jahr 2019 verheiratete Frauen ab 65 Jahren mit durchschnittlich 955 Euro im Monat zwar das mit großem Abstand niedrigste *eigenständige* Alterseinkommen auf; berücksichtigt man jedoch den Haushaltskontext, verfügten sie mit 1.938 Euro über das höchste äquivalenzgewichtete Einkommen. Das zweithöchste bedarfsgewichtete Einkommen lag bei verwitweten Frauen ab 65 Jahren vor. Hier kommt es oftmals zu einer Kumulation von eigenen und abgeleiteten Alterssicherungsleistungen (z. B. einer Witwenrente der GRV). Mit durchschnittlich 1.393 Euro pro Monat waren geschiedene Frauen ab 65 Jahren finanziell am schlechtesten gestellt. Im Scheidungsfall ist zwar ein Versorgungsausgleich vorgesehen, nach längeren Phasen familienbedingt reduzierter Erwerbstätigkeit hatten und haben viele geschiedene (und damit auch oftmals alleinerziehende) Frauen aber schlechtere Arbeitsmarkt- und Karrierechancen als Männer. In Verbindung mit der immer noch vergleichsweise schlechten Entlohnung von Frauen (gender pay gap) führt dies dazu, dass sie in der verbleibenden potenziellen Erwerbszeit häufig deutlich weniger Anwartschaften aufbauen konnten beziehungsweise können als ihre Ex-Partner (Klammer 2020).

Im Jahr 2019 waren die Unterschiede im Alterseinkommen zwischen Männern und Frauen in den ostdeutschen Bundesländern erheblich geringer ausgeprägt als in den westdeutschen Bundesländern. Dies lag nicht nur an der gegenüber westdeutschen Frauen deutlich höheren Erwerbsbeteiligung ostdeutscher Frauen, sondern auch an den gegenüber westdeutschen Männern deutlich niedrigeren persönlichen Alterseinkommen ostdeutscher Männer. So erreichten ostdeutsche Männer in 2019 nur 74 Prozent des Gesamtnettoeinkommens der westdeutschen Männer, obwohl sich die eigenen GRV-Renten der Männer ab 65 Jahren in Ost- und Westdeutschland nur wenig unterschieden (West: 1.266 Euro, Ost: 1.250 Euro). Die Einkommensunterschiede sind im Wesentlichen durch die in Ostdeutschland deutlich geringere Verbreitung von Leistungen aus anderen Alterssicherungssystemen (Beamtenversorgung, Betriebliche Altersvorsorge, Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst) sowie die geringeren Einkommen aus sonstigen Quellen bedingt (BMAS 2020).

Betrachtet man schließlich die Höhe der persönlichen Nettoeinkommen bei Personen ab 65 Jahren differenziert nach Migrationsstatus und Staatsangehörigkeit, so zeigen sich erhebliche Differenzen sowohl zwischen den Herkunftsgruppen als auch zwischen den Geschlechtern (Abbildung 4). Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit und *ohne* Migrationshintergrund ab 65 Jahren erzielten im Jahr 2019 mit einem durchschnittlichen Einkommen von 1.991 Euro im Monat mit Abstand die höchsten Einkommen. Gleichaltrige Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit und *mit* Migrationshintergrund erreichten mit 1.365 Euro im Monat lediglich 69 Prozent dieses Einkommensniveaus, Männer ab 65 Jahren *ohne* deutsche Staatsangehörigkeit mit 1.178 Euro im Monat sogar nur 59 Prozent. Unter den Frauen zeigt sich die gleiche Verteilung wie bei Männern, nur auf niedrigerem Niveau: auch hier verfügten Frauen ab 65 Jahren mit deutscher Staatsangehörigkeit und *ohne* Migrationshintergrund mit 1.338 € über das höchste Einkommen; Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit und *mit* Migrationshintergrund in diesem Alter erreichten 82 Prozent und Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit lediglich 66 Prozent dieses Einkommensniveaus (Abbildung 4).

Abbildung 4 Personen ab 65 Jahren: Höhe der persönlichen Nettoeinkommen nach Herkunft und Geschlecht, 2019, in Euro pro Monat



Quelle: BMAS 2020. Daten: ASID 2019. Eigene Darstellung.

Anmerkung: Deutsche Staatsangehörigkeit, ohne Migrationshintergrund: Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die entweder in Deutschland geboren wurden oder vor 1950 in das heutige Staatsgebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind. Deutsche Staatsangehörigkeit, mit Migrationshintergrund: alle eingebürgerten Deutschen, die 1950 und später zugezogen sind (auch Spätaussiedler*innen).

Die schlechtere Einkommensposition von Personen mit Migrationshintergrund und insbesondere von Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit resultiert zum einen aus durchschnittlich geringeren eigenen Renten aus der GRV: So bezogen in 2019 Männer ab 65 Jahren ohne deutsche Staatsangehörigkeit mit durchschnittlich 946 Euro pro Monat deutlich niedrigere GRV-Renten als gleichaltrige deutsche Männer ohne Migrationshintergrund (1.461 Euro pro Monat). Bei Frauen ab 65 Jahren zeigt sich darüber hinaus eine ungleiche Verbreitung von GRV-Leistungen: So bezogen im Jahr 2019 91 Prozent der Frauen mit deutscher Staatsangehörigkeit und ohne Migrationshintergrund, aber nur 74 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund und ohne deutsche Staatsangehörigkeit eine eigenständige GRV-Rente (BMAS 2020). Die vergleichsweise schlechtere Einkommensposition von Männern und Frauen mit Migrationsgeschichte resultiert zum anderen aus der geringeren Verbreitung und Höhe weiterer Einkommensarten. So verfügten Personen mit Migrationshintergrund und insbesondere jene Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit deutlich seltener über Leistungen aus anderen Alterssicherungssystemen und über Vermögenseinkommen als Personen ohne Migrationshintergrund. Im Gegenzug spielen Transferleistungen (u. a. Grundsicherung im Alter und Wohngeld) bei Personen mit Migrationshintergrund eine deutlich stärkere Rolle als bei Personen ohne Migrationshintergrund. So bezogen 2019 lediglich 4 Prozent der Frauen und Männer ohne Migrationshintergrund, aber 22 Prozent der Männer und 25 Prozent der Frauen mit Migrationshintergrund sowie ohne deutsche Staatsangehörigkeit Einkommen aus Transferleistungen (ebd.).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die durchschnittlichen Alterseinkommen zwischen Männern und Frauen, zwischen West und Ost sowie zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund beziehungsweise mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft zum Teil erheblich unterscheiden, und zwar sowohl auf individueller wie auch auf Haushaltsebene. Die höchsten durchschnittlichen Alterseinkommen weisen verheiratete westdeutsche Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit und ohne Migrationshintergrund auf; die niedrigsten durchschnittlichen Alterseinkommen beziehen alleinstehende Frauen mit Migrationshintergrund und ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

Die in diesem Abschnitt dargestellten Durchschnittswerte erlauben allerdings keine Aussagen über die Häufigkeit und Verbreitung unzureichender Alterseinkommen und Armutslagen im Alter; diese werden daher im folgenden Abschnitt vertiefend in den Blick genommen.

2.1.3 Armut im Alter

Altersarmut ist eine „multikomplexe Lebenslage, die gleichzeitig vielfältige, eng miteinander verknüpfte materielle wie immaterielle problematische Lebensbedingungen aufweist“ (Naegele 2018). Zur empirischen Erfassung der materiellen Dimension von Altersarmut werden üblicherweise zwei verschiedene Indikatoren herangezogen: *Relative Einkommensarmut* (regelmäßiges monatliches Einkommen unterhalb eines statistisch festgelegten Schwellenwertes), gemessen an der Armutsgefährdungsquote, und *Grundsicherungsbezug* (definiert als der Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel SGB XII), gemessen an der Grundsicherungsquote (Brettschneider 2022a; Geyer 2015; Munz-König 2013). Ergänzend kann auch der im Rahmen der europäischen Sozialberichterstattung erhobene Indikator „Erhebliche materielle und soziale Deprivation“ herangezogen werden.

Altersarmut als relative Einkommensarmut

Nach dem Konzept der relativen Einkommensarmut wird Armut beziehungsweise Armutsgefährdung in Relation zum mittleren Einkommen der Bevölkerung eines Landes definiert. Nach EU-Standard gilt als armutsgefährdet, wer weniger als 60 Prozent des Medians der Nettoäquivalenzeinkommen der jeweiligen Bevölkerung zur Verfügung hat. Die vom Statistischen Bundesamt präsentierten Daten zur Einkommensarmut in Deutschland werden in der Regel auf der Grundlage des Mikrozensus berechnet; auf europäischer Ebene wird die Statistik *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC, Deutsch: „Leben in Europa“) als Datengrundlage herangezogen.[1] Mikrozensus und EU-SILC unterscheiden sich sowohl hinsichtlich des Stichprobendesigns als auch hinsichtlich des zugrundeliegenden Einkommenskonzepts und der Einkommenserfassung. Dementsprechend zeigen sich zwischen beiden Datenquellen auch Unterschiede hinsichtlich der Armutsgefährdungsschwelle und der ermittelten Armutsgefährdungsquoten. Die Ergebnisse werden unter anderem nach Altersgruppen ausgewiesen. Für das Jahr 2021 ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 4):

Tabelle 4 Armutsgefährdungsquoten nach Altersklassen, 2021, in Prozent

Altersgruppe	Mikrozensus (MZ-Kern)			EU-SILC		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
Insgesamt	**16,9**	**16,0**	**17,8**	**16,0**	**15,4**	**16,6**
unter 18 Jahre	21,3	/	/	16,4	16,7	16,1
18 bis 24 Jahre	25,8	24,1	27,6	25,6	24,2	27,2
25 bis 49 Jahre	14,9	14,4	15,5	13,3	13,0	13,5
50 bis 64 Jahre	13,0	12,3	13,7	13,2	12,9	13,6
65 Jahre und älter	17,6	15,2	19,5	19,4	17,5	20,9
Armutsrisikoschwelle	1.145 Euro/Monat			1.247 Euro/Monat		

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2024[2] für die Daten aus MZ-Kern und Statistisches Bundesamt 2023d, Tabellenblatt 12241-14 für die Daten aus EU-SILC. Daten: Mikrozensus (MZ-Kern), EU-SILC 2021. Eigene Darstellung.

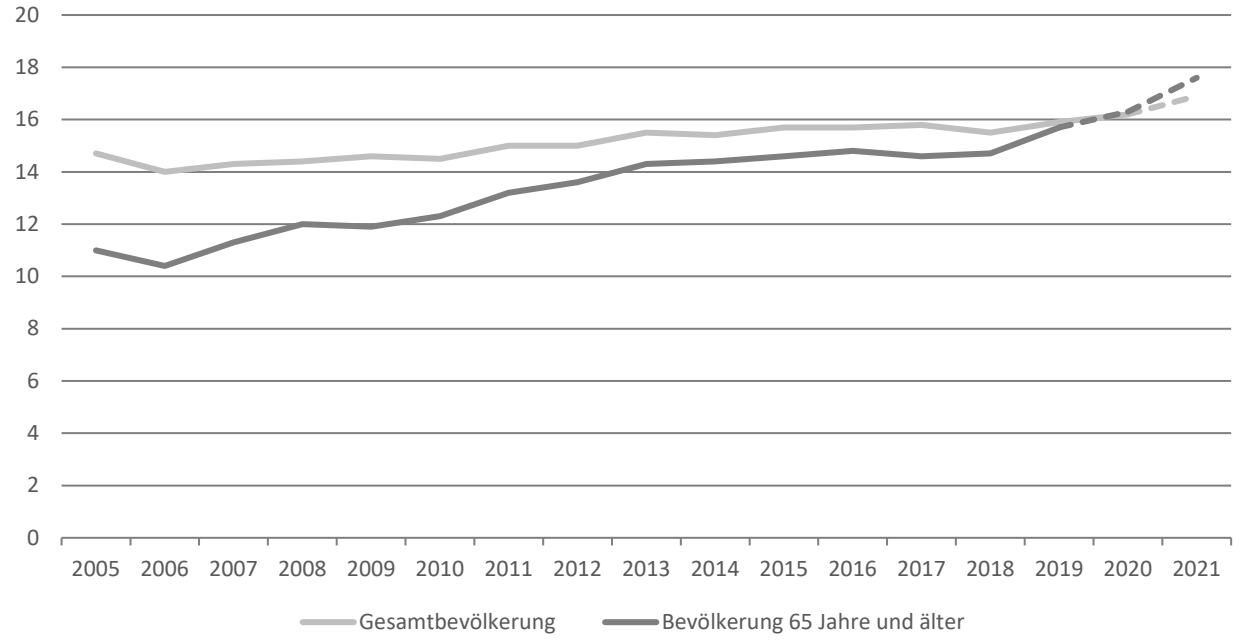
Unabhängig von der Wahl der Datenbasis lässt sich feststellen, dass die relative Armutsgefährdung der Personen ab 65 Jahren im Vergleich zu anderen Altersgruppen in den letzten 10 bis 15 Jahren überproportional angestiegen ist (Abbildung 5). Das Armutsrisiko ist bei der Altersgruppe ab 65 Jahren mittlerweile höher als in der Gesamtbevölkerung. Dies ist eine neue Entwicklung: Das Armutsrisiko der älteren Personen lag in den 2000er Jahren und über weite Strecken der 2010er Jahre immer unter dem Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Die

[1] Seit dem Erhebungsjahr 2020 wird die EU-SILC-Erhebung nicht mehr als eigenständige Erhebung durchgeführt, sondern ist als Unterstichprobe (MZ-SILC) in den auskunftspflichtigen Mikrozensus integriert.

[2] https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-4 [Zugriff am 21.06.2024], dort unter „A.2 Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian) ab 2020“, Tabellenblatt A 2.0 DE_Bund „Armutsgefährdungsquote1) nach soziodemografischen Merkmalen in Prozent gemessen am Bundesmedian“.

Altersgruppe ab 65 Jahren ist somit diejenige Altersgruppe, bei der das Armutsrisiko in den letzten Jahren im Vergleich am stärksten angestiegen ist, sodass sie mittlerweile sogar (leicht) überdurchschnittlich armutsgefährdet ist.

Abbildung 5 Armutsgefährdungsquoten im Zeitverlauf, 2005-2021, in Prozent



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2024.[3] Daten: Mikrozensus (MZ-Kern); Zeitreihenbruch und eingeschränkte Vergleichbarkeit ab 2020. Eigene Darstellung.

Ältere Frauen weisen dabei ein höheres Armutsrisiko auf als ältere Männer. In Deutschland sind Frauen generell in allen Altersgruppen stärker armutsgefährdet als Männer; mit zunehmendem Alter wird der Unterschied größer. So zeigen die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) für das Jahr 2021, dass insbesondere Frauen im Alter von 80 Jahren und älter erheblich stärker armutsgefährdet waren als Männer dieser Altersgruppe (Fey & Wagner 2023). Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass diese Frauen nicht oder diskontinuierlich oder nur in geringem Umfang erwerbstätig waren. Die Ergebnisse der D80+-Studie weisen zudem darauf hin, dass insbesondere diejenigen hochaltrigen Frauen, die in ihrem Lebensverlauf niemals erwerbstätig gewesen waren, ein sehr hohes Armutsrisiko aufweisen (ebd.).

Zwischen den Bundesländern zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Armutsgefährdungsquoten (Tabelle 5); die Spannweite reicht von 14,2 Prozent (Sachsen) bis 22,7 Prozent (Bremen). In den ostdeutschen Bundesländern ist die Armutsgefährdung älterer Menschen im Durchschnitt etwas niedriger als in den westdeutschen Bundesländern, was insbesondere daran liegt, dass Frauen in Ostdeutschland häufiger und in größerem Umfang erwerbstätig waren und dadurch höhere durchschnittliche Rentenanwartschaften erworben haben. Die Armutsquoten ostdeutscher Frauen sind dementsprechend niedriger als die Armutsquoten westdeutscher Frauen.

[3] https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-4 [Zugriff am 21.06.2024], dort unter „A.2 Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian) bis 2019“ und „A.2 Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian) ab 2020“, jeweils Tabellenblatt A 2.0 DE_Bund „Armutsgefährdungsquote nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian“.

Tabelle 5 Armutsgefährdungsquoten von 65-Jährigen und Älteren, nach Geschlecht sowie nach Bundesländern und Region (Bundesmedian), 2021, in Prozent

Bundesland/Region	Insgesamt	Männer	Frauen
Baden-Württemberg	16,1	13,6	18,2
Bayern	18,8	15,7	21,3
Berlin	18,0	17,9	18,0
Brandenburg	14,5	14,1	14,8
Bremen	22,7	21,1	24,0
Hamburg	18,5	17,1	19,7
Hessen	17,8	15,7	19,6
Mecklenburg-Vorpommern	14,6	13,6	15,5
Niedersachsen	19,7	16,7	22,2
Nordrhein-Westfalen	18,0	15,1	20,4
Rheinland-Pfalz	20,2	16,6	23,3
Saarland	20,0	15,8	23,4
Sachsen	14,2	12,8	15,2
Sachsen-Anhalt	16,5	15,2	17,5
Schleswig-Holstein	15,4	13,3	17,1
Thüringen	16,8	15,0	18,3
West (ohne Berlin)	18,2	15,3	20,4
Ost (inkl. Berlin)	15,7	14,7	16,4
Deutschland	**17,6**	**15,2**	**19,5**

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2024.[4] Daten: Mikrozensus (MZ-Kern), 2021. Eigene Darstellung.

Besonders starke Unterschiede bestehen indes nicht in erster Linie zwischen Geschlechtern oder Regionen, sondern vor allem zwischen älteren Menschen mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit beziehungsweise mit und ohne Migrationshintergrund (Seils 2020). So zeigt eine Sonderauswertung der EU-SILC-Daten für das Jahr 2022 (Erstergebnisse), dass ältere Menschen mit Migrationshintergrund im Schnitt doppelt so häufig von Einkommensarmut betroffen sind als ältere Menschen ohne Migrationshintergrund (Tabelle 6).

[4] https://www.statistikportal.de/de/sbe/ergebnisse/einkommen-armutsgefaehrdung-und-soziale-lebensbedingungen/armutsgefaehrdung-und-4 [Zugriff am 21.06.2024], dort unter „A.2 Armutsgefährdungsquoten, Bundesländer nach soziodemografischen Merkmalen (Bundesmedian) ab 2020“.

Tabelle 6 Armutsgefährdungsquoten (Altersgruppe 65 Jahre und älter) nach Staatsangehörigkeit, Migrationsstatus und Geschlecht, 2022

	Personen insgesamt	Staatsangehörigkeit		Migrationshintergrund	
		deutsch	nicht deutsch	ohne	mit
Insgesamt	18,3	17,1	38,7	16,0	33,2
Männer	15,9	14,6	36,2	13,5	31,5
Frauen	20,3	19,0	40,7	18,0	34,6

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes im Auftrag der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Neunten Altersberichts der Bundesregierung. Daten: EU-SILC 2022 (Erstergebnisse). Eigene Darstellung.

Anmerkung: Das Statistische Bundesamt definiert „Migrationshintergrund" wie folgt: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren wurde. Im Einzelnen umfasst diese Definition zugewanderte und nicht zugewanderte Ausländerinnen und Ausländer, zugewanderte und nicht zugewanderte Eingebürgerte, (Spät-) Aussiedlerinnen und (Spät-) Aussiedler sowie die als Deutsche geborenen Nachkommen dieser Gruppen. Die Vertriebenen des Zweiten Weltkrieges haben (gemäß Bundesvertriebenengesetz) einen gesonderten Status; sie und ihre Nachkommen zählen daher nicht zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund".[5]

Zwischen älteren Menschen ab 65 Jahren mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit fallen die Unterschiede sogar noch deutlicher aus. Ein besonders hohes Armutsrisiko liegt in dem Zusammenwirken der Differenzkategorien Geschlecht und Staatsangehörigkeit. So weisen ältere Frauen ohne deutsche Staatsangehörigkeit die höchste Armutsrisikoquote auf: 2022 waren vier von zehn von Einkommensarmut betroffen (siehe Abschnitt 7.3.2).

Altersarmut als Grundsicherungsbezug

Ein zweiter zentraler Indikator zur Erfassung von Altersarmut ist der „Grundsicherungsbezug". Hier geht es nicht um relative Einkommensarmut, sondern um individuelle Hilfebedürftigkeit und Transferabhängigkeit. Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des SGB XII (Sozialhilfe) haben Personen, die entweder das 18. Lebensjahr vollendet haben und dauerhaft voll erwerbsgemindert sind oder Personen, die die gesetzliche Regelaltersgrenze erreicht haben und ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen sowie gegebenenfalls dem Einkommen und Vermögen des (Ehe-)partners oder der (Ehe-)partnerin bestreiten können. Die Grundsicherungsstatistik als Teil der amtlichen Sozialhilfestatistik unterscheidet zwischen Leistungsempfänger*innen unterhalb der gesetzlichen Regelaltersgrenze[6] (Grundsicherung *bei Erwerbsminderung*) und oberhalb der Regelaltersgrenze (Grundsicherung *im Alter*); im Folgenden werden nur Leistungsbezieher*innen oberhalb der Regelaltersgrenze betrachtet.

Der individuelle Bruttobedarf der Grundsicherung im Alter setzt sich im Wesentlichen aus dem bundeseinheitlichen Regelsatz nach § 28 SGB XII und den individuellen Kosten der Unterkunft (KdU) zusammen. Im Einzelfall können individuelle Mehrbedarfe wegen Gehbehinderung oder krankheitsbedingt kostenaufwändiger Ernährung sowie Beitragszuschüsse für die private Kranken- und Pflegeversicherung hinzukommen. Ende 2022 lag der bundesdurchschnittliche monatliche Bruttobedarf der Grundsicherung im Alter bei 862 Euro.[7] Hinter diesem Durchschnittswert verbergen sich allerdings große regionale Unterschiede: Während der Regelsatz bundesweit einheitlich festgesetzt ist, gibt es bei den Kosten für Unterkunft und Heizung eine hohe regionale Varianz. Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte reichte die Bandbreite der Bruttobedarfe Ende 2022 von 736 Euro pro Monat im Kreis Hildburghausen (Thüringen) bis 1.020 Euro pro Monat in der Stadt München.

Am Jahresende 2022 bezogen rund 658.540 ältere Menschen Leistungen der Grundsicherung im Alter. Die Anzahl der Empfänger*innen der Grundsicherung im Alter hat sich somit seit Einführung der Leistung im Jahr 2003 (258.000 Bezieher*innen) mehr als verdoppelt. In demselben Zeitraum ist mit dem demografischen Wandel jedoch auch die Anzahl der älteren Menschen angestiegen. Betrachtet man statt der absoluten Zahlen die relativen

[5] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Glossar/migrationshintergrund.html [Zugriff am 21.06.2024].

[6] Regelrenteneintrittsalter nach § 41 Abs.2 SGB XII.

[7] Die in diesem Abschnitt präsentierten Daten zur Grundsicherung im Alter stammen aus der Datenbank GENESIS-Online des Statistischen Bundesamtes (EVAS-Nr. 22151); Tabellendaten zum durchschnittlichen Bruttobedarf auf Kreisebene wurden auf Anfrage vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellt.

Anteile, so zeigt sich daher, dass es bislang keinen starken relativen Anstieg der Grundsicherungsbedürftigkeit gegeben hat: Die Quote liegt seit Jahren einigermaßen konstant zwischen 3 und 4 Prozent.

Die Ergebnisse der Grundsicherungsstatistik sind in ihrer Aussagekraft allerdings insofern eingeschränkt, als hier nur der *realisierte* Grundsicherungsbezug, nicht jedoch die Grundsicherungs*bedürftigkeit* erfasst wird. Gerade im Bereich der Grundsicherung im Alter ist von einer sehr hohen Dunkelziffer der Nichtinanspruchnahme („verschämte Altersarmut“) auszugehen (siehe Abschnitt 2.2.4). Politische Entscheidungen in Bezug auf die Höhe des allgemeinen Regelsatzes, die Ausgestaltung von Einkommensfreibeträgen oder Reformen in vorgelagerten Sicherungssystemen wie der gesetzlichen Rentenversicherung und dem Wohngeld können die Entwicklung des Grundsicherungsbezuges substanziell beeinflussen. Im Jahr 2022 zeigten sich in der Grundsicherungsstatistik zudem auch die Auswirkungen der Fluchtmigration aus der Ukraine.

Zwischen den Bundesländern bestehen deutliche Unterschiede in der Betroffenheit. So waren im Jahr 2022 ältere Menschen in den Stadtstaaten Hamburg (9,6 %), Bremen (7,9 %) und Berlin (6,9 %) besonders häufig auf die Grundsicherung im Alter angewiesen. Die westdeutschen Flächenländer nahmen eine mittlere Position ein (Bayern 3 %, Nordrhein-Westfalen 4,8 %). In den ostdeutschen Flächenländern war die Grundsicherungsquote hingegen deutlich niedriger als im Westen; sie bewegte sich Ende 2022 zwischen 1,4 % in Thüringen und 2 % in Mecklenburg-Vorpommern. Grundsicherungsbezug konzentriert sich zudem überwiegend in (westdeutschen) Großstädten: gemäß den Daten des Regionalatlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder[8] für das Jahr 2022 waren die höchsten Grundsicherungsquoten (Leistungsbezieher*innen ab Regelaltersgrenze) in Offenbach (10,8 %) sowie in Frankfurt am Main (10,4 %) zu verzeichnen, gefolgt von Hamburg (9,6 %), Düsseldorf (9,4 %) und Köln (9,1 %). Die niedrigsten Grundsicherungsquoten fanden sich im Kreis Saalfeld-Rudolstadt (Thüringen) mit 0,7 Prozent sowie im Kreis Greiz (Thüringen) und im Erzgebirgskreis (Sachsen) mit jeweils 0,8 Prozent.

Es gibt bei den Quoten des Grundsicherungsbezugs mittlerweile keine signifikanten Unterschiede mehr zwischen Männern und Frauen. Auffällig große Unterschiede bestehen hingegen zwischen älteren Menschen mit und ohne deutsche Staatsangehörigkeit: Ältere Menschen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit haben im Jahr 2022 rund achtmal so häufig Grundsicherung im Alter bezogen wie Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit (21,8 % versus 2,7 %, siehe Tabelle 7). Im Jahr 2021 hatte ein gutes Viertel (26,7 %) der Bezieher*innen der Grundsicherung im Alter keine deutsche Staatsangehörigkeit. Dieser Anteil ist bis Ende 2022, insbesondere aufgrund der im zweiten Quartal 2022 einsetzenden Fluchtzuwanderung aus der Ukraine, auf ein knappes Drittel (32,7 %) angestiegen.[9]

[8] https://regionalatlas.statistikportal.de/ [Zugriff am 21.06.2024].

[9] Eigene Berechnungen auf Grundlage von Genesis-Online, dort Tabelle 22151- 0003 Empfänger von Grundsicherung: Deutschland, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen; https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=table&code=22151-0003&bypass=true&levelindex=1&levelid=1718562032276#abreadcrumb [Zugriff am 21.06.2024].

Tabelle 7 Grundsicherungsquoten (Bezieher*innen ab Regelaltersgrenze) zum 31.12. des Jahres, nach Staatsangehörigkeit und Geschlecht, 2015-2022, in Prozent

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Deutsche								
männlich	2,4	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	2,8
weiblich	2,7	2,5	2,5	2,6	2,5	2,4	2,5	2,6
insgesamt	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,7
Ausländer*innen								
männlich	13	13,3	13,8	14,2	14,7	15	15,6	18,3
weiblich	20,2	19,8	19,7	19,5	19,3	19,2	19,2	24,7
insgesamt	16,5	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,5	21,8
Insgesamt								
männlich	2,9	2,9	3	3,1	3,2	3,3	3,4	3,7
weiblich	3,3	3,2	3,3	3,3	3,2	3,2	3,3	3,8
insgesamt	3,2	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,4	3,7

Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Genesis-Online des Statistisches Bundesamt 2024b. Daten: Grundsicherungsstatistik. Eigene Darstellung.

Anmerkungen: Deutsche sind Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit sowie Personen, die nach dem Grundgesetz den Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit gleichgestellt sind. Personen, die die deutsche und zugleich eine fremde Staatsangehörigkeit besitzen, zählen zu den Deutschen. Ausländer*innen sind Personen, die nicht Deutsche im Sinne des Artikels 116 Absatz 1 GG sind. Dazu zählen auch die Staatenlosen und Personen mit „ungeklärter" Staatsangehörigkeit.

Wie bereits bei der relativen Einkommensarmut im Alter, so zeigt sich auch beim Transferbezug, dass Altersarmut nicht in erster Linie mit dem Geschlecht, sondern vor allem mit der Staatsangehörigkeit beziehungsweise dem Migrationsstatus zusammenhängt. Auch hier zeigt sich, dass das größte Armutsrisiko in dem Zusammenwirken der beiden Differenzkategorien Geschlecht und Staatsangehörigkeit liegt (siehe Abschnitt 7.3.2): So war im Jahr 2022 jede vierte ältere Frau ohne deutsche Staatsangehörigkeit auf Leistungen der Grundsicherung im Alter angewiesen.

Armut als materielle und soziale Deprivation

Ein dritter Indikator, der zur Messung von Armut herangezogen werden kann, ist die sogenannte „materielle und soziale Deprivation". Hier geht es nicht um das verfügbare Einkommen, sondern darum, was sich Haushalte und Einzelpersonen von ihrem Einkommen leisten können. Im Fokus stehen Dinge, die zum allgemeinen Lebensstandard gehören, auf die aber aus finanziellen Gründen verzichtet werden muss. Im Rahmen der EU-SILC wurden hierfür insgesamt 13 Kriterien definiert; dazu gehört zum Beispiel, ob es sich ein Haushalt beziehungsweise eine Einzelperson finanziell (nicht) leisten kann, die Unterkunft angemessen warm zu halten, abgewohnte Möbel zu ersetzen, unerwartet anfallende Ausgaben aus eigenen Mitteln zu bestreiten oder jedes Jahr einen einwöchigen Urlaub an einem anderen Ort zu verbringen.[10]

[10] Der bis 2019 verwendete Indikator „Materielle Deprivation" (mit 9 Kriterien) wurde im Rahmen der EU-SILC überarbeitet und durch den seit 2020 verwendeten, deutlich differenzierteren Indikator „Materielle und soziale Deprivation" (mit 13 Kriterien) ersetzt. Siehe hierzu https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Glossar/materielle-und-soziale-entbehrung.html [Zugriff am 21.06.2024].

Tabelle 8 Erhebliche materielle und soziale Deprivation (Quoten) nach Alter und Geschlecht, 2021, in Prozent

Altersgruppe	Insgesamt	Männer	Frauen
Unter 18 Jahre	5,5	5,7	5,2
18 bis unter 25 Jahre	4,9	4,7	5,1
25 bis unter 50 Jahre	4,7	4,7	4,7
50 bis unter 65 Jahre	4,3	4,3	4,3
65 Jahre und älter	2,7	2,5	2,9
Insgesamt	**4,3**	**4,4**	**4,3**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2023d, Tabellenblatt 12241-16. Daten: EU-SILC 2021. Eigene Darstellung.

Materielle und soziale Deprivation liegt nach der EU-Definition dann vor, wenn nach Selbsteinschätzung des Haushalts mindestens 5 von 13 Kriterien erfüllt sind. Wenn 7 der 13 Kriterien erfüllt sind, liegt eine e*rhebliche* materielle und soziale Deprivation vor. Die Ergebnisse der EU-SILC zeigen, dass ältere Personen seltener von erheblicher materieller und sozialer Deprivation betroffen sind als Jüngere: Während im Jahr 2021 durchschnittlich 4,3 Prozent der Bevölkerung in Deutschland betroffen war, lag der Anteil bei den 65-Jährigen und Älteren lediglich bei 2,7 Prozent (Tabelle 8). Zwischen Frauen und Männern bestehen hierbei nur geringfügige Unterschiede.

2.1.4 Überschuldung im Alter

Überschuldung ist häufig keine vorübergehende Episode im Lebensverlauf, sondern oftmals ein verfestigter biografischer Dauerzustand, der Lebensqualität und Teilhabechancen der Betroffenen nachhaltig einschränkt. Die Überschuldungsstatistik des statistischen Bundesamtes stellt unter anderem Informationen zu den soziodemographischen Daten überschuldeter Personen bereit, die Beratungsleistungen der Schuldner*innenberatung in Anspruch nehmen. Die Daten hierzu beruhen auf (freiwilligen) Angaben offizieller Schuldner*innenberatungsstellen zu den von ihnen beratenen Personen.

Tabelle 9 Überschuldungsstatistik: Beratene Personen nach Altersgruppen und Schuldenhöhe, 2022

Altersgruppe	Anzahl der beratenen Personen	Anteil an allen beratenen Personen in Prozent	Durchschnittliche Schuldenhöhe in Euro
Unter 20 Jahre	1.259	0,2	5.258
20 bis unter 25 Jahre	29.476	5,3	10.148
25 bis unter 35 Jahre	132.756	23,8	19.985
35 bis unter 45 Jahre	150.096	26,9	27.198
45 bis unter 55 Jahre	109.290	19,6	37.029
55 bis unter 65 Jahre	86.639	15,5	42.387
65 bis unter 70 Jahre	23.192	4,2	48.450
70 Jahre und mehr	25.226	4,5	54.649
Insgesamt	**557.935**	**100,0**	**30.940**

Quelle: Statistisches Bundesamt 2023a. Daten: Überschuldungsstatistik 2022. Eigene Darstellung.

Die Ergebnisse der Überschuldungsstatistik 2022 zeigen zum einen auf, dass ältere Menschen ab 65 Jahren nur einen vergleichsweise geringen Teil (weniger als 10 %) der von den Schuldner*innenberatungsstellen beratenen Personen ausmachten (Tabelle 9). Sie zeigen zudem, dass die durchschnittliche Schuldenlast und die damit verbundene Überschuldungsintensität der betroffenen beziehungsweise beratenen Personen mit dem Alter zunahmen. So trugen überschuldete Personen im Alter von 70 Jahren und mehr mit im Durchschnitt fast 55.000 Euro im Vergleich der Altersgruppen die höchste Schuldenlast.

Da die Repräsentativität und die Aussagekraft der amtlichen Überschuldungsstatistik eingeschränkt sind[11], wird (u. a. im Rahmen der Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes) auch auf regelmäßig berechnete Daten des privaten Anbieters Creditreform zurückgegriffen, um Aussagen zum Stand und zur Entwicklung der Überschuldung in Deutschland treffen zu können. Der jährlich veröffentlichte „SchuldnerAtlas Deutschland“ untersucht, wie sich die Überschuldung von Verbraucher*innen innerhalb Deutschlands kleinräumig verteilt und entwickelt. Überschuldung liegt nach der dort verwendetet Definition dann vor, „wenn ein Schuldner*innen die Summe seiner fälligen Zahlungsverpflichtungen mit hoher Wahrscheinlichkeit über einen längeren Zeitraum nicht begleichen kann und ihm zur Deckung seines Lebensunterhalts weder Vermögen noch Kreditmöglichkeiten zur Verfügung stehen“ (Creditreform 2022: 4).

Die Ergebnisse des „SchuldnerAtlas“ 2022 zeigen folgendes Bild: In Deutschland waren 2022 insgesamt 5,88 Millionen Menschen überschuldet; das entspricht (bezogen auf die Gesamtbevölkerung im Alter von 18 Jahren und mehr) einer Überschuldungsquote von 8,5 Prozent. Männer sind mit 10,6 Prozent häufiger betroffen als Frauen mit 6,5 Prozent. Sowohl die absolute Zahl der Überschuldungsfälle als auch die Überschuldungsquote sind in den letzten Jahren leicht gesunken, weil während der Covid-19-Pandemie viele Menschen weniger konsumiert und weniger Geld ausgegeben haben als vor der Pandemie. Diese gesunkene Überschuldungsquote sollte allerdings nicht als ein Zeichen für Entspannung bewertet werden – es wird befürchtet, dass vor allem aufgrund der seit 2022 gestiegenen Energiekosten der Langzeittrend negativ bleibt (Creditreform 2022). Insbesondere Menschen mit niedrigem Einkommen sind von den Folgen der Wirtschaftskrise sowie steigende Lebenshaltungs- und Energiekosten stark betroffen (Donau 2022). Betrachtet man die Überschuldungsquoten nach Lebensalter, so zeigt sich, dass im Jahr 2022 die stärkste Betroffenheit in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen bestand (Überschuldungsquote 14,1 %); über die Altersgruppen hinweg nimmt die Überschuldungsquote ab. In der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen betrug die Überschuldungsquote noch 7,1 Prozent und lag damit bereits unter dem Gesamtdurchschnitt; in der Altersgruppe ab 70 Jahren lag sie nur noch bei 3,1 Prozent. In absoluten Zahlen ausgedrückt, waren 2022 insgesamt 1,17 Millionen Menschen im Alter ab 60 Jahren überschuldet, davon 760.000 in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen und 410.000 in der Altersgruppe ab 70 Jahren.

[11] So nehmen erstens nicht alle Beratungsstellen in Deutschland an der Erhebung teil – die Beteiligung fällt regional sehr unterschiedlich aus. Zweitens sind die erhobenen Beratungsfälle nicht mit tatsächlichen Überschuldungsfällen gleichzusetzen. Die Überschuldungsstatistik erlaubt somit keine belastbaren Aussagen über die Gesamtzahl der überschuldeten Haushalte und Personen oder über die relative Betroffenheit nach Altersgruppen.

Tabelle 10 Überschuldungsquoten nach Altersgruppen, 2013 bis 2022, in Prozent

Jahr	unter 30 Jahre	30 bis 39 Jahre	40 bis 49 Jahre	50 bis 59 Jahre	60 bis 69 Jahre	ab 70 Jahre	Gesamt
2013	15,7	18,1	11,6	8,6	4,7	0,9	9,8
2014	15,4	18,6	11,8	8,7	5,0	1,1	9,9
2015	14,9	18,8	12,1	8,8	5,3	1,1	9,9
2016	14,5	19,2	12,6	8,9	5,5	1,3	10,1
2017	14,1	19,0	12,9	8,8	5,5	1,5	10,1
2018	13,5	18,6	13,1	8,9	5,7	2,1	10,1
2019	12,1	17,7	13,1	9,2	6,4	3,0	10,0
2020	9,6	17,3	13,5	9,6	7,1	3,6	9,9
2021	7,0	15,1	12,7	9,3	7,3	3,2	8,9
2022	6,7	14,1	12,5	8,9	7,1	3,1	8,5

Quelle: Creditreform 2022. Eigene Darstellung.

Anmerkung: Werte auf eine Nachkommstelle gerundet.

Betrachtet man die Entwicklung der Überschuldung im Zeitverlauf, so ist zum einen festzustellen, dass die Überschuldungsquoten älterer Menschen im Vergleich zu den mittleren Altersgruppen und zum Gesamtdurchschnitt der Bevölkerung stets deutlich niedriger waren (Tabelle 10). Zum anderen ist aber auch festzustellen, dass diese Unterschiede im Zeitverlauf allmählich geringer geworden sind. Ältere Menschen ab 60 Jahren sind die Altersgruppe mit dem stärksten trendmäßigen Anstieg. Der überproportionale Anstieg der Überschuldung insbesondere bei älteren Menschen ist im jährlichen SchuldnerAtlas bereits mehrfach vermerkt worden, nach Einschätzung der Autor*innen des SchuldnerAtlas 2022 „bleibt der Doppeltrend zu Altersarmut und Altersüberschuldung trotz Rückgang virulent“ (Creditreform 2022: 18).

2.1.5 Vermögen im Alter

Ähnlich wie die Entwicklung des verfügbaren Einkommens im Lebensverlauf folgt auch die Vermögensentwicklung typischerweise einem lebenszyklischen Muster, bei dem im Laufe des Erwerbslebens kumulativ Vermögen aufgebaut wird und dieses nach dem Ende der Erwerbsphase partiell wieder abgebaut wird. Die vorliegenden Studien und Erhebungen, in denen das durchschnittliche Nettovermögen nach Altersgruppen differenziert erhoben und dargestellt wird, weisen in dieser Hinsicht grundsätzlich in dieselbe Richtung; sie weisen jedoch (je nach Datengrundlage, je nach Abgrenzung des individuellen beziehungsweise haushaltsbezogenen Nettovermögens und je nach Abgrenzung der Altersgruppen) leichte Unterschiede im Hinblick auf die Höhe des Nettoeinkommens im Lebenszyklus auf: Während einige Studien den Gipfelpunkt der Vermögensverteilung bereits im späten Erwerbsalter ansetzen (Deutscher Bundestag 2021; Kleimann et al. 2021; Niehues & Stockhausen 2020), ermitteln andere Studien den Höchstwert in der Altersgruppe der 71- bis 75-Jährigen (Grabka & Halbmeier 2021). Im höheren Lebensalter erfolgt typischerweise ein Vermögensabbau, da Teile des Vermögens entweder in Form von Schenkungen bereits an nachfolgende Generationen übertragen werden oder beispielsweise aufgrund von gesundheitlichen oder pflegerischen Bedarfen teilweise aufgebraucht werden müssen. Dies kann insbesondere beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Fall sein, da die gesetzliche Pflegeversicherung nur einen Teilkaskoschutz bietet und ein Teil der pflegebezogenen Kosten und Ausgaben selbst getragen werden muss.

Das beschriebene Lebenszyklusmuster ist in Ostdeutschland weniger stark ausgeprägt als in Westdeutschland. Generell fällt das individuelle Nettovermögen in Ostdeutschland in allen Altersgruppen geringer aus als in Westdeutschland. Dieser Vermögensunterschied ist in den Altersgruppen ab 55 Jahren besonders ausgeprägt und steigt mit dem Alter an, was unter anderem daran liegt, dass es in der DDR weniger Möglichkeiten zum Vermögensaufbau gab (Grabka & Halbmeier 2021).

Im Folgenden wird auf der Grundlage von Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 der jeweilige Anteil von Personen mit einem Gesamtvermögen (ohne Immobilien) von mindestens 100.000 Euro dargestellt (Tabelle 11).

Tabelle 11 Personen mit einem Nettovermögen über 100.000 Euro nach soziodemografischen Merkmalen, 2020/2021, in Prozent

Soziodemografische Merkmale	Alter in Jahren			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	**23,1**	**25,9**	**23,5**	**9,6**
Geschlecht				
Männlich	25,8	29,4	25,6	18,7
Weiblich	20,1	22,3	21,8	3,4
Bildung				
Niedrig/mittel	15,9	15,7	17,9	4,8
Hoch	34,7	41,6	31,0	22,1
Region				
West	24,8	28,5	23,3	11,5
Ost	15,5	14,2	24,1	1,3
Siedlungstyp				
Großstadt/städtischer Kreis	26,7	29,9	28,5	10,9
Ländlicher Kreis	15,6	17,0	13,8	8,0
Funktionale Einschränkung				
Nicht eingeschränkt	25,4	25,8	24,9	14,6
(Stark) eingeschränkt	16,0	23,3	20,6	6,0
	Alter in Jahren			
	50 bis 69		**70 +**	
Materielle Lage				
Armutsgefährdet	3,3		4,6	
Mittlere Einkommen	17,2		14,7	
Höhere Einkommen	44,4		40,5	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021. Eigene Darstellung.

Die Daten des DEAS zeigen, dass der Anteil der Personen mit einem Vermögen (ohne Immobilien) über 100.000 Euro im hohen Alter abnimmt: In den Altersgruppen zwischen 50 und 79 Jahren lag der Anteil der Personen mit einem Vermögen über 100.000 Euro im Jahr 2020/2021 zwischen 23,1 und 25,9 Prozent. Erst im Alter ab 80 Jahren war dieser Anteil mit 9,6 Prozent deutlich niedriger. Der Anteil von Frauen mit hohem Vermögen war durchweg geringer als der Anteil von Männern, aber erst im Alter von 80 Jahren und mehr war dieser Unterschied statistisch bedeutsam. Dagegen waren die Bildungsunterschiede in allen Altersgruppen groß. Vermögensunterschiede liegen auch im regionalen Vergleich vor: Der Anteil von Menschen mit hohem Vermögen war in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland und in Großstädten und städtischen Kreisen höher als in ländlichen Kreisen. Unterschiede finden sich auch mit Blick auf funktionale Gesundheit: In der Gruppe der nicht eingeschränkten älteren Personen ab 50 Jahren war der Anteil der Vermögenden höher als in der Gruppe der gleichaltrigen (stark) eingeschränkten Personen, wobei dieser Unterschied bei den über 80-Jährigen besonders deutlich war. Wenig überraschend ist, dass der Anteil Vermögender in der Gruppe mit höheren Einkommen am höchsten und der Gruppe der Armutsgefährdeten am geringsten war (Tabelle 11).

2.1.6 Subjektiver Lebensstandard im Alter

Für die individuelle Lebenszufriedenheit ist nicht nur die objektive materielle Lebenslage relevant, sondern auch die subjektive Wahrnehmung und Bewertung des eigenen Lebensstandards durch die Menschen selbst. Die objektive materielle Ausstattung und die subjektive Einschätzung des eigenen Lebensstandards können dabei im Einzelfall durchaus voneinander abweichen. Im Folgenden werden Auswertungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 dargestellt; die Ergebnisse weisen den jeweiligen Anteil von Personen aus, die ihren subjektiven Lebensstandard mit „gut“ oder mit „sehr gut“ bewerten (Tabelle 12).

Tabelle 12 Personen mit einem hohen subjektiven Lebensstandard nach soziodemografischen Merkmalen, 2020/2021, in Prozent

Soziodemografische Merkmale	Alter in Jahren			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	81,0	80,0	85,3	82,2
Geschlecht				
Männlich	83,7	81,7	84,7	82,0
Weiblich	78,4	78,1	85,7	82,4
Bildung				
Niedrig/mittel	76,4	73,7	83,7	81,4
Hoch	88,7	89,2	87,9	84,3
Region				
West	81,4	82,1	85,5	79,8
Ost	79,3	71,2	84,5	92,8
Siedlungstyp				
Großstadt/städtischer Kreis	81,0	82,4	84,9	80,1
Ländlicher Kreis	81,0	75,3	86,1	85,7
Funktionale Einschränkung				
Nicht eingeschränkt	84,9	83,7	89,6	90,7
(Stark) eingeschränkt	71,2	72,8	75,8	77,9
	Alter in Jahren			
	50 bis 69		**70 +**	
Materielle Lage				
Armutsgefährdet	35,9		43,3	
Mittlere Einkommen	79,5		87,0	
Höhere Einkommen	97,2		94,5	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021. Eigene Darstellung.

Die Ergebnisse des Deutschen Alterssurvey 2020/2021 zeigen zunächst, dass der eigene Lebensstandard subjektiv insgesamt als relativ hoch eingeschätzt wird, und zwar in allen Altersgruppen der zweiten Lebenshälfte: Der Anteil der Personen, die angeben, dass ihr Lebensstandard gut oder sehr gut ist, lag bei den 50- bis 59-Jährigen bei 81 Prozent und bei den ab 80-Jährigen bei 82,2 Prozent. Auch zwischen Männern und Frauen gibt es nur geringe Unterschiede: Während der Anteil der mit ihrem Lebensstandard zufriedenen Personen bis zum 70. Lebensjahr bei den Männern etwas höher als bei den Frauen war, war er ab dem 70. Lebensjahr bei den Frauen geringfügig höher als bei den Männern. Auffällig ist, dass unter den ostdeutschen Befragten ab 80 Jahren mit 92,8 Prozent ein

besonders großer Anteil den eigenen Lebensstandard subjektiv als hoch einschätzten; dieser Wert lag bei der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen (71,2 %) deutlich niedriger (Tabelle 12).

Menschen mit niedriger und mittlerer Bildung schätzten den eigenen Lebensstandard als niedriger ein als Menschen mit hoher Bildung, wobei dieser Unterschied mit dem Alter kleiner wird. Menschen mit funktionalen Einschränkungen waren mit ihrem individuellen Lebensstandard über die Altersgruppen hinweg hingegen deutlich unzufriedener als Menschen ohne funktionale Einschränkungen. Besonders deutlich sind die Unterschiede in der Einschätzung des eigenen Lebensstandards bei Menschen mit unterschiedlich hohem Einkommen: Während bei den armutsgefährdeten Menschen nur 35,9 Prozent der 50- bis 69-Jährigen und 43,3 Prozent der 70-Jährigen und älteren ihren Lebensstandard als hoch einschätzten, waren dies bei den Menschen mit höherem Einkommen 97,2 beziehungsweise 94,5 Prozent. Insgesamt lässt sich also feststellen, dass die subjektive Zufriedenheit mit dem eigenen Lebensstandard nicht in erster Linie vom Alter oder vom Geschlecht abhängt, sondern vielmehr vom Einkommen und vom Gesundheitszustand.

2.2 Handlungsansätze zur Gewährleistung materieller Teilhabe im Alter

Eine angemessene materielle Teilhabe für möglichst alle älteren Menschen zu erreichen, ist ein zentrales Ziel einer solidarischen Gesellschaft. Das individuelle beziehungsweise haushaltsbezogene Alterseinkommen ist im Wesentlichen das Resultat des individuellen Lebensverlaufs und seiner institutionellen Rahmung und Bewertung. Damit ein individuelles Alterseinkommen oberhalb der Grundsicherungs- oder der Armutsrisikoschwelle erzielt werden kann, müssen in der Erwerbsphase über Jahrzehnte hinweg ausreichende Beiträge in (gesetzliche, betriebliche und/oder private) Alterssicherungssysteme eingezahlt werden. Eine möglichst kontinuierliche Erwerbs- und Versicherungsbiografie bei möglichst hohem Verdienst bildet somit die zentrale Voraussetzung für eine gesicherte materielle Teilhabe im Alter; dies gilt gerade auch in einem wohlfahrtsstaatlichen System wie dem deutschen, in dem die gesetzliche Alterssicherung nach dem Prinzip der Beitragsäquivalenz eng an die Erwerbsbiografie geknüpft ist.

Eine erfolgversprechende Gesamtstrategie zur Gewährleistung angemessener Alterseinkommen und zur Vermeidung von Altersarmut muss daher sowohl an der Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen von Lebens- und Erwerbsverläufen als auch an der Ausgestaltung des Alterssicherungssystems ansetzen. Notwendig ist zum einen eine umfassende, präventiv ausgerichtete „soziale Lebenslaufpolitik“ (Naegele 2010b; Naegele et al. 2013), die darauf abzielt, möglichst allen Bürger*innen eine kontinuierliche Erwerbsbiografie und ein regelmäßiges eigenes Einkommen zu ermöglichen, das sowohl für den aktuellen Lebensunterhalt als auch zum Aufbau einer armutsvermeidenden eigenständigen Altersvorsorge ausreicht. Dies muss zum anderen durch eine Alterssicherungspolitik ergänzt werden, die die Sicherung des Lebensstandards im Alter und die Teilhabe älterer Menschen an der gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung gewährleistet, soziale und geschlechtsbezogene Ungleichheiten im Alter begrenzt und auch diskontinuierliche Erwerbsbiografien und niedrige lebensdurchschnittliche Verdienste ausreichend absichert.

Eine integrierte soziale Lebenslaufpolitik umfasst ein breites Spektrum an Maßnahmen und Ansatzpunkten in verschiedenen Handlungsfeldern und in verschiedenen Phasen des Lebenslaufs, die im Rahmen des vorliegenden Berichts nicht umfassend dargestellt werden können (Brettschneider & Klammer 2016). Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich daher auf ausgewählte Aspekte der Ausgestaltung der öffentlich-rechtlichen Alterssicherungssysteme sowie auf die Beratung und Unterstützung von älteren Menschen in Überschuldungssituationen. Es werden fünf Handlungsbausteine skizziert, die für die Absicherung der materiellen Teilhabe älterer Menschen in der aktuellen Situation von besonderer Bedeutung sind: Der Erhalt des Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung, die Stärkung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Rentenversicherung, die Weiterentwicklung der Erwerbsminderungsrente, die Bekämpfung verschämter Altersarmut im Bereich der Grundsicherung im Alter sowie die Stärkung der sozialen Schuldner*innenberatung.

2.2.1 Stärkung des Sicherungsniveaus der gesetzlichen Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) als tragende Säule des deutschen Alterssicherungssystems hat heute wie auch in Zukunft die Aufgabe, ihren Versicherten in der Nacherwerbsphase materielle Sicherheit und eine angemessene Teilhabe an der gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung zu gewährleisten; hierzu gehört auch eine angemessene Absicherung im Fall der Erwerbsminderung oder der Verwitwung. Umlagefinanzierte Systeme wie die GRV stehen aber zugleich vor der Herausforderung, die Einnahmen und Ausgaben des Systems vor dem Hintergrund der Entwicklungen am Arbeitsmarkt und des demografischen Wandels sowohl kurzfristig als auch mittel- und langfristig in einem stabilen Gleichgewicht zu halten.

Die deutsche Rentenpolitik bewegt sich dabei seit Jahrzehnten in einem Spannungsfeld zwischen dem Ziel, das bestehende Leistungsniveau aufrecht zu erhalten oder zu verbessern und dem Ziel, die Kosten des Systems zu begrenzen, wobei das Kostenbegrenzungsziel die Rentenpolitik in der Vergangenheit über weite Strecken klar dominiert hat (Brettschneider 2023). Praktisch alle Rentenreformen der 1990er und 2000er Jahre hatten die oberste Zielsetzung, den Beitragssatz zur Rentenversicherung und damit die sogenannten Lohnnebenkosten zu begrenzen. Mit der „Riester-Reform" von 2001 und dem RV-Nachhaltigkeitsgesetz von 2004 wurde das Ziel der Lebensstandardsicherung in der GRV offiziell aufgegeben. Um den RV-Beitragssatz langfristig auf maximal 20 Prozent (bis 2020) beziehungsweise maximal 22 Prozent (bis 2030) zu begrenzen und eine weitere Anhebung der Bundeszuschüsse zu vermeiden, wurden verschiedene Dämpfungsfaktoren in den Rentenanpassungsmechanismus eingebaut. Hierbei wurde in Kauf genommen, dass das Rentenniveau („Sicherungsniveau vor Steuern") von rund 53 Prozent (2000) auf ein gesetzliches Mindestniveau von 46 Prozent (2020) beziehungsweise 43 Prozent (2030) absinkt, was einer langfristigen Reduktion des Rentenniveaus um bis zu 20 Prozent entspricht. Darüber hinaus wurde mit dem RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz (2007) eine schrittweise Anhebung der Regelaltersgrenze von 65 auf 67 Jahre bis zum Jahr 2031 beschlossen (Brettschneider 2023).

Angesichts der insbesondere in den 2010er Jahren über weite Strecken positiven gesamtwirtschaftlichen Entwicklung und des damit verbundenen Anstiegs der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung haben sich die Rentenfinanzen im Zeitverlauf ein Stück weit entspannt. Die für den RV-Beitragssatz festgelegte Obergrenze von 20 Prozent bis 2020 konnte bislang eingehalten werden; der RV-Beitragssatz liegt seit Jahren stabil bei 18,6 Prozent und damit in etwa auf der gleichen Höhe wie Mitte der 1980er Jahre (1984: 18,5 %). Das Rentenniveau (Sicherungsniveau vor Steuern) ist im Gegenzug allerdings auf knapp über 48 Prozent abgesunken (2000: 52,9 %, 2023: 48,2 %) (DRV 2023b), was einer Kürzung um knapp 10 Prozent innerhalb von zwei Jahrzehnten entspricht. Bereits gegen Ende der 2000er Jahre lässt sich ein allmählicher Umschwung des alterssicherungspolitischen Diskurses in Richtung einer stärkeren Betonung der Sicherungsziele und der Armutsfestigkeit der GRV feststellen (Brettschneider 2012). Angesichts der Zunahme prekärer und atypischer Beschäftigungsverhältnisse und der zunehmend spürbaren Absenkung des Rentenniveaus ist die drohende „Rückkehr" der Altersarmut zu einem dominierenden Thema im politischen, medialen und akademischen Diskurs avanciert; Forderungen nach entsprechenden Gegenmaßnahmen haben im Zeitverlauf an Gewicht gewonnen (Brettschneider 2012).

Darüber hinaus ist im Zeitverlauf auch die Erkenntnis gewachsen, dass das seinerzeit proklamierte Ziel der „Lebensstandardsicherung aus drei Säulen" (gesetzliche Rente, Betriebsrente und geförderte private Vorsorge) für viele Arbeitnehmer*innen nicht erfüllt werden kann. Das Mehrsäulensystem verstärkt in seiner jetzigen Ausgestaltung die Ungleichheit der Alterseinkommen. Sowohl bei der betrieblichen als auch bei der privaten Alterssicherung sind die Beteiligung sowie die Ausgestaltung der Produkte und der daraus generierte Ertrag sehr unterschiedlich. So sind beispielsweise Beschäftigte in kleinen Betrieben oder der Dienstleistungsbranche sehr viel seltener betrieblich abgesichert als Arbeitnehmer*innen in großen Unternehmen und dem verarbeitenden Gewerbe. Dies betrifft insbesondere Frauen, denn in Kleinbetrieben und im Dienstleistungssektor sind mehr Frauen als Männer beschäftigt (Frommert et al. 2021). Der geplante Aufbau einer starken dritten Säule („Riester-Rente") zur Kompensation der Leistungsreduktionen in der GRV muss als gescheitert angesehen werden (Geyer et al. 2021a; Nullmeier 2015). So wurde die angestrebte flächendeckende Verbreitung der privaten Zusatzvorsorge bei weitem nicht erreicht: die Verbreitung der „Riester-Rente" stagniert seit Jahren bei etwa einem Viertel der Erwerbsbevölkerung; in den letzten Jahren ist die Zahl der Riester-Verträge sogar rückläufig. Gerade die wichtigsten Zielgruppen werden nicht erreicht, da vor allem Menschen mit geringem Einkommen nur vergleichsweise selten Riester-Verträge abschließen (Geyer et al. 2021a). Verbraucherschützer*innen und unabhängige Expert*innen kritisieren zudem schon seit Jahren die Intransparenz und mangelnde Vergleichbarkeit der Riester-Produkte, die hohen und oftmals versteckten Kosten und Gebühren, die systematisch überhöhte Kalkulation der Lebenserwartung durch die Anbieter und die daraus für die Verbraucher*innen trotz staatlicher Förderung resultierenden niedrigen Renditen (Geyer et al. 2021a; Hagen, K. & Kleinlein 2011). Vor diesem Hintergrund sind im vergangenen Jahrzehnt keine größeren Rentenkürzungen mehr vorgenommen worden; beginnend mit dem RV-Leistungsverbesserungsgesetz von 2014 sind stattdessen mehrere Reformgesetze verabschiedet worden, die ausdrückliche Leistungsverbesserungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung beinhalten. Das Niveausicherungsziel hat dabei gegenüber dem Beitragssatzbegrenzungsziel allmählich wieder an Gewicht gewonnen. So wurde die Rentenanpassungsformel bereits mit dem RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz von 2018 um eine befristete Niveausicherungsklausel ergänzt, die dafür sorgt, dass das Sicherungsniveau vor Steuern bis zum Jahr 2025 nicht unter 48 Prozent sinkt (§ 255e SGB VI).

Die derzeit (Sommer 2024) amtierende Koalitionsregierung hat für die 20. Legislaturperiode (2021 bis 2025) sowohl eine Absenkung des Rentenniveaus unter die „Haltelinie" von 48 Prozent als auch eine weitere Anhebung der Regelaltersgrenze ausgeschlossen. Sie hat im Koalitionsvertrag zudem die Absicht formuliert, das aktuell

bestehende Mindestrentenniveau von 48 Prozent dauerhaft zu sichern (Bundesregierung 2021). Der im März 2024 vorgelegte Entwurf für ein „Rentenniveaustabilisierungs- und Generationenkapitalgesetz“ (BMAS/BMF 2024) sieht demgemäß vor, das bis 2025 geltende Mindestrentenniveau von 48 Prozent bis zum Jahr 2039 und somit für einen Zeitraum von weiteren 15 Jahren festzuschreiben. Im Referentenentwurf wird zudem das Ziel genannt, das Rentenniveau perspektivisch auch über das Jahr 2040 hinaus bei mindestens 48 Prozent zu halten (ebd.).

Um das Rentenniveau langfristig bei mindestens 48 Prozent halten zu können, wird eine gegenüber dem geltenden Rechtsstand stärkere Erhöhung des Beitragssatzes in Kauf genommen: Die Beitragssatzobergrenze von 22 Prozent bis 2030 soll zwar eingehalten werden; ab 2030 soll es aber zu einem deutlichen Beitragssatzanstieg bis auf 22,3 Prozent im Jahr 2035 kommen. Dies würde einem Beitragssatzanstieg um 3,7 Prozentpunkte innerhalb eines Jahrzehnts entsprechen. Der weitere Anstieg des Beitragssatzes ab 2036 soll durch Zuführungen von (durchschnittlich) jährlich 10 Milliarden Euro aus einem sogenannten „Generationenkapital“ in die Rentenkasse gebremst werden. Dieses „Generationenkapital“ soll ab dem Jahr 2024 durch Zuweisungen aus dem Bundeshaushalt schrittweise aufgebaut werden, von einer neu einzurichtenden Stiftung verwaltet werden und durch Anlage der Finanzmittel am Kapitalmarkt Renditen erwirtschaften, die als zusätzliche Finanzierungsquelle der GRV zufließen.

Aus Teilhabeperspektive ist es sehr zu begrüßen, dass sich die Rentenpolitik wieder stärker an einem expliziten Sicherungsziel ausrichtet und dass ein konkretes, quantitativ definiertes Mindestsicherungsniveau in der GRV als generationenübergreifendes Versprechen auf Dauer gesetzlich festgeschrieben und sozialpolitisch garantiert werden soll. Das jetzige Sicherungsniveau vor Steuern von rund 48 Prozent ist dabei keinesfalls üppig bemessen und sollte in der Tat als sozialpolitische Untergrenze gelten. Ein solches Rentenniveau lässt sich aber nur dann dauerhaft finanzieren, wenn es im Rahmen einer ressortübergreifend koordinierten Gesamtstrategie gelingt, das gesamtwirtschaftliche Arbeitsvolumen, die Produktivitäts- und Lohnentwicklung und damit auch die Beitragseinnahmen der GRV trotz der absehbaren demografischen Veränderungen mittel- und langfristig auf einem hohen Niveau zu halten (Brettschneider 2022b). Da die Zahl der Erwerbspersonen in Deutschland demografiebedingt deutlich sinken wird, muss das vorhandene Arbeitskräftepotenzial in Zukunft deutlich besser ausgeschöpft werden – dies betrifft insbesondere Frauen, ältere Arbeitnehmer*innen und zugewanderte Menschen (Zwiener et al. 2020). Ein hohes und steigendes Beschäftigungsniveau, die Ermöglichung lebenslanger Weiterbildung und gute, alter(n)sgerechte Arbeit sind grundlegende Voraussetzungen für finanzierbare Renten; ob das geplante „Generationenkapital“ hierzu einen Beitrag leisten kann, bleibt abzuwarten.

2.2.2 Weiterentwicklung des sozialen Ausgleichs in der gesetzlichen Rentenversicherung

Neben einer allgemeinen Stärkung der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und der politischen Aufwertung des Niveausicherungsziels sollte auch der zwischenzeitlich stark ausgedünnte soziale Ausgleich in der GRV wieder ausgebaut werden, um diskontinuierliche Lebensverläufe besser abzusichern und einen Beitrag zur Eindämmung der Altersarmut zu leisten. Denn im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte ist zwar die rentenrechtliche Berücksichtigung von Zeiten der Kindererziehung und der Pflegetätigkeit kumulativ ausgebaut worden, im Gegenzug wurde jedoch die Absicherung im Fall von Arbeitslosigkeit (insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit) deutlich abgebaut. So werden beispielsweise Zeiten des Bezugs von Arbeitslosengeld II beziehungsweise Bürgergeld seit dem Jahr 2011 rentenrechtlich nicht mehr berücksichtigt.

Das im Jahr 2020 nach langjährigen Diskussionen verabschiedete „Grundrentengesetz“[12] ist in dieser Hinsicht zwar ein Schritt in die richtige Richtung, aber bei weitem nicht ausreichend. Das Gesetz sieht vor, dass langjährig GRV-Versicherte mit niedrigen Rentenansprüchen unter bestimmten Bedingungen einen einkommensgeprüften Zuschlag zur individuellen Altersrente („Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung“ nach § 76g SGB VI) erhalten. Voraussetzung ist unter anderem, dass mindestens 33 Jahre (bzw. für den vollen Zuschlag 35 Jahre) an sogenannten Grundrentenzeiten vorliegen und der Durchschnittswert der Rentenanwartschaften aus den sogenannten Grundrentenbewertungszeiten über 30 Prozent und unter 80 Prozent des Durchschnittsverdienstes liegt. Zusätzlich gibt es eine Einkommensprüfung, bei der auch das Einkommen von Partner*innen bei Ehen und eingetragenen Lebenspartnerschaften berücksichtigt wird.[13] Die Höhe des individuellen Grundrentenzuschlags wird abhängig von der jeweiligen Vorleistung nach einem komplexen Verfahren individuell berechnet und kann je nach Einzelfall zwischen einem Cent und über 400 Euro pro Monat betragen (Dünn et al. 2020).

Die sogenannte Grundrente ist nach erklärter Intention des Gesetzgebers allerdings keine gezielte Maßnahme zur Verringerung von aktueller oder zukünftiger Altersarmut, sondern soll vielmehr der „stärkeren Anerkennung der

[12] Zur komplexen Entstehungsgeschichte und den Detailregelungen der „Grundrente“ siehe Dünn, et al. 2020.

[13] Die Einkommensgrenzen lagen 2022 bei 1.250 Euro pro Monat für Alleinstehende und 1.950 Euro pro Monat für Ehepaare.

Lebensleistung“ von Menschen mit einer langjährigen Versicherung in der GRV dienen, die in ihrem Arbeitsleben unterdurchschnittliche Verdienste erzielt und Kinder aufgezogen und/oder Angehörige gepflegt haben (Deutscher Bundestag 2020b). Die Zugangsvoraussetzungen zur „Grundrente“ sind dementsprechend eher restriktiv beziehungsweise selektiv ausgestaltet: Während Kindererziehung und Angehörigenpflege als gesellschaftlich notwendige und nützliche „Lebensleistung“ im Rahmen der geforderten „Grundrentenzeiten“ relativ großzügig angerechnet werden, werden Zeiten der Arbeitslosigkeit sowie die sogenannten Zurechnungszeiten bei Erwerbsminderung nicht anerkannt. Diese Regelung führt im Ergebnis dazu, dass der Großteil der von Altersarmut betroffenen oder bedrohten Personen (insbesondere Langzeitarbeitslose und Erwerbsgeminderte, aber auch viele Menschen mit Migrationsgeschichte) von den Grundrentenzuschlägen ausgeschlossen bleiben, da sie die geforderten 33 Jahre an Grundrentenzeiten nicht erfüllen können (Ruland 2022).

Eine erste Zwischenbilanz der „Grundrente“ (Geyer & Haan 2024) zeigt, dass im Jahr 2022 mit rund 1,1 Millionen Begünstigten nur rund 4,3 Prozent der Bestandsrentner*innen von den Grundrentenzuschlägen profitierten (Frauen: 6,5 %, Männer: 2,3 %). Rund 72 Prozent aller Grundrentenzuschläge gingen an Frauen. Die durchschnittliche Höhe der Bruttozuschüsse lag bei 86 Euro pro Monat (Frauen: 91 Euro, Männer: 75 Euro); nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt sich ein durchschnittlicher Nettozuschlag von rund 75 Euro pro Monat (Frauen: 81 Euro, Männer: 67 Euro). Die von der Bundesregierung seinerzeit als „sozialpolitischer Meilenstein“ bezeichneten Grundrentenzuschläge sind also im Durchschnitt sehr niedrig und betreffen auch nur einen kleinen Teil der Rentner*innen. Sie leisten deshalb nur einen eingeschränkten Beitrag zur Reduktion von Altersarmut (ebd.).

Um die „Grundrente“ zu einem wirkungsvollen rentenpolitischen Instrument gegen Altersarmut weiterzuentwickeln, sollte geprüft werden, die verwaltungsaufwändige (und in gewisser Hinsicht auch „versicherungsfremde“) Einkommensprüfung abzuschaffen oder zumindest stark zu vereinfachen. Auch der Mechanismus zur Aufwertung niedriger Rentenanwartschaften sollte überdacht und angepasst werden. Als Alternative zur bislang praktizierten prozentualen Höherwertung käme auch die (von der damaligen Bundesregierung ursprünglich vorgesehene) Variante der Aufstockung auf einen festgelegten, existenzsichernden Mindestbeitrag im Sinne einer „echten“ Grund- oder Mindestrente in Frage (Geyer et al. 2021c; Haan 2024).

2.2.3 Reform der Erwerbsminderungsrente

Im Hinblick auf die Sicherstellung der Armutsfestigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind auch weitere Reformen der Erwerbsminderungsrente geboten.[14] Ende 2021 bezogen etwa 1,8 Millionen Personen eine Erwerbsminderungsrente und haben somit aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig ihren Beruf aufgegeben und sind aus dem Arbeitsleben ausgeschieden; hinzu kamen noch einmal rund 2,7 Millionen Altersrentner*innen, die vor der Altersrente eine Erwerbsminderungsrente bezogen haben. Noch immer erfolgt rund jeder sechste Rentenzugang (2022: 16 %) über eine vorzeitige Erwerbsminderung. Unter den Erwerbsgeminderten befinden sich überproportional viele Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, diskontinuierlichen Erwerbsverläufen und niedrigem Erwerbseinkommen. Geringqualifizierte tragen ein mehrfach erhöhtes Risiko, aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden zu müssen. Die Armutsquote der Erwerbsgeminderten[15] insgesamt lag 2019 bei 26 Prozent (unter 65 Jahre: 34 %, 65 Jahre und mehr: 21 %) (Becker, S. et al. 2023).

Die Regelungen zur Erwerbsminderung wurden im Jahr 2000 mit dem *Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit* grundlegend reformiert. In der Folge sind die Zahlbeträge bei neu zugehenden Erwerbsminderungsrenten im Laufe der 2000er Jahre deutlich abgesunken. Parallel dazu ist der Anteil der erwerbsgeminderten Personen, die zusätzliche Leistungen der Grundsicherung bei Erwerbsminderung nach dem SGB XII in Anspruch nahmen, von rund 4 Prozent (2003) auf etwa 15 Prozent (2014) gestiegen. Angesichts der erheblichen sozialpolitischen Probleme im Bereich der Erwerbsminderungsrenten wurde die Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos seit 2014 in mehreren Schritten verbessert:

---

[14] Die Erwerbsminderungsrente wird von der Deutschen Rentenversicherung an Versicherte gezahlt, die aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr arbeitsfähig sind. Vor der Bewilligung prüft die Rentenversicherung den Gesundheitszustand und die verbliebene Leistungsfähigkeit der Antragsteller*innen. Die Erwerbsminderungsrente hat eine Einkommensersatzfunktion, ihre Höhe bemisst sich an der bestehenden Erwerbsfähigkeit und an den bisher gesammelten Rentenansprüchen.

[15] Diese Gruppe umfasst auch erwerbsgeminderte Personen, die bereits älter als 65 Jahre sind und deren Renten in Altersrenten umgewandelt wurden (Becker, et al. 2023).

- Mit dem *RV-Leistungsverbesserungsgesetz* (2014) wurde für Neurentner*innen ab dem 01.07.2014 die Zurechnungszeit[16] um zwei Jahre auf das vollendete 62. Lebensjahr verlängert. Zudem wurden die Regeln zur Ermittlung des für die Zurechnungszeit maßgebenden Durchschnittsverdienstes durch eine sogenannte „Günstigerprüfung“[17] modifiziert.
- Die Verlängerung der Zurechnungszeiten wurde mit dem *EM-Leistungsverbesserungsgesetz* (2017) für neue Erwerbsminderungsrenten ab dem 01.01.2018 schrittweise bis auf das vollendete 65. Lebensjahr fortgeführt.
- Mit dem *RV-Leistungsverbesserungs- und -Stabilisierungsgesetz* (2018) wurde die Verlängerung der Zurechnungszeit schließlich ab dem 01.01.2019 nochmals deutlich beschleunigt. Sie wurde zunächst in einem Schritt auf das Alter 65 Jahre und 8 Monate verlängert; für neue Erwerbsminderungsrenten wird sie bis zum Jahr 2031 schrittweise weiter auf das vollendete 67. Lebensjahr angehoben.
- Die kumulative Verbesserung der Erwerbsminderungsrenten, die in den vorangegangenen Reformen noch auf die neu zugehenden Erwerbsminderungsrentner*innen begrenzt geblieben war, ist durch das *Rentenanpassungs- und Erwerbsminderungsrenten-Bestandsverbesserungsgesetz* (2022) in abgeschwächter Form auch auf Bestandsrenten ausgeweitet worden.

Diese in ihrer Gesamtwirkung durchaus substanziellen Verbesserungen haben dazu beigetragen, dass die seit 2001 kontinuierlich sinkenden Zahlbeträge der Zugangsrenten wegen Erwerbsminderung in den letzten Jahren wieder deutlich gestiegen sind: Zwischen 2014 (664 Euro pro Monat) und 2021 (1.007 Euro pro Monat) zeigt sich ein Anstieg der durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge bei voller Erwerbsminderung um fast 52 Prozent (DRV 2023b). Trotzdem liegen die inflationsbereinigten durchschnittlichen Zahlbeträge der Erwerbsminderungsrenten noch immer weit unter dem Niveau von vor 20 Jahren – das Armutsrisiko und das Risiko der Transferabhängigkeit erwerbsgeminderter Personen werden voraussichtlich auch in Zukunft überproportional hoch bleiben (Becker, S. et al. 2023).

Aus Teilhabeperspektive sind deshalb weitere Leistungsverbesserungen in der Erwerbsminderungsrente notwendig. In Frage käme hier unter anderem eine Begrenzung der seit 2001 erhobenen Abschläge bei „vorzeitiger“ Inanspruchnahme der EM-Rente.[18] Darüber hinaus sollten Maßnahmen zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention, Rehabilitation und betrieblichem Eingliederungsmanagement ergriffen werden, um das Risiko dauerhafter Erwerbsminderung weiter zu senken und den Wiedereintritt in Erwerbstätigkeit sowie die berufliche Teilhabe stärker zu fördern (Drahs et al. 2022; Gross et al. 2022).

2.2.4 Bekämpfung „verschämter“ Altersarmut

Die 2003 eingeführte und seit 2005 in die Sozialhilfe eingegliederte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist eine bedürftigkeitsgeprüfte Mindestsicherungsleistung, die beantragt werden muss (Viertes Kapitel des SGB XII). Sie erreicht also nur dann die potenziell Berechtigten, wenn diese ihren Anspruch auch geltend machen. Gerade im Bereich der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung ist jedoch von einer hohen, sozialpolitisch äußerst problematischen Quote der Nichtinanspruchnahme auszugehen (Becker, I. 2016; Buslei et al. 2019). Man spricht hier auch von „verdeckter“ oder „verschämter“ Altersarmut. Simulationsrechnungen auf Grundlage des Sozio-oekonomischen Panels kommen zu dem Ergebnis, dass rund 60 Prozent der Personen in Privathaushalten, denen Leistungen der Grundsicherung im Alter zustünden, diese nicht in Anspruch nehmen (Buslei et al. 2019); hochgerechnet entspricht dies in etwa 625.000 Privathaushalten. Unter den Personengruppen, die ihre Ansprüche besonders häufig nicht geltend machen, sind hochaltrige und verwitwete Personen, Personen ohne eigenen gesetzlichen Rentenanspruch und Personen mit eigenem Wohneigentum besonders stark vertreten (ebd.).

Der Verzicht auf die Inanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen kann unterschiedliche Ursachen haben: mangelnde Information und fehlende Kenntnis der Anspruchsvoraussetzungen, Angst vor Behördengängen und vor sozialer Kontrolle oder die Scheu vor einem möglichen Rückgriff auf das Einkommen der Kinder. Letztere

---

[16] Die Höhe der Erwerbsminderungsrente bemisst sich an den durchschnittlichen Entgelten bis zum Zeitpunkt der Erwerbsminderungsrente. Diese werden im Rahmen von sogenannten „Zurechnungszeiten“ bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres (vor den Reformen) bzw. bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (nach der letzten Reform, bis 2031) so fortgeschrieben, als ob die Versicherten wie im bisherigen Versicherungsverlauf weiter beschäftigt gewesen wären.

[17] Da die betroffenen Erwerbsgeminderten aufgrund ihrer Erkrankungen häufig bereits vor Eintritt der Erwerbsminderung Einbußen bei den sozialversicherungspflichtigen Einkommen haben, werden bei der „Günstigerprüfung“ die letzten vier Jahre vor Eintritt der Erwerbsminderung bei der Berechnung der Erwerbsminderungsrente (und Bewertung der Zurechnungszeit) nicht berücksichtigt, wenn sich durch ihre Berücksichtigung eine geringere Rentenhöhe ergeben würde.

[18] Bei Bezug einer EM-Rente vor der Regelaltersgrenze werden derzeit Abschläge fällig, die bei vorzeitiger Inanspruchnahme 0,3 % pro Monat bis maximal 10,8 % pro Monat betragen (§ 77 SGB VI).

ist insofern unberechtigt, als im Rahmen der Grundsicherung im Alter auf einen Unterhaltsrückgriff bei den Kindern verzichtet wird, solange deren Jahreseinkommen nicht über 100.000 Euro liegt, was vermutlich nicht allen Anspruchsberechtigten bewusst ist. Wichtige Faktoren bei älteren Menschen sind zudem Scham- und Stigmatisierungsaspekte (gerade auch im familiären Umfeld), fehlender Respekt gegenüber Bezieher*innen der Grundsicherung, die subjektiv wahrgenommene Fähigkeit, notfalls auch mit geringen finanziellen Mitteln zurechtzukommen, sowie der Wunsch, den Ämtern nicht alle Lebensumstände offenlegen zu müssen (Wilke & Sielaff 2023). Für einen Teil der Anspruchsberechtigten könnte auch das Antragsverfahren zu komplex sein und sie überfordern.

Es gibt es eine Reihe von Ansatzpunkten, um die Nichtinanspruchnahme zu reduzieren. Maßnahmen, die an der Ausgestaltung der administrativen Prozesse der Sozialverwaltung ansetzen, laufen im Kern auf eine Vereinfachung der Regeln und des Antragsverfahrens sowie einen Abbau von Bürokratie hinaus (Buslei et al. 2019). Dazu gehören unter anderem Vereinfachungen bei der Einkommens- und Vermögensprüfung, verlängerte Bewilligungsphasen, verständliche Formulare, geschulte Mitarbeiter*innen in den Sozialämtern. Neben dem Abbau administrativ-organisationaler Barrieren gilt es aber auch, individuelle Barrieren der Inanspruchnahme wie Unwissenheit und Scham durch verbesserte und intensivierte Information, Aufklärung und Kompetenzentwicklung sowie Versuche der gezielten De-Stigmatisierung des Grundsicherungsbezugs abzubauen. Die kommunalen Sozialämter können durch eine offensive Leistungsvermittlung und intensive Beratung im Rahmen eines gut ausgebauten sozialen Netzes Maßnahmen ergreifen, um die Dunkelziffer zu senken. Der Kooperation und Vernetzung zwischen der Grundsicherungsabteilung im Sozialamt, den Akteuren der kommunalen Altenhilfe nach §71 SGB XII, den verschiedenen Instanzen der Sozialberatung sowie lokalen zivilgesellschaftlichen Organisationen kommt dabei eine große Bedeutung zu.

2.2.5 Stärkung der Sozialen Schuldner*innenberatung

Die Soziale Schuldner*innenberatung spielt bei der Vermeidung und Bearbeitung von Überschuldungssituationen eine überaus wichtige Rolle. In Deutschland gibt es schätzungsweise 1.400 Schuldner*innen- und Insolvenzberatungsstellen, die in der Regel von Kommunen, Wohlfahrts- oder Verbraucherverbänden getragen und organisiert werden. Die Beratungsstellen geben Menschen mit Schuldenproblemen Rat und leisten rechtliche wie auch psychosoziale Unterstützung. Überschuldung stellt in der Regel eine schwere psychosoziale Belastung dar, die mit diversen Folgeproblemen einhergehen kann. Um eine Verfestigung oder eine kumulative Verschlimmerung prekärer Lebenssituationen zu verhindern, ist es daher wichtig, dass die Schuldner*innenberatung möglichst frühzeitig in Anspruch genommen wird.

Grundsätzlich ist jedoch festzustellen, dass es bei der Schuldner*innenberatung erhebliche Zugangsprobleme und große regionale und kommunale Unterschiede gibt. Nach wie vor gibt es kein allgemeines Recht auf eine kostenfreie Beratung: In vielen Kommunen dürfen nur Empfänger*innen von Sozialleistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende) oder SGB XII (Sozialhilfe) die Beratung einer Schuldner*innenberatungsstelle kostenfrei in Anspruch nehmen; erwerbstätige Personen und Rentner*innen ohne Sozialhilfebezug haben hingegen in der Regel keinen kostenfreien Zugang (BAG SB 2022). Vielerorts führt eine unzureichende Finanzierung zudem dazu, dass die Beratungsstellen strukturell überlastet sind und Ratsuchende lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen (Hihn 2023). Zu diesen institutionellen Barrieren kommen häufig persönliche Zugangshemmnisse wie Scham und befürchtete Stigmatisierung, Überforderung oder der eigene Anspruch, die Situation ohne Unterstützung anderer lösen zu wollen. Im Ergebnis wird die Schuldner*innenberatung häufig (zu) spät im Überschuldungsverlauf aufgesucht (Peters, S. & Roggemann 2023).

Ältere Menschen sind sowohl von institutionellen als auch von persönlichen Zugangshemmnissen in besonderem Maße betroffen. Berichte aus der Beratungspraxis weisen darauf hin, dass ältere überschuldete Menschen mit dem bestehenden Beratungsangebot und seinen traditionellen Komm-Strukturen oftmals nur schwer erreicht werden können (Cohrs 2020), sie benötigen sowohl im Zugang zu der Beratung als auch in der Beratung selbst eine besondere Herangehensweise. Hier ist insbesondere der Auf- und Ausbau aufsuchender Beratungsangebote von Bedeutung. Hausbesuche finden jedoch bislang allenfalls in Ausnahmefällen statt, weil dafür in der Regel keine ausreichende Finanzierungsgrundlage besteht.

Wie in vielen anderen Bereichen zeigt sich auch im Bereich der Schuldner*innenberatung, dass niedrigschwellige, aufsuchende Hilfen, sozialraumorientiertes Handeln und eine gute Vernetzung des lokalen Hilfesystems von zentraler Bedeutung sind, um ältere Menschen zu erreichen und rechtzeitig passgenaue und wirksame Hilfen vermitteln zu können (ebd.). Darüber hinaus ist es notwendig, spezifische Beratungskonzepte für ältere Menschen zu entwickeln und sowohl Beratungs- als auch Verwaltungsmitarbeiter*innen diesbezüglich zu sensibilisieren und zu qualifizieren.

Um diesen Herausforderungen gerecht werden zu können, sollte die Soziale Schuldner*innenberatung deutlich gestärkt werden. Sie sollte grundsätzlich allen Personen in finanziellen Notsituationen offenstehen. Die Beratungsangebote sollten niedrigschwellig, kostenfrei und zeitnah verfügbar sein. Einschlägige Fachverbände der Schuldner*innenberatung fordern vor diesem Hintergrund schon seit Längerem die Einführung eines allgemeinen Rechtsanspruchs auf Schuldner*innenberatung (AG SBV 2018; BAG SB 2022, 2023). Konkret wird die Einfügung eines neu zu schaffenden § 68a „Hilfe bei Überschuldung" in das SGB XII vorgeschlagen, der festlegt, dass überschuldeten und von Überschuldung bedrohten Personen ungeachtet einer sonstigen Leistungsberechtigung nach dem SGB II oder dem SGB XII persönliche Hilfe zu gewähren ist. Zu dieser Hilfe sollten insbesondere Maßnahmen des Schuldner*innenschutzes, der Entschuldung und der Beratung zur Vermeidung weiterer Überschuldung gehören. Die Einführung eines solchen neuen Rechtsanspruches müsste allerdings in verfassungskonformer Weise (unter Berücksichtigung des „Durchgriffsverbots" nach Artikel 84 Absatz 1 Satz 7 des Grundgesetzes) erfolgen, um nicht in unzulässiger Form in das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen einzugreifen (Rein 2023).

2.3 Zusammenfassung und Ausblick

Die empirischen Befunde zur materiellen Lage älterer Menschen in Deutschland zeigen ein ambivalentes Bild: Auf der einen Seite haben sich die Alterseinkommen in den letzten Jahren insgesamt positiv entwickelt. Sowohl die gesetzlichen Renten als auch die Gesamtalterseinkommen haben in mittelfristiger Betrachtung an Kaufkraft gewonnen (Deutscher Bundestag 2020c); der Großteil der aktuellen Rentner*innen ist in finanzieller Hinsicht sowohl objektiv als auch subjektiv zufriedenstellend versorgt. Auf der anderen Seite zeigt sich im Verlauf der letzten zwei Jahrzehnte eine kontinuierliche und im Ergebnis deutliche Zunahme der relativen Einkommensarmut im Alter. Auch die Überschuldungsquoten älterer Menschen haben im Zeitverlauf deutlich zugenommen. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass das Risiko unzureichender Alterseinkommen insbesondere für bestimmte Bevölkerungsgruppen (u. a. Haushalte in Ostdeutschland, Personen mit geringer formaler Bildung, ältere alleinstehende Frauen, Personen mit längeren Phasen der Langzeitarbeitslosigkeit und Menschen mit Migrationsgeschichte) weiter zunehmen wird (Haan et al. 2017).

Auch wenn die verschiedenen Rentenreformen der letzten Jahre in der Summe durchaus dazu beitragen dürften, den zukünftigen Anstieg des Altersarmutsrisikos zu reduzieren (Buslei et al. 2023), sind weitere Reformen zur Gewährleistung ausreichender materieller Teilhabe für möglichst alle älteren Menschen notwendig. Die in diesem Kapitel aufgeführten Maßnahmen konzentrieren sich im Wesentlichen auf die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) als mit Abstand wichtigstem Alterssicherungssystem in Deutschland. Die langfristige Festschreibung eines ausreichend hohen Mindestsicherungsniveaus, die Stärkung des sozialen Ausgleichs und die bessere Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos in der GRV sind wichtige Ansätze, um die materielle Absicherung im Alter sowohl für die aktuellen als auch für die zukünftigen Rentner*innen zu verbessern. Im Hinblick auf mögliche Armuts- und Überschuldungssituationen ist zudem ein verbesserter Zugang zur Grundsicherung im Alter sowie zur Sozialen Schuldner*innenberatung notwendig.

Damit sind allerdings in erster Linie kompensatorische, „nachsorgende" Maßnahmen angesprochen. Eine umfassende Strategie zur Gewährleistung ausreichender eigenständiger Alterseinkommen sollte für alle älteren Menschen jedoch nicht nur auf nachsorgende, sondern insbesondere auch auf präventive, lebenslaufbezogene Maßnahmen setzen. Im Mittelpunkt sollte die Förderung und Ermöglichung möglichst durchgängiger Erwerbs- und Vorsorgebiografien stehen. Eine integrierte soziale Lebenslaufpolitik, die die Menschen individuell dazu befähigt und es ihnen strukturell ermöglicht, sich im Laufe ihres Erwerbslebens durch eigene Arbeit eine auskömmliche Alterssicherung aufzubauen, verbessert nicht nur die individuellen Renteneinkommen, sondern leistet zugleich auch einen substanziellen Beitrag zur langfristigen Sicherung der Finanzierungsbasis der kollektiven Alterssicherungssysteme. Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Betriebs-, Gesundheits-, Familien- und Migrationspolitik sollten dabei stärker zusammengedacht und strategisch aufeinander bezogen werden (Scherger & Wagner 2020).

3 Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und gesellschaftliche Partizipation

Erwerbs- und Sorgearbeit sowie aktive Beteiligung durch freiwilliges oder politisches Engagement sind wesentliche Elemente der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen. Erwerbsarbeit in der zweiten Lebenshälfte verliert zwar für die meisten Menschen mit zunehmendem Alter an Bedeutung – ältere Menschen gewinnen aber auf dem Arbeitsmarkt an gesellschaftlicher Relevanz; Sorgearbeit umfasst Pflegetätigkeiten für hilfe- und unterstützungsbedürftige Menschen und die Betreuung von (Enkel-)Kindern. Freiwilliges Engagement und politische Partizipation tragen zum gesellschaftlichen Zusammenhalt und zu demokratischen Entscheidungsprozessen bei.

All dies sind Beispiele für die gesellschaftliche Teilhabe älterer Menschen. Die Gesellschaft kann davon profitieren, dass ältere Menschen ihr Wissen und ihren Erfahrungsschatz im Rahmen dieser Tätigkeiten einbringen. Für ältere Menschen können jedoch insbesondere Erwerbsarbeit und Sorgearbeit, bisweilen auch freiwilliges Engagement, ambivalent sein. Wenn Erwerbsarbeit, Sorgearbeit oder Engagement freiwillig erbracht werden und auf gewünschten Bedingungen basieren, können sich ältere Menschen als aktive Mitglieder der Gesellschaft erleben. In diesem Fall entsteht nicht nur persönliche Befriedigung, sondern es können auch soziale Kontakte, das Selbstwertgefühl und die Gesundheit gefördert werden. In Fällen, in denen Tätigkeiten unfreiwillig, durch die Umstände erzwungen oder aus einem Gefühl der Verpflichtung heraus übernommen werden und die Rahmenbedingungen ungünstig sind, können diese Tätigkeiten jedoch auch zur Belastung werden und andere Möglichkeiten der Teilhabe verhindern.

Für Erwerbstätigkeit, Sorgearbeit wie auch für freiwilliges und politisches Engagement sind der Zugang zum Internet und die Nutzung digitaler Endgeräte von wachsender Bedeutung. Daher wird hier auch über Internetzugang, -nutzung und -kompetenzen berichtet (siehe dazu ausführlich den Achten Altersbericht: Deutscher Bundestag 2020a).[19] In diesem Kapitel werden Erwerbsarbeit, Sorgearbeit, freiwilliges Engagement, Bildungsaktivitäten und politische Partizipation im Hinblick auf Möglichkeiten, Chancen und Potenziale gesellschaftlicher Teilhabe im Alter behandelt, mit einem besonderen Fokus auf soziale Ungleichheiten.

3.1 Erwerbsarbeit und Sorgearbeit im Alter

Im Folgenden beleuchten wir zunächst die Lebenssituationen älterer Menschen im Hinblick auf Erwerbstätigkeit (vor dem Übergang in den Ruhestand und danach), Leistungen informeller Pflege und Unterstützung und Betreuung von Enkelkindern. Dabei ist zu beachten, dass sich in der zweiten Lebenshälfte im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit und informeller Sorgearbeit sehr unterschiedliche Teilhabekonstellationen ergeben können: Die Begriffe „können“, „wollen“ oder „müssen“ können dabei Hinweise auf Freiwilligkeit oder Notwendigkeit dieser Tätigkeiten im Rahmen der vorhandenen Ressourcen und Ermöglichungsstrukturen beziehungsweise Barrieren geben (Brandt 2013; Richter, G. et al. 2022, siehe Kapitel 1).

3.1.1 Erwerbsarbeit bis zum Übergang in den Ruhestand

Die Erwerbsarbeit im mittleren und höheren Alter ist vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung nicht nur volkswirtschaftlich relevant, sondern stellt auch einen wichtigen Bereich der individuellen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Neben der Einkommenssicherung kann Erwerbstätigkeit soziale Netzwerke stärken und das Gefühl fördern, gebraucht zu werden und „zur Gesellschaft“ beizutragen. Erwerbstätigkeit kann – je nach Tätigkeit(sfeld) und Arbeitsbedingungen – gesundheitsförderlich, aber auch gesundheitsbelastend wirken, was die Beteiligung am Arbeitsmarkt bis zur Regelaltersgrenze oder darüber hinaus stark beeinflussen kann. Allerdings zeigt die Altersübergangsforschung, dass nicht nur die Gesundheit der älteren Beschäftigten dafür entscheidend ist, wie lange sie arbeiten können, wollen oder auch müssen. Der Erwerbsaustritt ist von vielen weiteren Faktoren bestimmt: Hierbei spielen neben dem Gesundheitszustand unter anderem individuelle Präferenzen, wirtschaftliche Bedingungen, technologische Entwicklungen, soziale Dynamiken, Geschlechterrollen sowie die Sozial-, Arbeits- und Rentenpolitik eine Rolle. Erwerbstätigkeit im Alter ist dementsprechend mit diversen weiteren Teilhabedimensionen verknüpft; allein die Erwerbstätigenquoten lassen noch keine Aussagen über strukturelle Bedingungen und individuelle Motivlagen zu.

[19] Einige der in diesem Kapitel fokussierten Themen werden ausführlich in spezifisch dafür angelegten Berichten behandelt (insbesondere Pflegebericht, Rentenversicherungsbericht, Bericht zur Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sowie Engagementbericht).

a) Beschreibung der Situation

Seit vielen Jahren nimmt die Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer*innen zu. So ist in Deutschland die Erwerbstätigenquote der 55- bis 64-Jährigen binnen zehn Jahren deutlich gestiegen: von 62 Prozent im Jahr 2012 auf knapp 72 Prozent im Jahr 2021 (Statistisches Bundesamt 2023b). Dabei hat sich der Geschlechterunterschied in den letzten zwanzig Jahren verringert: Waren Anfang der 2000er Jahre beispielsweise nur knapp jede dritte Frau und knapp jeder zweite Mann der 55- bis 64-Jährigen erwerbstätig, so lag die Erwerbsbeteiligung von Frauen in dieser Altersgruppe im Jahr 2020 bei 68 Prozent, die der Männer bei knapp 76 Prozent (Statistisches Bundesamt 2023b).

Der Erwerbsumfang unterscheidet sich zwischen Frauen und Männern allerdings immer noch deutlich. Frauen arbeiten unter anderem aufgrund ihrer (antizipierten) Rolle in der Familie häufiger als Männer in Teilzeit oder in einem geringfügigen Beschäftigungsverhältnis, womit (zumindest in großen Teilen) auch die anhaltend niedrigeren Löhne und Alterseinkommen von Frauen im Vergleich zu Männern erklärt werden können (Frommert et al. 2021; Tophoven 2021). Die insgesamt gestiegene Erwerbsbeteiligung Älterer ist nicht nur auf die veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen wie die Erhöhung des gesetzlichen Renteneintrittsalters[20], die Einführung von Abschlägen bei einem vorzeitigen Rentenbeginn und Reformen in der Alterssicherung, sondern auch auf die allgemeine positive wirtschaftliche Lage in Deutschland, den Fachkräftemangel, die steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen und eine Zunahme von Teilzeitarbeit zurückzuführen (Jensen 2020).

Die Chancen auf eine lange Erwerbstätigkeit sind allerdings je nach Qualifikationsniveau ungleich verteilt: In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen hatten im Jahr 2019 diejenigen ohne anerkannten beruflichen Abschluss eine Erwerbsquote von 59 Prozent, die von Hochschulabsolvent*innen lag hingegen bei 85 Prozent (Wingerter 2021). Diese Zahlen weisen darauf hin, dass immer noch ein relativ großer Teil der Arbeitnehmer*innen nicht bis zur Regelaltersgrenze arbeitet und soziale Ungleichheiten bei der Übergangsphase von Erwerbstätigkeit in Rente und damit hinsichtlich der finanziellen Situation im Alter wirksam sind.

Auf Basis von Befunden des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 zeigen sich diese Trends ebenfalls (Kortmann 2025): Der Anteil der Personen, die in irgendeiner Weise – Vollzeit, Teilzeit oder Minijob – erwerbstätig sind, war in den älteren Altersgruppen deutlich geringer als in den jüngeren Altersgruppen (Tabelle 13). Während in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen 86,8 Prozent erwerbstätig waren, waren es bei den 60- bis 69-Jährigen 50,5 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 14,9 Prozent und bei den über 80-Jährigen 1,2 Prozent. Männer waren bis zum Alter von unter 70 Jahren anteilig häufiger erwerbstätig als Frauen, im höheren Alter waren sich die Erwerbstätigkeitsquoten von Männern und Frauen sehr ähnlich. Der Anteil von erwerbstätigen Personen war in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen bei Menschen mit hoher Bildung (93,2 %) größer als bei Menschen mit niedriger/mittlerer Bildung (82,9 %). Ost-West-Unterschiede gab es nur in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen. Die Erwerbstätigenquote in Westdeutschland war mit 16,8 Prozent höher als in Ostdeutschland mit 8,7 Prozent. In allen Altersgruppen bis ins hohe Alter unterschieden sich die Erwerbstätigkeitsquoten bei Menschen mit und ohne funktionale Einschränkungen. Auch zwischen verschiedenen Einkommensgruppen waren die Unterschiede in den Erwerbstätigenquoten sowohl bei den 50- bis 69-Jährigen als auch bei den über 70-Jährigen sehr groß, mit sehr niedrigen Quoten in der Gruppe der armutsgefährdeten Menschen und deutlich höheren Quoten in den Gruppen der Personen mit mittlerem und höherem Einkommen.

[20] Für die Geburtsjahrgänge ab 1964 liegt das reguläre Renteneintrittsalter – bei dem die älteren Beschäftigten mit vollen Rentenbezügen in den Ruhestand gehen können – beim 67. Lebensjahr, für ältere Jahrgänge etwas darunter.

Tabelle 13 Altersgruppenunterschiede im Bereich „Erwerbsarbeit“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent

	Anteil der erwerbstätigen Personen			
	Alter in Jahren			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	**86,8**	**50,5**	**14,9**	**1,2**
Geschlecht				
Männlich	91,2	55,8	16,0	1,5
Weiblich	82,5	44,7	14,2	1,0
Bildung				
Niedrig/mittel	82,9	47,5	14,2	1,1
Hoch	93,2	54,9	16,2	1,6
Region				
West	86,8	51,2	16,8	1,2
Ost	87,1	47,9	8,7	1,1
Siedlungstyp				
Großstadt/städtischer Kreis	86,9	51,6	15,6	1,4
Ländlicher Kreis	86,6	48,4	13,7	0,8
Funktionale Einschränkung				
Nicht eingeschränkt	92,4	57,6	19,3	2,1
(Stark) eingeschränkt	73,2	35,4	4,7	0,4
	Alter in Jahren			
	50 bis 69		**70 +**	
Materielle Lage				
Armutsgefährdet	44,3		1,5	
Mittlere Einkommen	69,0		8,4	
Höhere Einkommen	84,4		17,6	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Welche Gründe gibt es für ein frühes Erwerbsausstiegsalter? Zunächst lässt sich festhalten, dass ein frühzeitiger Ausstieg aus dem Erwerbsleben stark von der Branche – und hier insbesondere von den Arbeitsbedingungen – abhängt (Brussig 2021; Hasselhorn 2020; Tophoven 2021). Menschen, die in Bereichen arbeiten, in denen sie körperlich schwere Arbeit ausführen, häufig Nacht- und Schichtarbeit haben, deren Arbeit durch eine hohe Intensität und wenig eigene Einflussnahme sowie mangelnde Anerkennung – also durch physische und psychische Belastungen – charakterisiert ist, sind meist weniger lang erwerbstätig. Häufig treten die hier skizzierten Risikofaktoren kumuliert auf, sodass manche Menschen bereits früh in ihrem Erwerbsleben antizipieren, dass sie aufgrund der Arbeitsbedingungen und -belastungen kaum eine Chance haben, die Regelaltersgrenze bei guter Gesundheit erreichen zu können (Hasselhorn 2020). Unterschiedliche berufliche Anforderungen beziehungsweise körperliche und psychische Belastungen im Laufe des gesamten Erwerbslebens beeinflussen die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten im Alter, sodass auch die sozialen Unterschiede mit dem Alter zunehmen. Insbesondere ältere Beschäftigte in der Pflege, der Reinigung, der Nahrungsmittelherstellung, der Metallerzeugung und dem

Metallbau sowie Erwerbstätige im Verkauf und in der Erziehung geben an, nicht lange arbeiten zu können (Richter, G. et al. 2022). Deutlich wird, dass die Arbeitsbedingungen und damit verbundene gesundheitliche Situationen entscheidend dazu beitragen, dass Menschen frühzeitig aus dem Erwerbsleben aussteigen (müssen). Viele ältere Beschäftigte sind zudem im Niedriglohn- beziehungsweise Mindestlohnsegment beschäftigt (Dütsch et al. 2023: 10). Oftmals gehen schlechte Arbeitsbedingungen mit einem niedrigen Arbeitsentgelt einher, weshalb ein längerer Verbleib im Erwerbsleben aus finanziellen Gründen kaum lohnend erscheint – zum Teil aber eben aus finanziellen Gründen erwogen werden muss.

Auf frühe gesundheitsbedingte Ausstiege aus dem Erwerbsleben weisen auch die jährlichen Zugänge in eine Erwerbsminderungsrente hin (DRV 2023a). Trotz unterschiedlicher gesetzlicher Änderungen sind die Neuzugänge in die Erwerbsminderungsrente mit etwa 180.000 neuen Fällen pro Jahr seit über einem Jahrzehnt relativ stabil. Zahlen der Rentenversicherung zeigen, dass psychische Erkrankungen als Grund für eine Erwerbsminderung in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben (Hagen, C. & Himmelreicher 2020). Trotz des Grundsatzes „Rehabilitation vor Rente“ erweist sich der Zugang zu Rehabilitationsleistungen als sehr gering; auch die berufliche Reintegration von Menschen mit einer Erwerbsminderungsrente gelingt nur selten: Untersuchungen zeigen, dass neun Jahre nach Beginn einer Erwerbsminderungsrente nur rund 1 Prozent aller Menschen mit Erwerbsminderungsrenten versicherungspflichtig beschäftigt waren (Gross et al. 2022), trotz hoher Motivation zur Rückkehr. Gründe liegen unter anderem in gesundheitlichen Einschränkungen und Altersstereotype sowie frühzeitiger (Aus-)Bildungsbenachteiligung (Bökel et al. 2021; Lippke et al. 2023; Zschucke et al. 2016).

Ein weiterer Grund für eine „vorzeitige“ Beendigung des Erwerbslebens ist die fehlende Motivation älterer Arbeitnehmer*innen, so lange wie möglich erwerbstätig zu sein. In einer Befragung von Erwerbstätigen im Alter von 51 bis 63 Jahren gab nur jede*r Dritte an, bis zum 65. Lebensjahr arbeiten zu wollen (Ebener et al. 2023). Auch hier spielt Gesundheit eine Rolle: Bei Personen mit schlechter Gesundheit ist der Wunsch nach einem vorzeitigen Erwerbsaustritt höher. Wer keine gute finanzielle Absicherung hat, möchte hingegen im Mittel länger erwerbstätig bleiben, wobei dies – vor allem, wenn noch weitere Risiken wie schlechte Arbeitsbedingungen und schlechte Gesundheit hinzukommen – weniger ein „Wollen“ als vielmehr ein „Müssen“ ausdrückt. Denn ein vorzeitiger Rentenbezug ist oft mit Abschlägen verbunden, die die bereits geringen Einkünfte während der Erwerbsphase im Rentenbezug noch verschärfen würden (Mergenthaler 2018). Eine tatsächliche „Wahlfreiheit“, das Erwerbsleben vorzeitig zu beenden, gibt es aus diesem Grund eher für Menschen mit höherem Einkommen (Naegele & Hess 2021). Als ein weiterer zentraler Einflussfaktor für die Bereitschaft und Motivation, länger zu arbeiten, gilt die Qualität der Arbeitsbedingungen – und hier insbesondere der Wunsch nach Selbstbestimmung (Ebener et al. 2023).

Insgesamt lässt sich feststellen: Es zeigen sich große soziale und sozio-ökonomische Unterschiede hinsichtlich der Voraussetzungen für ältere Beschäftigte, länger beziehungsweise bis zum regulären Renteneintrittsalter (oder darüber hinaus) arbeiten zu können. Dabei haben oftmals diejenigen, die aus finanziellen Gründen länger arbeiten, hierfür die schlechteren Voraussetzungen als diejenigen, die aus finanziellen Gründen nicht länger arbeiten müssten. Mit Blick auf die demografische Entwicklung, den anhaltenden Fachkräftemangel, eine sich verändernde Arbeitswelt sowie die steigende Altersarmut gewinnen die sozial unterschiedlich verteilten Voraussetzungen für ein langes und gesundes Arbeitsleben nicht nur für Unternehmen an Bedeutung, sondern auch für Politik und Gesellschaft. Eine alternsgerechte Arbeitsgestaltung, Weiterbildungsangebote sowie flexible Arbeitsmodelle bilden dabei die Basis, um möglichst lange, gesund, motiviert und leistungsfähig am Erwerbsleben teilnehmen zu können (Ermöglichung statt Verpflichtung).

c) Handlungsoptionen

Entsprechende Ermöglichungsstrukturen lassen sich sowohl auf betrieblicher als auch auf politischer Ebene fördern: Für Betriebe liegen mittlerweile validierte Instrumente zur alter(n)sgerechten Arbeitsgestaltung vor, mit denen eine langfristige positive Wirkung für alle Beschäftigten sowie insbesondere auch für alternde Belegschaften in unterschiedlichen Handlungsfeldern erzielt werden kann (Mühlenbrock 2017). Entscheidend ist es, die Arbeitsbedingungen anzupassen und Weiterbildung sowie medizinische und berufliche Rehabilitation für ältere Menschen anzubieten. Der Förderung des lebenslangen Lernens kommt als Strategie zum Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit – auch für zukünftige Generationen – eine herausragende Bedeutung zu. Ebenso sollte die Wiederbeschäftigung älterer Arbeitnehmer*innen nach Erwerbsunterbrechungen oder Tätigkeitswechseln weniger mit Barrieren und Risiken der Dequalifizierung sowie finanziellen Einbußen verbunden sein. Hier könnten Reformen zur beruflichen Wiedereingliederung mit Anreizstrukturen und engmaschiger Beratung für Beschäftigte sowie auch für Betriebe – wie sie in anderen Ländern existieren – hilfreich sein (Mittag 2018). Um ältere Beschäftigte länger am Arbeitsmarkt zu halten, haben sich insbesondere Selbstwirksamkeitserfahrungen von

Beschäftigten sowie eine Kultur der Anerkennung und Wertschätzung als Schlüsselfaktoren erwiesen (Richter, G. et al. 2022). Gerade in Berufen mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen ist eine lebenslauforientierte und ganzheitliche Beschäftigungs- und Personalpolitik – mit Frühwarnsystemen – angebracht. Von tarifpolitischen Vorgaben sowie von Kosten-Nutzen-Analysen könnten hierfür wichtige Anstöße ausgehen. Darüber hinaus könnten Kampagnen für eine flächendeckende Verbreitung von „good practices" sorgen (Naegele & Hess 2021).

Insgesamt ist – wie auch im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung beschrieben – die Einhaltung des Grundsatzes „Prävention vor Rehabilitation vor Rente" zu stärken und eine bessere Vernetzung unterschiedlicher Sozialversicherungsträger auch mit verpflichtenden Kooperationsverträgen anzustreben. Allerdings wird – insbesondere in hoch belasteten Berufen und Branchen – eine gesundheitsbedingte Frühverrentung nicht in jedem Fall vermieden werden können. Für die betroffenen Beschäftigten ist eine entsprechende sozial abgefederte Option für einen früheren und flexibler gestalteten Renteneintritt zu entwickeln. Förderlich wäre es in diesem Zusammenhang, wenn älteren Beschäftigten ein Recht auf Reduzierung der Arbeitszeit in mehreren Schritten bis zur Rente gewährt würde.

3.1.2 Erwerbsarbeit im Ruhestand

Arbeiten im Ruhestand – das war in den Vorstellungen über die sogenannte „dritte Lebensphase" für die Mehrheit der vorher abhängig Beschäftigten lange undenkbar. In den letzten Dekaden hat sich dies jedoch geändert.

a) Beschreibung der Situation

Immer mehr Menschen gehen im „Ruhestand" einer bezahlten Arbeit nach. Im Jahr 2022 waren es 1,4 Mio. Menschen ab 65 Jahren, das sind 8,4 Prozent dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2023b; Genesis-Online). Rentner*innen mit Erwerbseinkommen sind zu einem hohen, mit zunehmendem Alter aber sinkenden Anteil selbständig, haben hohe Qualifikationen und einen guten Gesundheitszustand. Ihre Erwerbstätigkeiten sind überwiegend Minijobs und Teilzeitbeschäftigungen, oftmals einfache Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich, vor allem in kleinen Betrieben. Häufig suchen sich Rentner*innen Erwerbstätigkeiten, die sich im Vergleich mit ihren vorherigen, regulären Erwerbstätigkeiten durch ein flexibles Arbeitsumfeld mit einer guten, selbstbestimmten Vereinbarkeit zum Ruhestandsalltag und einem wertschätzenden Umgang mit Vorgesetzen und Kollegen*innen auszeichnen (Schmitz-Kießler 2023).

Möglich wird die Erwerbsarbeit im Ruhestand durch eine Vielzahl von institutionellen Rahmenbedingungen, die zum Teil in den letzten Jahren flexibilisiert wurden. Rentenrechtlich hat es für reguläre Altersrentner*innen noch nie eine Hinzuverdienstgrenze gegeben, seit Januar 2023 sind diese auch für Bezieher*innen von vorgezogenen Renten entfallen. Wer will, kann also jederzeit parallel zum Rentenbezug arbeiten, ohne dass es dabei zu Rentenkürzungen kommt. Beim Überschreiten der Geringfügigkeitsgrenze fallen jedoch Steuern und Abgaben für die Kranken-/Pflegeversicherung an. Arbeitsrechtlich existiert eine Reihe von Sonderregelungen, die sich vor allem auf zusätzliche Befristungsmöglichkeiten beziehen (siehe § 14 I TzBfG; § 41 Satz 3 SGV VI). Dadurch ist die (Weiter-) Beschäftigung von Rentner*innen auch für Betriebe gezielt planbar, risikoarm und attraktiv. Auch sozialversicherungsrechtlich lohnt sich die Erwerbstätigkeit bei gleichzeitigem Rentenbezug: Seit den Änderungen des sogenannten „Flexirentengesetzes" (2017) können auch Rentner*innen weitere Rentenanwartschaften aufbauen. Vorher gab es keine Möglichkeit, vom Erwerbseinkommen parallel zum Renteneinkommen Beiträge in die gesetzliche Rentenversicherung einfließen zu lassen.

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Die Beweggründe für die Erwerbstätigkeit im Rentenalter sind vielfältig (Romeu Gordo et al. 2022a). Häufig ist es nicht „entweder" die Freude an der Tätigkeit „oder" der finanzielle Druck, sondern eine Mischung aus beidem. Finanzielle Motive für den Hinzuverdienst variieren dabei zwischen den Extrempolen der Armutsvermeidung und Lebensstandardsicherung (teilweise auch auf sehr hohem Niveau). Daneben kommen auch immaterielle Gründe zum Tragen. Sie umfassen unterschiedliche Wertvorstellungen, generative Absichten, den Wunsch, das eigene Humankapital zu erhalten, sowie die Strukturfunktionen von Arbeit auch im Ruhestandsalltag zu nutzen. Für eine sozialpolitische Einordnung ist entscheidend, wie viele Rentner*innen in welchem Ausmaß auf eine Aufstockung ihrer Bezüge durch die Erwerbsarbeit angewiesen sind. Rentner*innen, die trotz überdurchschnittlich hoher Rentenbezüge weiterarbeiten, sind in der Minderheit. Der Anteil der erwerbstätigen Rentner*innen, die arbeiten müssen, um Armut zu vermeiden, wird – je nach Berechnungsweise – auf bis zu einem Drittel geschätzt (Mergenthaler 2022; Schmitz-Kießler 2023). Die finanzielle Unterversorgung nimmt unter den erwerbstätigen Rentner*innen

gegenwärtig und zukünftig bedenklich zu; das gilt besonders für Frauen. Für Frauen ist die Erwerbstätigkeit im Rentenalter selten allein ein Ausdruck von Selbstbestätigung oder Sinnerfüllung, sondern in erster Linie eine Reaktion auf niedrige Renten und Rentenabschläge oder kritische Lebensereignisse (wie Scheidung, Verwitwung oder Arbeitslosigkeit).

Die Entwicklung der Erwerbstätigkeit im Rentenalter lässt sich insgesamt unterschiedlich deuten: Einerseits besteht ein enger Zusammenhang zu verbesserten gesundheitlichen und qualifikatorischen Voraussetzungen älterer Menschen, positiven Altersbildern von Personalverantwortlichen und Betrieben sowie einem insgesamt stärker auf die Potenziale des Alters ausgerichtetem Altersbild. Andererseits weist die Erwerbstätigkeit im Rentenalter aber auch erhebliche soziale Ungleichheiten auf – nicht jede*r, die/der möchte oder muss, findet auch einen adäquaten Job: Über 50 Prozent der über 65-Jährigen sind im Niedriglohnsegment beschäftigt (Dütsch et al. 2023).

c) Handlungsoptionen

Als weitere Säule der Alterssicherung kann die Erwerbstätigkeit im Ruhestand nicht gelten. Auch der Zusammenhang zu einem zunehmenden finanziellen Druck auf die Alterseinkommen liegt auf der Hand. In der sozial- und rentenpolitischen Debatte wird weiter diskutiert werden müssen, wie es sich verhindern lässt, dass sich immer mehr Rentner*innen gezwungen sehen, wegen (zu) niedriger Renten weiter erwerbstätig zu sein beziehungsweise welche Situationen entstehen, wenn dies den betroffenen Menschen nicht mehr möglich ist. Gleichzeitig weisen die Daten auch darauf hin, dass es unter älteren Menschen ein insgesamt gestiegenes Interesse an einer Erwerbstätigkeit im Rentenalter gibt. Es sollte also ein Anliegen sein, die Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung im Ruhestand weiter zu verbessern, bestehende Barrieren, insbesondere auf betrieblicher Ebene, weiter abzubauen und gesundheitsförderliche, altersgerechte Arbeit bei adäquater Bezahlung auch im höheren Alter zu ermöglichen – nicht nur, aber gerade auch in Zeiten des Fachkräftemangels.

3.1.3 Sorgearbeit im Alter

Sorgearbeit in der zweiten Lebenshälfte, also die Sorge um hilfe- und pflegebedürftige Angehörige sowie um Enkel*innen ist ebenfalls ein wichtiger Bestandteil des Mitwirkens und des Zusammenhalts in Familien. Allerdings wird Sorgearbeit und Pflege nicht immer selbstbestimmt übernommen, sondern häufig, weil finanzielle Mittel fehlen oder Infrastruktur und/oder professionelle Angebote nicht ausreichend, akzeptabel oder passgenau sind (Klie 2022b). Pflege- und Sorgeaufgaben verändern das Leben der Beteiligten häufig über eine lange Zeit und können mit Beteiligung in anderen Bereichen (wie etwa Erwerbstätigkeit, Bildung, soziale Partizipation) in Widerspruch stehen beziehungsweise diese einschränken. Dies gilt vor allem dann, wenn Sorgearbeit gezwungenermaßen erfolgt oder das gewünschte oder umsetzbare Maß übersteigt. Für Ältere ist hier insbesondere die eigene gesundheitliche Belastung eine Hürde (Kaschowitz & Brandt 2017); für Erwerbstätige ist die (sozial ungleich verteilte) Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Sorgearbeit eine große Herausforderung (Ehrlich 2023; Ehrlich et al. 2020; Keck 2011), wie im Folgenden näher ausgeführt wird.

a) Beschreibung der Situation

Vier von fünf Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2022c). Pflege- und Unterstützungsleistungen werden ganz wesentlich von An- und Zugehörigen erbracht (siehe auch Abschnitt 5.4.2). Ein erheblicher Anteil von Menschen in der zweiten Lebenshälfte leistet regelmäßig Pflege und Unterstützung, insbesondere an hilfebedürftige Angehörige, aber auch im nachbarschaftlichen Umfeld und im Bekanntenkreis.[21] Nach Befunden des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 waren dies in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen 22,1 Prozent, in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen 16,8 Prozent, in der Gruppe der 70- bis 79-Jährigen 13,0 Prozent und in der Gruppe der über 80-Jährigen 7,8 Prozent (Tabelle 14, Spalte A). Zwar nehmen die Unterstützungsleistungen mit dem Eintritt ins Rentenalter ab; detaillierte Analysen mit den Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen aber, dass der Anteil der Pflegeaufgaben im engeren Sinne (neben der Hilfe im Haushalt, der Betreuung und Begleitung und anderweitiger Hilfen) im hohen Alter (ab 80 Jahren) stark ansteigt (Nowossadeck, S. 2018). Auch der Zeitaufwand für Pflege- und Unterstützungsleistungen erhöht sich im Verlauf der zweiten Lebenshälfte: Während die 50- bis 59-Jährigen durchschnittlich knapp 10 Wochenstunden für die Pflege und Unterstützung einer anderen Person aufwanden, war der entsprechende Zeitaufwand bei Menschen ab 80 Jahren fast doppelt so hoch (Kortmann 2025). Dies hat höchstwahrscheinlich damit zu tun, dass im höheren

[21] Das heißt, sie bejahen die Frage: „Gibt es Personen, die aufgrund ihres schlechten Gesundheitszustandes von Ihnen privat oder ehrenamtlich betreut bzw. gepflegt werden oder denen Sie regelmäßig Hilfe leisten?“

Alter vor allem die (Ehe-)Partner*innen im eigenen Haushalt gepflegt und unterstützt werden (Ehrlich & Kelle 2021).

Bis zum Alter von 70 Jahren übernehmen deutlich mehr Frauen als Männer Pflege- und Unterstützungsleistungen. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen tun dies 27,5 Prozent der Frauen und 16,5 Prozent der Männer, in der Gruppe der 60- bis 69-Jährigen sind es 20,1 Prozent der Frauen und 12,4 Prozent der Männer (Tabelle 14, Spalte A). In den älteren Altersgruppen verringern sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlich, unter anderem, da Männer dann auch häufiger ihre pflegebedürftigen Partnerinnen im Haushalt pflegen. Aus anderen Datenquellen ist bekannt, dass Frauen generell in einem größeren Umfang intensive (Körper-)Pflege leisten, während Männer eher zusätzliche Unterstützungsleistungen (wie Einkäufe und Besorgungen) übernehmen (Schmid et al. 2012). Eine Untersuchung von Klaus und Vogel (2019) mit Daten des Deutschen Alterssurveys der Jahre 1996 bis 2017 zeigt, dass sich diese Dynamik der Geschlechterunterschiede bezüglich der Übernahme unbezahlter Sorgetätigkeit in verschiedenen Geburtskohorten nicht geändert hat: Es gibt eine nach wie vor höhere Wahrscheinlichkeit für Frauen, Verwandte und Bekannte zu unterstützen und/oder zu pflegen als für Männer. Es zeichnet sich – im Gegensatz zur Enkelbetreuung (siehe unten) – hier also bislang keine Annäherung der Geschlechter ab.

In welchem Maße Pflegeaufgaben übernommen werden, hängt auch vom Bildungsstand ab – allerdings unterschiedlich für verschiedene Altersgruppen: Während in der Gruppe der 50- bis 59-jährigen Menschen mit niedriger/mittlerer Bildung 24,7 Prozent informelle Pflege und Unterstützung leisteten (unter Umständen in Ermangelung von – kostspieligen – Alternativen, aber auch aufgrund geringerer Arbeitseinkommen), taten dies nur 17,7 Prozent der Menschen desselben Alters mit hoher Bildung (Tabelle 14, Spalte A). Ab dem Alter von 60 Jahren waren es jedoch vor allem die hochgebildeten Personen, die zu höheren Anteilen Pflege und Unterstützung leisteten, was auch an deren besseren gesundheitlichen Voraussetzungen und Chancen auf ein langes Leben liegen kann. Private Hilfe- und Pflegeleistungen waren – außer bei den 60- bis 69-Jährigen – häufiger in der Stadt als auf dem Land, ansonsten lassen sich nur geringe Gruppenunterschiede auf Basis der DEAS-Daten erkennen - die natürlich die erwähnten Motivationen, Barrieren und Ressourcen dahinter nicht aufdecken können.

Eine weitere Form der Sorgearbeit, die von älteren Menschen geleistet wird, ist die Betreuung von Enkelkindern. Der Anteil der Personen, die im DEAS 2020/2021 angegeben haben, ihre Enkelkinder (zumindest sporadisch) zu betreuen, war in den Altersgruppen der 60- bis 69-Jährigen (21,2 %) und der 70- bis 79-Jährigen (15,8 %) höher als bei den 50- bis 59-Jährigen und den über 80-Jährigen (Tabelle 14, Spalte B). Dieser Umstand ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass Großeltern im Alter zwischen 60 und 80 Jahren eher Enkelkinder in einem Alter haben, in dem persönliche Betreuung notwendig ist. Allerdings zeigen sich zwischen Ost- und Westdeutschland deutliche Altersunterschiede, möglicherweise aufgrund der unterschiedlichen Lebensalter bei der Geburt von Kindern: Während in Ostdeutschland der Anteil der Personen, die im Alter von 50 bis 59 Jahren Enkelkinder betreuten, deutlich höher war als in Westdeutschland (15,4 vs. 7,3 %), lagen die Betreuungsquoten bei den 60- bis 79-Jährigen im Westen etwas über denen im Osten (aufgrund der niedrigen Fallzahlen findet sich in der Altersgruppe der über 80-Jährigen trotz des numerischen großen Unterschieds kein statistisch signifikanter Effekt). Unterschiede zwischen Frauen und Männern gab es nur in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen (Frauen 26,7 %; Männer 16,1 %), vermutlich aufgrund der höheren Erwerbsbeteiligung der Männer. Bildungsunterschiede traten in den Altersgruppen der 50- bis 59-Jährigen und über 80-Jährigen auf: Personen mit niedriger/mittlerer Bildung betreuten Enkelkinder zu größeren Anteilen (10,9 % bzw. 10,8 %) als Personen mit hoher Bildung (5,2 % bzw. 3,5 %). Mit Blick auf die materielle Lage stachen die Personen mit mittlerem Einkommen heraus, die im Alter zwischen 50 und 69 höhere Betreuungsraten aufwiesen (16,5 %) als armutsgefährdete Menschen (9,2 %) und Menschen mit höherem Einkommen (10,5 %).

Die skizzierten Ergebnisse zeigen, dass Sorgearbeit insgesamt (und über den Lebensverlauf hinweg) überwiegend von Frauen erbracht wird. Sowohl bei der Pflege und Unterstützung von Angehörigen als auch bei der Betreuung von Enkel*innen sind Frauen zu größeren Anteilen tätig als Männer, meistens zudem als Hauptunterstützende. Diese stärkere Übernahme von Sorgearbeit durch Frauen hat sich auch nicht durch ihre deutlich gestiegene Erwerbsbeteiligung in den letzten Jahren verringert (siehe Abschnitt 3.1). Dennoch: Auch Männer übernehmen vermehrt (häufig ergänzende) Verantwortung in der Pflege und bei der Betreuung von Enkelkindern.

Tabelle 14 Altersgruppenunterschiede im Bereich „Sorgearbeit“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent

	(A)				(B)			
	Anteil der Personen, die informelle Pflege und Unterstützung leisten				Anteil der Personen, die Enkel betreuen			
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +
Insgesamt	22,1	16,8	13,0	7,8	8,8	21,2	15,8	8,9
Geschlecht								
Männlich	16,5	12,4	13,5	10,0	8,9	16,1	15,0	6,8
Weiblich	27,5	21,6	12,6	6,4	8,6	26,7	16,5	10,3
Bildung								
Niedrig/mittel	24,7	14,5	11,8	7,0	10,9	20,6	14,5	10,8
Hoch	17,7	20,1	15,1	10,2	5,2	21,9	18,0	3,5
Region								
West	22,5	16,3	12,3	7,7	7,3	21,4	16,5	4,6
Ost	20,2	18,8	15,4	8,3	15,4	20,1	13,6	28,2
Siedlungstyp								
Großstadt/städtischer Kreis	24,6	16,3	15,2	10,0	7,3	19,9	14,7	10,4
Ländlicher Kreis	16,9	17,7	8,8	4,3	11,8	23,6	18,1	6,5
Funktionale Einschränkung								
Nicht eingeschränkt	22,3	17,4	15,0	7,2	8,9	22,7	16,5	6,8
(Stark) eingeschränkt	21,7	16,0	8,0	8,7	8,6	18,1	14,0	11,1
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 69		70 +		50 bis 69		70+	
Materielle Lage								
Armutsgefährdet	16,6		11,2		9,2		4,2	
Mittlere Einkommen	21,0		10,0		16,5		14,0	
Höhere Einkommen	18,0		16,3		10,5		13,0	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Sorgearbeit kann eine physische und psychische Belastung, aber auch eine Quelle für die Stärkung des Selbstwertgefühls, der Bindung und des Sinnerlebens sein. Wie sich informelle Pflege auf das Wohlbefinden auswirkt, wird unter anderem durch die autonome Motivation und Entscheidung zur Pflegeübernahme bestimmt (Dombestein et al. 2020). Die Daten des DEAS zeigen, dass sich in den Jahren 2021/2022 insgesamt 70 Prozent der über 50-Jährigen durch Pflege- und Unterstützungsleistungen stark oder sehr stark belastet fühlten (Kortmann 2025). Diese Ergebnisse werden durch zahlreiche Untersuchungen zu den bestehenden Risiken und Ressourcen der häuslichen Pflege für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen bestätigt (Kuhlmey & Budnick 2023; Wetzstein et al. 2015). In einer umfangreichen Mixed-Methods-Studie zu zielgruppenspezifischen Unterstützungsangeboten für pflegende Angehörige (darunter 81,3 % Frauen) gaben – ähnlich wie in den berichteten DEAS-Daten – 70 Prozent der Befragten an, sich von der Pflege stark belastet zu fühlen, fast die Hälfte fühlte sich durch die Pflege körperlich überfordert und gesundheitlich belastet (Bohnet-Joschko & Bidenko 2019).

42 Prozent der Befragten schätzten ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter ein als den von Gleichaltrigen. Insbesondere wird die alltägliche Grundpflege als emotional schwierig und körperlich belastend erlebt (Bohnet-Joschko 2020). Emotionale und organisatorische Belastungen (z. B. Anträge oder Behandlungstermine) wogen dabei meist schwerer als physische Belastungen (Loboiko et al. 2023). Insgesamt sind viele der pflegenden Angehörigen von Einschränkungen ihrer sozialen Teilhabe betroffen; wenigen gelingt es überhaupt, Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. 68 Prozent nahmen ihre Privatsphäre, 75 Prozent ihre Freizeitaktivitäten und ihr Sozialleben als eingeschränkt wahr (Bohnet-Joschko & Bidenko 2019).

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen (die Definition und Messung von Pflege unterscheidet sich von Studie zu Studie) unter 65 Jahren erwerbstätig. Die Erwerbstätigenquote der Pflegenden ist in den vergangenen Jahren gewachsen; dies wird auch für die nächsten Jahren erwartet (Eggert et al. 2021; Ehrlich 2019). Pflegetätigkeiten werden häufiger und in einem größeren Umfang von Teilzeiterwerbstätigen oder nicht Erwerbstätigen als von Vollzeiterwerbstätigen erbracht. Je länger die Pflege andauert und je höher der Pflegeaufwand ist, umso niedriger ist die Erwerbsbeteiligung (Au & Hagen 2018; Büscher et al. 2023). Insbesondere teilzeiterwerbstätige Personen mit niedrigen Einkommen und geringer beruflicher Stellung reduzieren aufgrund von Pflege ihre Arbeitszeit. Pflegende Erwerbstätige mit niedriger Berufsposition übernehmen häufiger umfangreiche Pflegearbeiten als Pflegende mit hoher Berufsposition (Keck 2012).

Wenn pflegerische Versorgung mit beruflichen Verpflichtungen vereinbart werden muss, werden in dieser Doppelrolle nicht selten eigene Ansprüche an das Leben und weitere familiäre Erwartungen zurückgestellt. Andererseits wirkt sich die Pflege auch auf den beruflichen Kontext aus. Laut einer Befragung des Deutschen Gewerkschaftsbundes reicht dies von versäumter Arbeitszeit und unterbrochenen Arbeitszeiten bis zu Ängsten um den Verlust des Arbeitsplatzes und Mobbing (DGB 2018). Die Vereinbarkeitsproblematik hat also häufig nicht nur Folgen für die finanzielle und soziale Sicherheit, sondern auch für das Wohlergeben und die physische und psychische Gesundheit (Kuhlmey & Budnick 2023).

Auch im Hinblick auf Vereinbarkeit zeigt sich die bereits oben beschriebene Geschlechterdifferenz: Erwerbstätige Frauen pflegen wesentlich häufiger und intensiver als erwerbstätige Männer – mit entsprechenden Einbußen in der Erwerbsbeteiligung. Die Herausforderungen bezüglich der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege werden vor dem Hintergrund der angespannten Lage in der ambulanten Versorgung (siehe Abschnitt 5.4) und einer steigenden Zahl pflegender Angehöriger wachsen und eine große gesellschaftliche und politische Bedeutung erlangen. Gesellschaftliche Veränderungen – wie die höhere Erwerbsquote von Männern und Frauen im Alter, veränderte Familien- und Haushaltsstrukturen, zunehmende berufliche und private Mobilität – tragen zur Verringerung des Pflegepotenzials durch An- und Zugehörige bei.

Die Entscheidung, häusliche Pflege zu übernehmen, wird neben den familialen Bindungsfaktoren entsprechend auch durch kontextuelle, wohlfahrtsstaatliche und kulturelle Faktoren beeinflusst (Heß et al. 2020). Die Art des Pflegearrangements ist dabei entscheidend für die Belastungen pflegender Angehöriger und die Teilhabeeinschränkungen, die aus informeller Pflegetätigkeit entstehen können. Wichtig ist insbesondere die Unterstützungsintensität, die Freiwilligkeit der Pflege(-beziehung) sowie die Vereinbarkeit mit anderen Lebensbereichen (Brandt 2013; Kaschowitz & Brandt 2017). Die Wirkung dieser Faktoren hängt wiederum nicht unerheblich von der umgebenden Pflegeinfrastruktur (Wagner & Brandt 2018) und vom sozio-ökonomischen Status ab (Brandt et al. 2022). Vergleichende Studien belegen, dass Geschlechterunterschiede sich insbesondere in der Intensität und in der Art der Sorgearbeit – also der oben beschriebenen Tatsache, dass Männer seltener als Hauptpflegepersonen agieren, solange es sich nicht um die eigene Partnerin oder den eigenen Partner handelt – ausdrücken. Dies bedeutet auch, dass die Pflegesituation von Männern meist mit einer besseren Vereinbarkeit mit anderen Lebensbereichen und weniger belastenden Pflegebeziehungen verbunden ist. Geschlechterungleichheiten in der informellen Pflege finden sich über unterschiedliche (europäische) Pflegekontexte hinweg (Floridi et al. 2022; Schmid et al. 2012); familiale Belastungen (insbesondere von Frauen) sind jedoch in sozialdemokratischen Wohlfahrtsstaaten, die umfassende soziale Dienste für alle anbieten, vergleichsweise gering, während im südlichen (familialistisch geprägten) Europa Familien im Hinblick auf Sorgearbeit stärker belastet sind.

In Deutschland sind die normativen Verpflichtungen zur informellen Sorgearbeit in der Familie vergleichsweise hoch; die Übernahme informeller (oft intensiver) Pflege für ältere Angehörige und Partner*innen bedeutet für die meist weiblichen Hauptunterstützungspersonen in vielen Fällen eine Teilhabeeinschränkung. Die Übernahme von unbezahlter Sorgearbeit führt(e) insbesondere für heute hochaltrige Frauen über den Lebenslauf hinweg zu Überlastungen und Einschränkungen in der gesundheitlichen, materiellen und sozialen Teilhabe, die im Alter kumulieren können. Wenn dies mit Migrationsgeschichte, geringer Bildung und geringer sozialer Einbettung zusammentrifft, sind gesundheitliche Einschränkungen, Armut und Einsamkeit im Alter die wahrscheinliche Folge (zur Situation von älteren Frauen mit Migrationsgeschichte siehe Kapitel 7).

c) Handlungsoptionen

Die Unterstützung pflegender Angehöriger berührt ganz wesentlich (auch) die Familien-, Arbeits-, Renten- und Gesundheitspolitik. Die Themen der informellen und professionellen Pflege und Unterstützung brauchen breite politische und gesellschaftliche Aufmerksamkeit, Diskussionen auf allen politischen Ebenen und insbesondere vor Ort (Klie 2022b). Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender Angehöriger – wie Beratungsangebote und solitäre Kurzzeitpflege (also speziell auf die Kurzzeitpflege ausgerichtete Einrichtungen) –, niedrigschwellige Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention wie auch eine „gesonderte Finanzierung und leistungsrechtliche Grundlage" sind erforderlich (Klie 2022b: 17). Es existieren zwar bereits gute innovative und flankierende Angebote wie Initiativen und Modellprojekte von Arbeitgeber*innen, die zum Beispiel eigene Tagespflegeangebote anbieten oder Case Manager*innen beschäftigen (Klie 2022b). Allerdings müssen Bund und Länder zusätzlich zur befristeten Förderung auch rechtliche Voraussetzungen für verlässliche und stabile Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen schaffen. Ein individuell abgestimmter „Hilfe-Mix" aus professionellen Dienstleistern sowie Unterstützung aus Familie, Nachbarschaft und Ehrenamt, kann dazu beitragen, dass der Umfang der informell übernommenen Sorgetätigkeit besser leistbar und auf das gewollte Maß begrenzt werden kann.

Es bestehen große soziale Ungleichheiten bei der Übernahme von Tätigkeiten in Pflege und Versorgung. Die geplanten Erhöhungen des Pflegegeldes und die geplante Verbesserung der Regelungen zur Familienpflegezeit sind zu begrüßen, reichen angesichts der oben beschriebenen Situation und Entwicklungen jedoch nicht aus. Um einer Be- und Überlastung gerade von Frauen entgegenzuwirken, müssen stärkere Anreize für eine partnerschaftliche Aufteilung der Sorge- und Pflegearbeit gegeben und Aufgaben auf mehr Schultern verteilt werden. Dafür sollte weiter an der Auflösung traditioneller Rollenbilder – über den gesamten Familienzyklus hinweg – gearbeitet werden. Dies umfasst die finanzielle Absicherung in Phasen temporärer Erwerbsreduktion, die Verbesserung der Rückkehrbedingungen nach einer Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Flexibilisierung von Arbeitszeiten und des Arbeitsorts. Außerdem sollte der Kreis der Anspruchsberechtigten auf Pflegezeit ausgeweitet werden: Nicht nur Familienangehörige, sondern alle vergleichbar nahestehenden Personen sollten Pflegezeit in Anspruch nehmen können (Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf 2022). Angesichts des wachsenden Anteils älterer Migrant*innen und ansteigender Altersarmut sollten diversitätssensible und aufsuchende Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige auf- und ausgebaut werden.

Alle Menschen in der zweiten Lebenshälfte sollten, auch wenn langfristige eigene oder familiäre Unterstützungsbedarfe auftreten, ihre Lebensqualität aufrechterhalten können. Dafür müssen Ungleichheiten in Pflegebelastungen und Pflegeabdeckung abgebaut werden. Eine sozial gerechte Verteilung der Sorgearbeit kann nur in Zusammenarbeit aller beteiligten Akteure und Ebenen, von Familien, Betrieben über Kommunen und Staat, erreicht werden. Es sollten bedarfsgerechte Unterstützungsangebote (diversitätssensibel, aufsuchend, vereinbar, niedrigschwellig) für Pflegende und Gepflegte aus unterschiedlichen sozialen Gruppen entwickelt und ausgebaut werden. Eine gelingende Organisation der Pflege – in einem Mix aus familialen, staatlichen, marktgesteuerten und zivilgesellschaftlichen Beiträgen – kommt informell und beruflich Pflegenden, Pflegebedürftigen und alternden Gesellschaften insgesamt zugute (Brandt 2013).

3.2 Gesellschaftliche Partizipation

Teilnahme, Einbeziehung, Beteiligung, Mitsprache, Mitwirkung, Mitbestimmung – der Begriff der gesellschaftlichen Partizipation hat all diese Facetten. Menschen können sich im Ehrenamt in Vereinen engagieren oder sich in politischen Organisationen aktiv an gesellschaftlichen Entscheidungen beteiligen, die für sie bedeutsam sind (Alisch 2020). Auch Bildung und Beteiligung am kulturellen Leben sind wichtige Dimensionen der gesellschaftlichen Teilhabe (Stiehr & Garrison 2020). Das Internet und seine Möglichkeiten für soziale Interaktion und gesellschaftliche Einflussnahme erlangt auch für die gesellschaftliche Partizipation im Alter eine zunehmend wichtige Rolle. Aufgrund ihrer Bedeutung werden in diesem Abschnitt vier Bereiche gesellschaftlicher Partizipation dargestellt: Ehrenamt und freiwilliges Engagement, politische Partizipation, Teilnahme an Bildungsaktivitäten und am kulturellen Leben sowie Internetzugang, -nutzung und -kompetenz von Menschen in der zweiten Lebenshälfte.

3.2.1 Ehrenamt und freiwilliges Engagement

Ehrenamt und freiwilliges Engagement sind wichtige Facetten der gesellschaftlichen Partizipation. Als freiwilliges Engagement werden Tätigkeiten gefasst, die freiwillig und gemeinschaftsbezogen ausgeübt werden, im öffentlichen Raum stattfinden und nicht auf materiellen Gewinn gerichtet sind (Simonson et al. 2022a). Die in der Engagement-Forschung in Deutschland verwendete Definition von freiwilligem Engagement schließt informelle

Nachbarschaftshilfe und Sorgearbeit nicht ein, da diese größtenteils nicht in der Öffentlichkeit stattfinden. Als Ehrenamt im engeren Sinne wird hingegen die Wahrnehmung eines Amtes im Bereich des freiwilligen Engagements, ebenfalls unentgeltlich ausgeübt, verstanden (Vogel & Romeu Gordo 2019). Ältere Menschen spielen eine substanzielle Rolle im freiwilligen Engagement und im Ehrenamt in Deutschland.

a) Beschreibung der Situation

Knapp ein Viertel der Menschen in der zweiten Lebenshälfte ist laut Befunden des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 in zivilgesellschaftlichen Gruppen oder Organisationen ehrenamtlich tätig (Tabelle 15). In den verschiedenen Altersgruppen ab 50 Jahren lagen die Ehrenamtsquoten zwischen 23,4 und 23,9 Prozent. Erst in der Altersgruppe der über 80-Jährigen war der Anteil der ehrenamtlich Engagierten deutlich geringer (10,5 %). Im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) wird ebenfalls das ehrenamtliche Engagement erfasst, also das organisationsgebundene zivilgesellschaftliche Engagement in Vereinen und Verbänden. Die auf dem SOEP basierenden Ergebnisse liegen etwas höher als die Befunde des DEAS, zeigen aber einen ähnlichen Trend: Im Jahr 2017 lag der Anteil der ehrenamtlich Engagierten bei den 65-Jährigen und Älteren bei 30 Prozent, gegenüber 34 Prozent bei den 17-bis 29-Jährigen, 33 Prozent bei den 30- bis 49-Jährigen und 35 Prozent bei den 50- bis 64-Jährigen (Alscher et al. 2021).

Ähnliche Befunde zeigen sich im Freiwilligensurvey, in dem es um freiwilliges Engagement insgesamt geht und nicht allein um ehrenamtliche Funktionen in Organisationen, wie sie der DEAS und das SOEP erfassen. Daher sind die Engagementquoten im Freiwilligensurvey auch höher als die im DEAS berichteten Ehrenamtsquoten. Bei der 5. Welle des Freiwilligensurveys stieg im Jahr 2019 der Anteil der Menschen, die sich freiwillig engagieren, vom jungen Erwachsenenalter bis zum mittleren Erwachsenenalter deutlich an (von 39,3 % bei den 20- bis 24-Jährigen bis auf 52,2 % bei den 40- bis 44-Jährigen) (Simonson et al. 2022b). Danach sank die Engagementquote, erreichte aber bei den 64- bis 69-Jährigen noch 40 Prozent und bei den 70- bis 74-Jährigen 37,1 Prozent. Erst im höheren und hohen Alter sank die Engagementquote deutlich (bei den 75- bis 79-Jährigen: 28,8 %, bei den 80- bis 84-Jährigen: 21,7 %, bei den 85-Jährigen und Älteren: 16,5 %) (Simonson et al. 2022b).

Die DEAS-Daten zeigen, dass Männer häufiger als Frauen ein Ehrenamt innehatten (Tabelle 15). Der Geschlechtsunterschied wird mit zunehmendem Alter größer. So war der Anteil der ehrenamtlich engagierten über 80-jährigen Männer mit 20,4 Prozent etwa fünfmal so hoch wie die Ehrenamtsquote hochaltriger Frauen (4,1 %) – was in direktem Zusammenhang mit den höheren Pflegeleistungsquoten der Frauen, nicht aber mit geringerer Engagement-Motivation steht (Overgaard et al. 2018). Insbesondere Frauen jenseits der 80 Jahre übernehmen häufig aufgrund ihrer informellen Sorgetätigkeit kein Ehrenamt, und zwar unabhängig von ihrem Bildungsstand (Tesch-Römer 2025).

Hoch gebildete Menschen sind im Durchschnitt zu größeren Anteilen ehrenamtlich tätig als Menschen mit niedriger und mittlerer Bildung. Die DEAS-Daten aus den Jahren 2020/2021 zeigen, dass auch die materielle Lage mit der Ausübung eines Ehrenamtes zusammenhängt: In der Gruppe der armutsgefährdeten Menschen im Alter von 50 bis 69 Jahren war die Ehrenamtsquote mit 12,1 Prozent nur halb so groß wie in den Gruppen der Personen mit mittlerem und höherem Einkommen (24,1 % bzw. 27,7 %). In der Altersgruppe der über 80-Jährigen wirkten sich Bildungs- und Einkommensunterschiede weniger auf die Ehrenamtsquote aus; im sehr hohen Alter sank die Quote in allen Statusgruppen ab (Tabelle 15). Der Freiwilligensurvey zeigt, dass sich im Zeitvergleich der Anteil freiwillig Engagierter in Deutschland zwischen 1999 und 2019 deutlich erhöht hat, auch bei älteren Menschen. Die über lange Zeit geringeren Engagementquoten von Frauen haben sich den Quoten der Männer angenähert (1999: Frauen 26,3 %, Männer 35,8 %; 2019 Frauen 39,2 %, Männer 40,2 %) (Simonson et al. 2022b).

Funktionale Einschränkungen spielen bei den 50- bis 59-Jährigen für die Übernahme einer ehrenamtlichen Tätigkeit noch eine geringe Rolle: In dieser Altersgruppe unterscheiden sich die Ehrenamtsquoten nicht (funktional eingeschränkte Personen: 23,7 Prozent, funktional nicht eingeschränkte Personen: 23,9 %). In der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen kommt es dann aber durchaus auf körperliche Leistungsfähigkeit an: Hier unterscheiden sich funktional eingeschränkte und nicht eingeschränkte Menschen in ihrer Ehrenamtsbeteiligung deutlich. Jenseits der 80 Jahre nähern sich die beiden Gruppen jedoch wieder an.

Tabelle 15 Altersgruppenunterschiede in dem Bereich Ehrenamt nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020), in Prozent

	Anteil der erwerbstätigen Personen			
	Alter in Jahren			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	**23,9**	**23,4**	**23,9**	**10,5**
Geschlecht				
Männlich	28,9	24,9	28,5	20,4
Weiblich	19,1	21,7	20,3	4,1
Bildung				
Niedrig/mittel	20,1	19,0	22,6	9,5
Hoch	30,2	29,9	26,0	13,3
Region				
West	23,7	25,2	25,8	11,5
Ost	24,9	15,9	17,5	5,7
Siedlungstyp				
Großstadt/städtischer Kreis	24,4	25,0	27,4	10,9
Ländlicher Kreis	22,9	20,5	16,9	9,8
Funktionale Einschränkung				
Nicht eingeschränkt	23,9	26,3	27,9	12,4
(Stark) eingeschränkt	23,7	18,1	15,1	9,2
	Alter in Jahren			
	50 bis 69		**70 +**	
Materielle Lage				
Armutsgefährdet	12,1		14,1	
Mittlere Einkommen	24,1		19,3	
Höhere Einkommen	27,7		16,8	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Bei der Beteiligung am Ehrenamt finden sich Alters-, Geschlechts- und Bildungseffekte. Es fällt aber auf, dass die Ehrenamtsquoten in allen Gruppen im zweistelligen Bereich (zwischen etwa 15 % und 35 %) lagen – lediglich in der Gruppe der hochaltrigen Frauen lagen die Quoten bei 3,9 Prozent (niedrige und mittlere Bildung) beziehungsweise 5 Prozent (hohe Bildung) (Kortmann 2025). Insbesondere für Frauen scheinen sich also im hohen Alter die Hürden beim Zugang zum Ehrenamt zu verstärken. Angesichts der Chancen für gesellschaftliche Partizipation, die mit dem Ehrenamt verbunden sind, zeigt sich hier möglicherweise eine Überschneidung von alters- und geschlechtsspezifischen Ungleichheiten. Wie bereits im Abschnitt 3.2 beschrieben, übernehmen in der zweiten Lebenshälfte deutlich mehr Frauen als Männer Sorgearbeit, insbesondere die Sorge um hilfe- und pflegebedürftige Angehörige, was die geringere Beteiligung von älteren Frauen am Ehrenamt erklären könnte (Overgaard et al. 2018). Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass der Zeitaufwand für Pflege- und Unterstützungs-

leistungen im Verlauf der zweiten Lebenshälfte stark zunimmt und häufig mit gesundheitlichen Belastungen einhergeht. Die „geringen" Engagementquoten von Frauen im sehr hohen Alter könnten also mit den hohen Pflegequoten im Zusammenhang stehen. Die überwiegend „weibliche" Sorgearbeit wird per Definition in der Engagementforschung nicht berücksichtigt, da sie größtenteils nicht in der Öffentlichkeit stattfindet. Durch den Fokus auf öffentliche und formalisierte Tätigkeiten zeigt die Engagementforschung insofern auch eine Verzerrung im Hinblick auf Geschlechterunterschiede, der bei der Interpretation der Ergebnisse und den abzuleitenden Schlussfolgerungen beachtet werden muss.

Auch die Unterschiede in den Engagementquoten nach Bildung müssen beachtet werden: Menschen mit höherer Bildung haben offenkundig größere Chancen auf Beteiligung an ehrenamtlichen und zivilgesellschaftlichen Organisationen. Dies liegt möglicherweise an Anknüpfungspunkten zum ehrenamtlichen Engagement, die sich im Rahmen beruflicher Tätigkeiten ergeben und die bei höher gebildeten Menschen zahlreicher sind als bei Menschen mit niedriger oder mittlerer Bildung. Hier stellt sich für zivilgesellschaftliche Organisationen die Aufgabe, auch für Menschen mit niedriger Bildung eine höhere Durchlässigkeit für den Zugang zu Ehrenämtern zu ermöglichen.

Der Wunsch nach Beteiligung am freiwilligen Engagement bleibt bis ins hohe Alter erhalten. Im Gegensatz zur eher geringen Beteiligung am freiwilligen Engagement besteht bei hochaltrigen Menschen durchaus der Wunsch nach Möglichkeiten für Engagement (Reissmann & Wagner 2023). So ist in älteren Altersgruppen der Anteil von Personen mit gesundheitlichen Alltagseinschränkungen, die einem freiwilligen Engagement nachgehen, besonders niedrig (Müller, D. & Tesch-Römer 2017). Das Nachlassen des freiwilligen Engagements im Alter kann außer auf Pflegeverpflichtungen auch auf verschiedene andere Faktoren wie gesundheitliche Einschränkungen, den Verlust von sozialen Kontakten oder andere Prioritätensetzungen zurückgeführt werden (Tomasik et al. 2017), aber auch auf gesellschaftliche Normen, die älteren Menschen den Rückzug aus gesellschaftlichen Rollen und Aktivitäten nahelegen oder vorschreiben (de Paula Couto et al. 2022a; North & Fiske 2013: siehe Kapitel 6). Es sollte stärker über Angebote und Möglichkeiten für freiwilliges Engagement sehr alter Frauen und Männer nachgedacht werden, die den jeweiligen Interessen, Fähigkeiten und Erfahrungen entsprechen.

In allen Altersgruppen (ab 14 Jahren) ist Spaß an gemeinsamen Aktivitäten die Hauptmotivation für freiwilliges Engagement (Müller, D. & Tesch-Römer 2017). Freiwilliges Engagement ist bis ins hohe Alter zumeist eine selbstbestimmte Tätigkeit. Allerdings verschiebt sich die Motivationsstruktur mit dem Alter: In der Altersgruppe der über 65-Jährigen wurden die Motive, „mit anderen Generationen zusammenkommen" (72,3 %), „mit anderen Menschen zusammenkommen" (70,8 %) und die „Gesellschaft mitgestalten" (63,2 %) häufiger genannt als in jüngeren Altersgruppen (zum Vergleich die entsprechenden Zustimmungsraten für die Altersgruppe der 14- bis 25-Jährigen: 43,4 %, 55,7 % und 47,3 %) (Müller, D. & Tesch-Römer 2017). Bei der Gestaltung von Angeboten für freiwilliges Engagement, die sich an ältere Menschen richten, sollte diese Motivstruktur berücksichtigt werden.

In der öffentlichen und wissenschaftlichen Debatte wird häufig auf die wichtige Funktion des freiwilligen Engagements hingewiesen, zum Zusammenhalt der Gesellschaft beizutragen und die Demokratie zu stärken (Alscher et al. 2021; Kausmann et al. 2022). So bewerten freiwillig Engagierte die Demokratie häufiger positiv als nicht-engagierte Personen. Der Anteil der Personen, die die Demokratie nicht für eine geeignete Regierungsform halten, beträgt bei engagierten Personen etwa 5 Prozent, bei nicht-engagierten Personen etwa 12 Prozent (Karnick et al. 2022). Dies bedeutet, dass die überwiegende Mehrheit der engagierten Menschen positiv zur Demokratie steht. Eine hohe Beteiligung älterer Menschen an Ehrenamt und freiwilligem Engagement birgt deshalb auch positives Potenzial für die Gesellschaft insgesamt, auch wenn eine kleine Minderheit von engagierten Personen der Demokratie ablehnend gegenüberstehen. Auch auf individueller Ebene zeigen sich positive Wirkungen freiwilligen Engagements: Für die Lebensqualität älterer Menschen hat freiwilliges Engagement oder ein Ehrenamt positive Wirkungen, etwa für subjektives Wohlbefinden und Gesundheit (Kim, E. S. et al. 2020; Piliavin & Siegl 2007). Freiwilliges Engagement kann sich also sowohl auf die Gesellschaft als auch auf die engagierten Individuen förderlich auswirken – ein wichtiger Grund, Engagement-Angebote für ältere, insbesondere hochaltrige Menschen auszubauen.

c) Handlungsoptionen

Mit der im Jahr 2010 verabschiedeten Engagementstrategie hatte es sich die Bundesregierung zur Aufgabe gemacht, die Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement zu verbessern, nachhaltig zu fördern und eine Kultur der Anerkennung zu schaffen. Dabei ist die aktuelle Überarbeitung der Engagementstrategie der Bundesregierung eine Chance, die Rollen älterer Menschen im freiwilligen Engagement neu zu bewerten. Eine Neubewertung sollte die Erfahrungen, die Kompetenzen und den Gestaltungswillen älterer Menschen hervorheben, die sich freiwillig

engagieren. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Perspektive, dass freiwilliges Engagement sowohl die freiwillige Übernahme von Aufgaben bedeutet und zugleich individuelle Chancen auf gesellschaftliche Partizipation bietet. Diese Chancen sind ungleich verteilt: Höhere Bildung und höheres Einkommen gehen auch im Alter häufig mit größeren Chancen auf diese Form gesellschaftlicher Mitwirkung einher. Zudem wird es mit zunehmendem Alter nicht einfacher, als „Einsteiger*in" neu mit freiwilligem Engagement zu beginnen. Förderung des Engagements sollte daher nicht allein das freiwillige Engagement lebenslang Engagierter in den Blick nehmen, sondern auch die Gestaltung des Neubeginns freiwilligen Engagements im (hohen) Alter. Bei der Überarbeitung der Engagementstrategie des Bundes sollten deshalb Vielfalt und Ungleichheit im Alter berücksichtigt werden.

Länder und Kommunen haben wichtige Aufgaben bei der Engagementförderung, zum Beispiel die Förderung von Freiwilligenagenturen, Senior*innenbüros oder Selbsthilfekontaktstellen (BAGSO 2024). Für die Koordinierung der Engagementpolitik auf Landesebene und vor Ort ist es sinnvoll, Koordinierungsstellen auf Landesebene einzurichten, um Erfahrungsaustausch und Vernetzung zu ermöglichen. Besondere Bedeutung bei der Engagementförderung vor Ort kommt den kommunalen Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäusern zu. Diese sind bislang nicht in allen Kreisen und Gemeinden vorhanden. Es ist eine gemeinsame Aufgabe der Länder und der Kommunen, kommunale Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser flächendeckend einzurichten. Diese Einrichtungen sollten ausreichend finanziert werden, um hauptamtlich tätige Fachkräfte zu beschäftigen, die Kommunen, Organisationen und Vereine beraten, wie und wo freiwillig Engagierte tätig werden können und welcher spezifischen Unterstützung sie bedürfen. Auch hier ist es notwendig, Angebote für ein Engagement insbesondere für ältere Menschen zu machen, um deren Chancen auf gesellschaftliche Partizipation und Integration zu verbessern.

Die etwa 600.000 Organisationen der Zivilgesellschaft (Krimmer & Priemer 2013) sind gefordert, älteren Menschen Gelegenheiten für freiwilliges Engagement zu bieten. Zivilgesellschaftliche Organisationen werden häufig von älteren Menschen getragen – insbesondere von gut gebildeten älteren Männern. Hier ist es sinnvoll und wichtig, dass sich zivilgesellschaftliche Organisationen der Vielfalt des Alters öffnen, um ehrenamtliche Positionen stabil, aber auch divers besetzen zu können. Daneben sollten Vereine und Initiativen prüfen, ob und inwiefern altersdiskriminierende Praktiken die Mitarbeit älterer Menschen in den jeweiligen Arbeitsfeldern und Gremien erschweren. Gegebenenfalls sollten Organisationen des zivilgesellschaftlichen Engagements Maßnahmen gegen Altersdiskriminierung im Bereich des freiwilligen Engagements ergreifen.

3.2.2 Politische Partizipation

Politische Partizipation ist ein Aspekt der Beteiligung von Menschen am öffentlichen Leben und zielt auf die Mitwirkung an gesellschaftlichen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen (van Deth 2009). Die grundlegende Form der politischen Partizipation in einer parlamentarischen Demokratie ist die Teilnahme an Wahlen, als Staatsbürgerrecht festgelegt im Artikel 20 des Grundgesetzes. Aber auch das Sammeln von Unterschriften, das Demonstrieren oder der Boykott von Produkten sind Formen der politischen Partizipation. Voraussetzung für politisches Handeln ist das Interesse an Politik oder der Wunsch zur politischen Mitgestaltung.

a) Beschreibung der Situation

Das Interesse am politischen Geschehen ist bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte hoch – und es fällt mit dem Alter nicht ab (Tabelle 16, Spalte A): Bei den 50- bis 59-Jährigen interessierten sich im Jahr 2020/2021 45,9 Prozent stark oder sehr stark für Politik, bei den 60- bis 69-Jährigen 52,2 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 59,2 Prozent und bei den über 80-Jährigen 52,8 Prozent.

Es zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Merkmale Geschlecht (mit größeren Anteilen politisch Interessierter bei Männern), Bildung (mit größeren Anteilen politisch Interessierter bei Hochgebildeten) sowie materieller Lage (mit den größten Anteilen politisch Interessierter bei den Personen mit dem höchsten Einkommen). Es ist allerdings hervorzuheben, dass der Anteil der politisch Interessierten bei den armutsgefährdeten Personen von 29,1 Prozent (bei den 50- bis 69-Jährigen) auf 53,8 Prozent (bei den 70-Jährigen und Älteren) stieg und damit ähnlich hoch war wie bei den Personen mit mittlerem Einkommen. In der Stadt war das politische Interesse größer als auf dem Land. Während das Interesse an Politik im hohen Alter in ländlichen Regionen abnahm (bei den über 80-Jährigen: 42,1 %), blieb es in städtischen Regionen stabil hoch (bei den über 80-Jährigen: 60,8 %).

Trotz hohem Interesse an der Politik fallen die Anteile der Personen, die Mitglied in Bürger*inneninitiativen, Gewerkschaften, Unternehmens- oder Berufsverbänden oder politischen Parteien sind, mit zunehmendem Alter stark ab. Waren im Jahr 2020/2021 bei den 50- bis 59-Jährigen etwas mehr als ein Drittel Mitglied in einer

politischen Organisation (35,3 %), waren es bei den über 80-Jährigen nur noch 17,5 Prozent (Tabelle 16, Spalte B), was vermutlich zu weiten Teilen auf das Ausscheiden aus dem aktiven Berufsleben und entsprechenden Berufsverbänden und Gewerkschaften zurückgeht.

Soziale Ungleichheiten fallen in diesem zentralen Bereich der gesellschaftlichen Partizipation klar ins Auge: Es gibt deutliche Unterschiede nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp und materieller Lage. Frauen, Menschen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen sowie Menschen in Ostdeutschland und in ländlichen Räumen sind zu einem geringeren Anteil politisch organisiert. Die Altersunterschiede fallen in den eher bevorzugten Gruppen weniger stark aus als in den benachteiligten Gruppen. So fiel im Jahr 2020/2021 die Mitgliedschaftsquote in einer politischen Organisation bei Männern von 44,7 Prozent (bei den 50- bis 59-Jährigen) auf 32,4 Prozent (bei den 80-Jährigen und Älteren), bei Frauen dagegen von 26,1 Prozent (bei den 50- bis 59-Jährigen) auf 8 Prozent (bei den 80-Jährigen und Älteren) (Tabelle 16, Spalte B). Von den sehr alten Frauen (80 Jahre und älter) mit hoher Bildung waren 5,9 Prozent Mitglied einer politischen Organisation, von den sehr alten Frauen (80 Jahre und älter) mit niedriger/mittlerer Bildung 8,4 Prozent. Im Gegensatz dazu lagen diese Werte bei sehr alten Männern (80 Jahre und älter) deutlich höher, nämlich bei 27,4 Prozent (hochbetagte Männer mit niedriger/mittlerer Bildung) beziehungsweise 38,3 Prozent (hochbetagte Männer mit hoher Bildung) (Kortmann 2025). Insbesondere Frauen jenseits der 80 Jahre sind also kaum in politischen Organisationen vertreten, und zwar unabhängig von ihrem Bildungsstand.

Tabelle 16 Altersgruppenunterschiede in politischer Partizipation nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020), in Prozent

	(A)				(B)			
	Anteil der Personen, die sich für Politik interessieren				Anteil der Personen, die Mitglied in einer politischen Organisation sind			
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +
Insgesamt	45,9	52,2	59,2	52,8	35,3	28,5	22,5	17,5
Geschlecht								
Männlich	58,5	59,3	69,4	62,3	44,7	35,0	32,5	32,4
Weiblich	32,3	45,0	51,2	46,4	26,1	21,3	14,7	8,0
Bildung								
Niedrig/mittel	34,1	43,4	51,8	43,9	29,8	21,4	18,6	14,2
Hoch	65,1	65,0	69,6	77,7	44,3	38,7	28,8	26,7
Region								
West	46,0	53,3	59,7	52,8	36,3	29,8	26,5	20,0
Ost	45,5	47,6	57,3	52,6	30,7	22,8	9,2	6,4
Siedlungstyp								
Großstadt/städtischer Kreis	48,0	52,7	62,6	60,8	39,6	31,0	20,7	19,6
Ländlicher Kreis	41,6	51,2	52,6	42,1	26,4	23,8	25,9	14,1
Funktionale Einschränkung								
Nicht eingeschränkt	48,2	52,8	57,4	52,8	33,6	27,6	24,9	23,6
(Stark) eingeschränkt	38,1	52,5	63,2	50,7	39,0	30,7	17,6	13,1

	(A)		(B)	
	Anteil der Personen, die sich für Politik interessieren		**Anteil der Personen, die Mitglied in einer politischen Organisation sind**	
	Alter in Jahren		**Alter in Jahren**	
	50 bis 69	**70 +**	**50 bis 69**	**70 +**
Materielle Lage				
Armutsgefährdet	29,1	53,8	14,1	5,1
Mittlere Einkommen	45,6	53,9	30,8	21,8
Höhere Einkommen	58,8	72,4	43,7	27,8

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

Betrachtet man die politische Partizipation (abgefragt als die Mitarbeit in einer politischen Organisation, die Teilnahme an Demonstrationen, Kontakte zur Politik, die Teilnahme an Unterschriftenaktionen sowie den Boykott von Produkten), so zeigen die Befunde des Freiwilligensurveys 2019, dass sich ein substanzieller Anteil der 65-Jährigen und Älteren beteiligt haben, dieser Anteil war jedoch deutlich kleiner als der entsprechende Anteil bei den jüngeren Altersgruppen. Der Anteil der Personen, die angeben, sich in irgendeiner Form politisch zu beteiligen, lag bei den Altersgruppen der 14- bis 64-Jährigen bei über 50 Prozent – bei den 65-Jährigen und Älteren betrug diese Quote nur 40,3 Prozent (Arriagada & Tesch-Römer 2022). Bei der Analyse der Wahlbeteiligung unterschiedlicher Altersgruppen zeigte sich bei den Bundestagswahlen seit 1972 eine mit dem Alter steigende Wahlbeteiligung, allerdings nur bis zum Alter von 70 Jahren.[22] Bei noch älteren Altersgruppen nahm die Wahlbeteiligung leicht, aber über alle Bundestagswahlen hinweg ähnlich ab.[23] Weitere Analysen zeigten, dass der Rückgang der Wahlbeteiligung im hohen Alter vor allem bei Frauen, nicht aber bei Männern zu beobachten war (Kobold & Schmiedel 2018).

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Im hohen Alter wirken Frauen, gering gebildete Menschen, armutsgefährdete Menschen und Menschen in Ostdeutschland besonders selten in politischen Organisationen mit. Hervorzuheben ist dabei die Situation von Frauen im hohen Alter (Kortmann 2025). Hochbetagte Frauen (80 Jahre und älter) sind sehr selten Mitglieder in politischen Organisationen, und zwar unabhängig von ihrem Bildungsstand. Auch die Wahlbeteiligung geht im hohen Alter etwas zurück, wiederum insbesondere bei Frauen (Kobold & Schmiedel 2018). Daneben ist hervorzuheben, dass Gefühle der Anomie – Wahrnehmung einer Entfremdung von der Gesellschaft und der Nichtzugehörigkeit zur Gesellschaft – im hohen Alter zunehmen. Befunde des Hochaltrigensurveys zeigen, dass diese Gefühle bei Frauen und Menschen mit niedriger Bildung besonders häufig sind (Reissmann & Wagner 2023).

Das Interesse an Politik steigt in der zweiten Lebenshälfte etwa bis zum 80. Lebensjahr an – und ist auch jenseits eines Alters von 80 Jahren trotz eines leichten Rückgangs weiterhin hoch, und zwar bei Frauen wie bei Männern. Dies kontrastiert mit einer insbesondere im hohen Alter geringen politischen Partizipation. Gerade hochaltrigen Frauen und Männern sollte es deshalb ermöglicht werden, sich trotz funktionaler Einschränkungen (wie z. B. Einschränkungen der Mobilität oder Hörbeeinträchtigungen) politisch zu beteiligen. Dies ist von besonderer Bedeutung für die basale politische Beteiligung in einer parlamentarischen Demokratie: der Beteiligung an Kommunal-, Landes- und Bundestagswahlen. Es ist dafür Sorge zu tragen, dass alle Bevölkerungsgruppen in gleicher Weise die Möglichkeit haben, politisch partizipieren zu können. Das gilt in besonderer Weise für sehr alte Menschen – und zwar speziell für hochbetagte Frauen – sowie für Menschen, die in Pflegeeinrichtungen leben.

---

22 https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/wahlbeteiligung.html [Zugriff am 11. Juni 2024].

23 Bei der Bundestagswahl 2021 gab es bei den verschiedenen Altersgruppen die folgende Wahlbeteiligung: 18-20 Jahre: 71 Prozent, 21-24 Jahre: 71 Prozent, 25-29 Jahre: 72 Prozent, 30-34 Jahre: 73 Prozent, 35-39 Jahre: 75 Prozent, 40-44 Jahre: 76 Prozent, 45-49 Jahre: 78 Prozent, 50-59 Jahre: 80 Prozent, 60-69 Jahre: 80 Prozent, 70 Jahre und älter: 75 Prozent.

c) Handlungsoptionen

Angesichts des leichten Rückgangs der Wahlbeteiligung hochbetagter Menschen (vor allem hochbetagter Frauen) ist es notwendig, es allen sehr alten Menschen auch praktisch zu ermöglichen, selbstbestimmt an Wahlen teilzunehmen, unabhängig von ihrer Lebens- und Wohnsituation. Gerade die Sicherstellung der Wahlmöglichkeiten in institutionalisierten Wohnformen, wie etwa Pflegeeinrichtungen, ist von großer Bedeutung.

Auf der Ebene von Ländern und Kommunen können ältere Menschen über Landessenior*innenvertretungen oder kommunalen Senior*innenbeiräten an der Vorbereitung politischer Entscheidungen beteiligt werden. Die Funktion dieser Vertretungen ist es, Ansprechpartner*innen für die ältere Generation zu sein, ihre spezifischen Interessen aufzunehmen, zu bündeln, in der Öffentlichkeit zu vertreten sowie politische Gremien zu beraten, zum Beispiel indem sie zu Gesetzesvorhaben oder Förderprogrammen Stellung nehmen (von Blanckenburg 2020). Auf der Länderebene bilden die Senior*innenmitwirkungsgesetze den Rahmen für die Vertretung der Interessen älterer Menschen. Allerdings haben bislang (Juni 2024) nur fünf Bundesländer ein Senior*innenmitwirkungsgesetz verabschiedet (Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen), in weiteren vier Bundesländern ist eine formale Grundlage für die politische Mitwirkung älterer Menschen auf der Landesebene in den Gemeindeordnungen enthalten (Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein). In den sieben übrigen Bundesländern gibt es bislang keine formale Grundlage für die politische Mitwirkung von Senior*innenvertretungen in der Kommunalpolitik (Berner 2023).

Um die Arbeit der Senior*innenvertretungen als wichtigen Einflusskanal der politischen Partizipation älterer Menschen zu stärken und flächendeckend als Standard zu etablieren, sind mehrere Maßnahmen sinnvoll, die im Wesentlichen in die Verantwortung der Landesgesetzgeber fallen. Erstens sollte die Einrichtung von kommunalen Senior*innenvertretungen auf Landesebene als Pflichtaufgabe der Kommunen verankert und geregelt werden. Das ist im Rahmen der Gemeinde- und Kreisordnungen der Länder oder durch Senior*innenmitwirkungsgesetze möglich. Als Beispiel kann das Berliner Senior*innenmitwirkungsgesetz des Landes Berlin dienen, das im Jahr 2006 beschlossen und im Jahr 2011 novelliert wurde. Zweitens sollten demokratische Strukturen gestärkt werden, indem Senior*innenbeiräte nicht mehr nach einem in einer Satzung festgelegten Schlüssel von der Spitze der kommunalen Politik berufen, sondern von den Bürger*innen direkt gewählt werden (BAGSO 2020; DGB 2020).

Neben formalisierten Beteiligungsmöglichkeiten durch Senior*innenbeiräte ist es sinnvoll, die Beteiligung älterer Menschen in Gremien wie Runden Tischen oder Stadtteil- beziehungsweise Sozialraumkonferenzen zu stärken. Ebenso können ältere Menschen selbst zum Beispiel über aktivierende Befragungen, Zukunftswerkstätten oder Bürgerforen beteiligt werden, um die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Angebote in der Altenhilfe zu erhöhen.

Schließlich ist auch an jene Potenziale zu denken, die in der Beteiligung älterer Menschen an der politischen Bildung liegen. Viele ältere Menschen könnten ihre Lebenserfahrung und ihr Erfahrungswissen in die politische Bildung einbringen, etwa in der Zeitzeugenarbeit. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass höheres Alter nicht notwendigerweise mit einer positiven Einstellung zur Demokratie einhergehen muss. In einer Studie zu rechtsextremen Einstellungen in Deutschland zeigte sich, dass die über 60-Jährigen durchgängig die höchsten Werte in der Zustimmung zu rechtsextremen Positionen erreichten (Decker et al. 2010). Unabhängig vom Alter ist es daher wichtig, Ressourcen und Programme bereitzustellen, die Menschen in die Lage versetzen, als Multiplikator*innen demokratischer Werte zu agieren (Albrecht 2011).

Ältere Menschen als Wähler*innen

Der demografische Wandel bringt es mit sich, dass ein immer größerer Anteil der Wahlberechtigten etwa bei Bundestags-, Landtags- oder Kommunalwahlen im höheren Lebensalter ist. So wuchs der Anteil der über 60-Jährigen an allen Wahlberechtigten von 32 Prozent bei der Bundestagswahl 2002 auf 38,8 Prozent bei der Bundestagswahl 2021 an. Im Jahr 2040 könnten 60-Jährige und Ältere etwa 40 Prozent der Wahlberechtigten ausmachen (Künemund 2006). Zugleich lag die Wahlbeteiligung in den älteren Altersgruppen (zumindest in den Gruppen der 50- bis 59-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen) bei Bundestagswahlen immer etwas höher als in anderen Altersgruppen (Der Bundeswahlleiter 2022).

Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen hält sich schon seit den 1990er Jahren in Deutschland die These, die Bundesrepublik Deutschland werde zu einer „Gerontokratie“ (Schüller 1995). Bei wachsenden Anteilen älterer Menschen in der Wahlbevölkerung würden die älteren Menschen, so die Befürchtung, als politische Gruppierung zunehmend gewichtig und könnten infolgedessen ihre altersgruppenspezifischen Interessen besser als (im Extremfall sogar gegen) andere Altersgruppen durchsetzen. Politikwissenschaftliche Studien widersprechen allerdings der Gerontokratie-These (Goerres 2009; Schmidt, M. G. 2015; Schroeder et al. 2008). Es

gibt keine empirischen Belege, dass sich in Deutschland bisher altersgruppenrelevante Themen politisch „bündeln“ und kanalisieren ließen, geschweige denn die Stimmenabgabe bei Wahlen beeinflussen würden. Das Potenzial zur Mobilisierung einheitlicher Interessen älterer Menschen scheint gering. Hier spiegelt sich die Vielfalt der Lebenssituationen älterer Menschen: Alter ist kein Merkmal, das über andere Merkmale sozioökonomischer Unterschiede hinweg eine einheitliche Interessenlage begründen kann (Schroeder et al. 2008). Zudem ist in Deutschland derzeit keine „schlagkräftige“ „Senior*innenpartei“ in Sicht. Auch dies wird in der politikwissenschaftlichen Literatur übereinstimmend damit begründet, dass sich die Lebenslagen älterer Menschen je nach Geschlecht, Einkommen, Bildung, Gesundheitszustand und anderen Merkmalen so stark unterscheiden, dass von einer einheitlichen Interessenlage der Älteren keine Rede sein kann. Ältere Menschen sind nur in geringem Maße in ihrer Eigenschaft als Ältere politisch organisiert (Berner 2023).

In der Politik ist jedoch zuweilen die Tendenz zu erkennen, die – vermuteten – politischen Interessen der älteren Menschen bevorzugt zu „bedienen“, um auf diese Weise Wählerstimmen zu gewinnen. Aus solchen Beobachtungen speist sich die Annahme einer „latenten Altenmacht“, wonach mit der Größe des Anteils der älteren Menschen in der Wählerschaft ihre latente politische Macht steige (Munimus 2012; Schmidt, M. G. 2015). Betrachtet man die unterschiedlichen Befunde zusammenfassend, kann jedoch nicht bestätigt werden, dass ältere Menschen durch ihr Wahlverhalten oder durch ihr Engagement in politischen Organisationen spezifische Interessen ihrer Altersgruppe durchsetzen würden: „Eine Gerontokratie ist nicht in Sicht. […] Jung und Alt [sind], wie Umfragen zeigen, nicht in einen unversöhnlichen Konflikt verstrickt“ (Schmidt, M. G. 2015: 93).

3.2.3 Teilnahme am kulturellen Leben und Bildungsaktivitäten

Bildung hat für die individuelle Entwicklung eines Menschen nicht nur in Kindheit und Jugend, sondern auch im höheren und hohen Alter eine zentrale Bedeutung (Schramek et al. 2018). Bildungsaktivitäten im Alter können im engeren Sinn die Teilnahme an Kursen, Seminaren und Vorlesungen umfassen. Im weiteren Sinn bietet zum Beispiel auch ein freiwilliges Engagement Gelegenheiten, neue Dinge zu erlernen. Mit kulturellen Aktivitäten, also etwa dem Besuch von Konzerten, Theateraufführungen, Opern, Museen, Galerien oder Kunstausstellungen nehmen ältere Menschen ebenfalls am gesellschaftlichen Leben teil (Wagner & Geithner 2023).

a) Beschreibung der Situation

Besuche von Konzerten, Theateraufführungen, Opern, Museen, Galerien oder Kunstausstellungen gehören zur Teilnahme am kulturellen Leben. Der Anteil der Personen, die im Jahr 2020/2021 angaben, in den letzten 12 Monaten solche Aktivitäten unternommen zu haben, ist hoch (Tabelle 17, Spalte A). Bis in die Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen lag der Anteil der kulturell aktiven Menschen bei etwa zwei Dritteln, sank aber bei den 80-Jährigen und Älteren auf 44 Prozent. Auch hier unterscheiden sich Bildungs- und Einkommensgruppen, in allen Altersgruppen zu Ungunsten von Menschen mit niedriger Bildung und geringem Einkommen. Auch die funktionale Gesundheit beeinflusst die Teilhabe. Der Anteil kulturell aktiver Personen ist in der Gruppe der funktional Eingeschränkten geringer als in der Gruppe der funktional nicht eingeschränkten Personen, was auf Teilhabebarrieren auch in diesem Bereich hindeutet. Hervorzuheben ist, dass sehr alte Frauen (80 Jahre und älter) mit niedriger/mittlerer Bildung deutlich weniger am kulturellen Leben beteiligt sind als andere Gruppen: Nur 32,8 Prozent der hochbetagten Frauen mit niedriger Bildung gaben an, sich in den letzten 12 Monaten kulturell beteiligt zu haben (Kortmann 2025).

Der Anteil der Personen, die mindestens gelegentlich Kurse oder Vorträge besuchen, nimmt mit dem Alter stetig ab (Tabelle 17, Spalte B). In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen liegt der Anteil der Bildungsaktiven bei 46 Prozent, bei den 60- bis 69-Jährigen bei 37,2 Prozent, bei den 70- bis 79- Jährigen bei 24,8 Prozent und bei den 80-Jährigen und Älteren bei 11,8 Prozent. Auch in diesem Bereich sind Bildung, Einkommen und funktionale Gesundheit von Bedeutung: Der Anteil der Bildungsaktiven ist in den benachteiligten Gruppen der Menschen mit niedriger Bildung, geringem Einkommen beziehungsweise mit funktionalen Einschränkungen geringer als in den privilegierteren Gruppen (hohe Bildung, mittleres oder hohes Einkommen, keine funktionalen Einschränkungen). Geschlechtsunterschiede in Bildungsaktivitäten finden sich nur in der höchsten Altersgruppe (80 Jahre und älter): Während der Anteil der bildungsaktiven 80-jährigen und älteren Männer bei 18,6 Prozent liegt, liegt er bei den Frauen derselben Altersgruppe bei nur 7,4 Prozent. Die mit Abstand geringsten Beteiligungsraten finden sich bei Frauen und Männern im hohen Alter, die über eine niedrige/mittlere Bildung verfügen (Männer 9,1 % und Frauen 5,3 %) (Kortmann 2025).

Tabelle 17 Altersgruppenunterschiede im Bereich „Teilnahme am kulturellen Leben und Bildungsaktivitäten“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Einschränkung und materieller Lage (2020/2021), in Prozent

	(A)				(B)			
	Anteil der Personen, die am kulturellen Leben teilnehmen (in Prozent)				Anteil der Personen, die sich an Bildungsaktivitäten beteiligen (in Prozent)			
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +
Insgesamt	**66,3**	**67,4**	**65,1**	**44,0**	**46,0**	**37,2**	**24,8**	**11,8**
Geschlecht								
Männlich	69,2	67,8	69,4	52,2	48,1	38,3	24,1	18,6
Weiblich	63,5	66,9	61,8	38,7	43,9	35,9	25,4	7,4
Bildung								
Niedrig/mittel	56,2	58,3	56,6	36,9	34,8	24,6	20,2	6,4
Hoch	83,0	80,7	79,1	64,6	64,3	55,5	32,4	27,2
Region								
West	65,7	69,1	65,6	47,2	48,2	38,7	26,9	12,8
Ost	69,5	60,0	63,7	29,5	36,0	31,1	17,8	7,3

	(A)				(B)			
	Anteil der Personen, die am kulturellen Leben teilnehmen (in Prozent)				Anteil der Personen, die sich an Bildungsaktivitäten beteiligen (in Prozent)			
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +	50 bis 59	60 bis 69	70 bis 79	80 +
Siedlungstyp								
Großstadt/städtischer Kreis	65,8	69,4	65,9	44,5	48,2	39,4	24,8	14,8
Ländlicher Kreis	67,4	63,5	63,6	43,2	41,5	33,1	24,8	6,8
Funktionale Einschränkung								
Nicht eingeschränkt	68,3	71,1	70,2	51,2	48,9	40,2	29,9	14,9
(Stark) eingeschränkt	61,3	59,4	53,8	36,1	38,5	30,2	12,9	9,6
	Alter in Jahren				Alter in Jahren			
	50 bis 69		70 +		50 bis 69		70 +	
Materielle Lage								
Armutsgefährdet	32,8		26,9		14,6		7,8	
Mittlere Einkommen	66,3		58,2		38,9		18,5	
Höhere Einkommen	78,7		71,5		59,1		32,3	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Mit zunehmendem Alter nehmen Menschen weniger am kulturellen Leben und an Bildungsaktivitäten teil. Zwar ist der Anteil der kulturell und bildungsbezogen Aktiven bei Menschen mit höherer Bildung und höherem Einkommen deutlich größer als bei Menschen mit niedriger Bildung und niedrigem Einkommen. Nichtsdestotrotz findet sich in allen Bevölkerungsgruppen ein deutlicher Altersgradient: Das Alter bringt für viele Menschen eine immer stärker werdende Distanz zu den Bereichen kulturelles Leben und Bildung.

An dieser Stelle sei auf ein Defizit in der Bildungsberichterstattung hingewiesen: Das Thema Bildung im (hohen) Alter wird dort nicht behandelt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020; Blaeschke & Freitag 2021; Ehlert 2021). Hier besteht ein deutlicher Nachholbedarf, denn es liegen aus Studien mit bevölkerungsrepräsentativen Stichproben bislang keine Befunde zu Wünschen älterer Menschen vor, am kulturellen Leben und Bildungsaktivitäten teilzunehmen. Empirische Befunde finden sich nur für die Motive älterer Menschen, die bereits an Bildungsaktivitäten teilnehmen. Die Motive „Erwerb neuer Kenntnisse und Fertigkeiten“, „etwas sinnvolles tun“ und „Training geistiger Fähigkeiten“ werden dabei am häufigsten genannt (Kolland 2016).

Bildungsprozesse sind vielschichtige Phänomene: Neben Praktiken der Selbstoptimierung im Sinne eines aktiven Alterns stehen selbstreflexive Prozesse der Persönlichkeitsentwicklung oder zweckfreie Formen des Wissenserwerbs (Breinbauer 2020). Trotz unterschiedlicher Ausrichtungen verschiedener Bildungsformate ist davon auszugehen, dass der Einbezug in soziale Interaktionen und geistige Aktivitäten grundsätzlich anregend und gesundheitsfördernd ist (Morrow-Howell et al. 1999).

c) Handlungsoptionen

Bildungs- und Kulturpolitik fällt in die Hoheit und Verantwortung der Bundesländer. Die Bundesländer sollten weiterhin in die Entwicklung von Konzepten und Strukturen lebenslanger Bildung investieren. Hierbei sollten Vielfalt und Ungleichheit im Alter in den Blick genommen werden. Höhere Bildung und höheres Einkommen gehen mit mehr Bildungsaktivitäten und mehr Teilhabe am kulturellen Leben einher. Bei der Planung von Bildungsangeboten und von kulturellen Angeboten sollte der Blick deshalb insbesondere auf jene Gruppen gerichtet werden, die lebenslang weniger stark an Bildungsaktivitäten partizipieren konnten. Bildungsprozesse sind

voraussetzungsvoll und können als herausfordernd und anstrengend erlebt werden (Kolland 2016). Dies bedeutet, dass es niedrigschwelliger und kostenloser Möglichkeiten von Lern- und Bildungsmöglichkeiten im sozialen Nahraum bedarf, die auf die Interessen älterer, und insbesondere hochaltriger Menschen mit unterschiedlichen Bildungshintergründen zugeschnitten sind.

Studieren in der zweiten Lebenshälfte

Seitdem die ersten Hochschulen in den 1980er Jahren Initiativen ergriffen haben, bieten mittlerweile die meisten staatlichen Hochschulen Angebote für ein sogenanntes Senior*innenstudium an. Ein einheitliches Modell des Senior*innenstudiums existiert allerdings nicht, das Lehrangebot reicht von der Teilnahme an regulären Lehrveranstaltungen im Regelbetrieb über spezielle Vorlesungen oder Seminare für Senior*innenstudierende bis zu strukturierten Studienprogrammen.[24] In fast allen Bundesländern ist das Senior*innenstudium nicht an einen Schulabschluss oder Bildungsstand gekoppelt. Eine Ausnahme ist Bayern, wo Senior*innenstudierende einer allgemeinen oder fachgebundene Hochschulzugangsberechtigung (d. h. Abitur oder anerkannte berufliche Qualifikation) bedürfen.[25] Diese Zugangsvoraussetzung ist problematisch in Anbetracht der Tatsache, dass älteren Frauen der aktuell älteren Generationen häufig Bildungsabschlüsse verwehrt blieben beziehungsweise diese nicht in eigenen Bildungsambitionen gefördert wurden.

Betrachtet man die Altersstruktur von regulär eingeschriebenen Studierenden an deutschen Hochschulen, so zeigt sich, dass nur wenige Menschen in der zweiten Lebenshälfte einem Studium nachgehen. Im Wintersemester 2022/23 waren knapp 4000 Studierende der etwa 2,9 Millionen Studierenden in Deutschland älter als 65 Jahre. Zentrale Motive für ein Studium sind in der Regel die Erweiterung von Allgemeinbildung, eigene Bildungsinteressen zu befriedigen und andere Ansichten kennenzulernen (Lechner et al. 2020). Möglicherweise zeigt sich an der geringen Zahl regulär eingeschriebener Studierenden, dass sich die Bildungspolitik immer noch implizit an der traditionellen Lebenslaufstruktur der Entwicklung des Menschen über die Lebensspanne orientiert. Damit wird das volkswirtschaftliche und persönliche Potenzial hochschulischer Bildung älterer Menschen nicht ausreichend genutzt (Kolland et al. 2011; Köster, D. 2009).

Bisher ist noch keine deutsche Universität Mitglied des internationalen Age-Friendly University (AFU) Global Network.[26] Dieses besteht aus Hochschulen auf der ganzen Welt, die sich dazu verpflichtet haben, ihre Studienprogramme und Richtlinien altersfreundlicher zu gestalten (Montepare 2019). Das AFU-Netzwerk bietet Institutionen die Möglichkeit, sich über neue Strategien der Beteiligung älterer Personen als reguläre Studierende zu informieren und auszutauschen. Die Beteiligung an diesem Netzwerk würde somit deutsche Universitäten unterstützen, sich in stärkerem Maße älteren Studierenden zu öffnen.

3.2.4 Internetzugang, -nutzung und -kompetenz

Zugang zum Internet ist eine Voraussetzung für Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben (siehe dazu ausführlich den Achten Altersbericht: Deutscher Bundestag 2020a). Das Internet und darauf aufbauende Dienste können (ältere) Menschen darin unterstützen, Informationen und Dienstleistungen wahrzunehmen sowie Unterhaltungsangebote zu nutzen, sozial eingebunden zu sein und den Alltag zu bewältigen. Voraussetzung für die Nutzung des Internets sind Zugang zum Internet (und ein internetfähiges Endgerät) sowie das Zutrauen in die eigene Kompetenz, mit dem Internet umgehen zu können (Grates & Brandt 2023). Weil diese Voraussetzungen in der älteren Bevölkerung nicht gleich verteilt sind, kann die Digitalisierung auch neue Ungleichheiten mit sich bringen. Viele ältere Menschen sind deshalb darauf angewiesen, dass herkömmliche, nicht-digitale Angebote bestehen bleiben (BAGSO 2022b).

a) Beschreibung der Situation

In den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 zeigt sich noch immer eine altersabhängige digitale Kluft (Tabelle 18, Spalte A). In der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen hatten nahezu alle Personen privat oder beruflich Zugang zum Internet, und zwar weitgehend unabhängig von Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp, funktionaler Gesundheit und materieller Lage. Mit dem Alter wurde der Anteil der Personen mit Zugang zum Internet kleiner (bei den 50- bis 59-Jährigen: 98,3 Prozent; bei den 60- bis 69-Jährigen: 96,1 Prozent; bei den 70-

[24] Zum Überblick siehe: https://studieren.de/studieren-50-plus.0.html [Zugriff am 25.06.2024].

[25] Siehe: https://www.seniorenstudium.uni-muenchen.de/fuer-studieninteressierte/studienvor-aussetzungen/index.html [Zugriff am 25.06.2024].

[26] Siehe: https://www.afugn.org/eureopean-members [Zugriff am 25.06.2024].

bis 79-Jährigen: 80,5 Prozent; bei den 80-Jährigen und Älteren: 54,9 Prozent). Dabei waren die Anteile der Personen mit Internetzugang für Frauen, Menschen mit niedriger Bildung und armutsgefährdete Menschen im hohen Alter besonders niedrig (Frauen ab 80 Jahren: 48,8 %, Menschen mit niedriger/mittlerer Bildung ab 80 Jahren: 48,8 %; armutsgefährdete Menschen ab 70 Jahren: 30,7 %). Auch die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ zeigt, dass die Mehrzahl der hochaltrigen Menschen digital abgehängt ist: Im Jahr 2021 hatte nur etwa jede dritte hochaltrige Person (37 %) in Deutschland Zugang zum Internet (Reissmann et al. 2023). Die digitale Kluft zwischen jüngeren und älteren Menschen ist also mit weiteren Dimensionen sozialer Ungleichheit verknüpft.

Selbst wenn Menschen Zugang zum Internet haben, nutzen keineswegs alle Altersgruppen das Internet in gleichem Ausmaß. Es zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen. Während von den Menschen im Alter von 50 bis 59 Jahren, die Zugang zum Internet haben, 74,5 Prozent das Internet täglich nutzen, sind es bei Personen im Alter von 80 und mehr Jahren nur 47,3 Prozent (Tabelle 18, Spalte B). Aus der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ werden von hochaltrigen Menschen etwas höhere Nutzungsraten berichtet: Hochaltrige, die Zugang zum Internet haben, sind mehrheitlich (57 %) täglich online (Reissmann et al. 2023). Weitere Ungleichheitsdimensionen, wie etwa Geschlecht, Bildung oder Einkommen, haben hier keinen zusätzlichen Einfluss.

Tabelle 18 Altersgruppenunterschiede im Bereich „Internetzugang, -nutzung und -kompetenz“ nach Geschlecht, Bildung, Region, Siedlungstyp und funktionaler Einschränkung sowie nach materieller Lage“ (2020/2021), in Prozent

	(A) Anteil der Personen mit Internetzugang				**(B) Anteil der Personen, die das Internet regelmäßig nutzen**				**(C) Anteil der Personen, die ihre Internetkompetenz als gut einschätzen**			
	Alter in Jahren				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**	**50 bis 59**	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**	**50 bis 59**	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	98,3	96,1	80,5	54,9	74,5	65,0	59,7	47,3	52,9	49,7	28,6	8,9
Geschlecht												
Männlich	98,9	97,1	88,3	64,0	69,8	61,5	61,5	43,7	63,7	58,1	41,7	15,7
Weiblich	97,5	95,2	74,4	48,8	79,5	68,6	58,0	50,1	41,2	41,2	18,0	4,4
Bildung												
Niedrig/mittel	97,2	93,8	73,1	48,8	71,7	62,3	59,2	51,7	41,9	40,1	21,0	6,5
Hoch	100,0	99,6	90,7	69,6	78,7	68,7	60,3	40,6	70,7	63,6	38,9	15,3
Region												
West	98,4	97,6	82,2	55,9	73,9	65,6	58,6	49,6	51,7	51,0	26,4	9,9
Ost	97,5	90,0	74,6	50,5	77,1	62,6	64,3	36,6	58,6	44,2	35,7	4,9
Siedlungstyp												
Großstadt/städtischer Kreis	98,1	97,7	84,4	54,5	76,6	66,6	61,2	46,0	53,1	54,2	34,0	9,0
Ländlicher Kreis	98,5	92,8	72,9	55,3	69,9	61,4	56,5	49,3	52,5	40,0	17,9	8,8
Funktionale Einschränkung												
Nicht eingeschränkt	98,4	97,1	81,8	51,8	76,2	67,0	62,3	40,4	54,6	52,2	31,5	14,7
(Stark) eingeschränkt	98,5	94,9	76,5	60,8	68,3	63,5	52,8	52,3	47,4	43,2	22,1	4,7
	Alter in Jahren				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**			
Materielle Lage	**50 bis 69**		**70 +**		**50 bis 69**		**70 +**		**50 bis 69**		**70+**	
Armutsgefährdet	91,2		30,7		66,5		/		20,0		7,8	
Mittlere Einkommen	97,2		71,3		67,6		57,0		46,2		19,8	
Höhere Einkommen	100,0		84,9		77,5		63,1		70,1		30,8	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021. Das Symbol / bedeutet, dass Werte nicht ausgewiesen werden (weniger als 100 Fälle).

Um Angebote des Internets nutzen zu können, bedarf es einer gewissen Kompetenz und des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten (Lippke & Kuhlmann 2013). Bei der Erhebung der DEAS-Daten gab weniger als die Hälfte der Personen in der zweiten Lebenshälfte an, sich eher kompetent beziehungsweise sehr kompetent im Umgang mit dem Internet zu fühlen (Tabelle 18, Spalte C) – diese Analysen beziehen sich auf alle Personen in der zweiten Lebenshälfte (mit oder ohne Zugang zum Internet). Bei der selbst eingeschätzten Internetkompetenz gibt es erhebliche Altersunterschiede. Während sich bei den 50- bis 59-Jährigen 52,9 Prozent eher oder sehr kompetent im Umgang mit dem Internet fühlten, waren es bei den über 80-Jährigen nur 8,9 Prozent. Besonders niedrige Raten bei der positiven Einschätzung der eigenen Internetkompetenz gab es bei Frauen ab 80 Jahren (4,4 %), funktional eingeschränkten Menschen ab 80 Jahren (4,7 %) sowie armutsgefährdeten Menschen ab 80 Jahren (7,8 %). In der Gruppe der hochaltrigen Frauen mit niedriger/mittlerer Bildung ist der Anteil von Personen mit hoher selbsteingeschätzter Internetkompetenz extrem gering: Der entsprechende Anteil betrug in dieser Gruppe nur 2,3 Prozent (Kortmann 2025: Tabelle 153). Dies kann auf Kohortenunterschiede, aber auch auf zunehmend eingeschränkte Funktionsfähigkeiten (z. B. Probleme, kleine Schriften lesen können), die nicht kompensiert werden können (z. B. durch fehlendes Wissen, wie Schriften vergrößert angezeigt werden), zurückzuführen sein (Lippke & Kuhlmann 2013).

Befunde der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ deuten darauf hin, dass hochaltrige Menschen mehrheitlich positive Einstellungen zu digitalen Technologien haben: 29,6 Prozent der hochaltriger Menschen interessieren sich eher oder sogar sehr für neue Technik, 31,9 Prozent zumindest teilweise und nur 38,5 Prozent interessieren sich eher nicht oder gar nicht für neue technische Dinge (Reissmann et al. 2023).

b) Bewertung der Situation: Teilhabechancen, Motivationen und Potenziale

Obwohl der Zugang zum Internet für gesellschaftliche Teilhabe essentiell ist, haben große Gruppen in der zweiten Lebenshälften nur unzureichenden Zugang zum Internet (Deutscher Bundestag 2020a). Internetzugang, -nutzung und -kompetenz unterscheiden sich deutlich nach Alter, Geschlecht und Bildung: Sehr alte Menschen, Frauen sowie Menschen mit niedriger Bildung scheinen hier benachteiligt. Die Verschränkung der Merkmale Alter, Geschlecht und Bildung geht mit einer besonders starken Benachteiligung zusammen: Sehr alte Frauen mit niedriger Bildung sind vom Internet und seinen Möglichkeiten weitgehend ausgeschlossen.

Technikakzeptanz und das Interesse an Technik sind in älteren Altersgruppen geringer als in jüngeren (Künemund 2016). Dabei zeigt sich zum ein starker Geschlechtereffekt: Technikakzeptanz ist bei Frauen geringer als bei Männern. In beiden Geschlechtern ist jedoch ein ähnlicher Alterseffekt zu beobachten. Möglicherweise hängt die Akzeptanz von Technik, und damit auch die Bereitschaft, internetbasierte Technologien zu nutzen, von der Erfahrung im Umgang mit Technik ab.

Das Internet ist – für Menschen jeden Alters – ein wichtiges Instrument zur sozialen Einbindung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Allen Menschen sollte deshalb der Zugang zum Internet und internet-basierten Angeboten ermöglicht werden. Viele ältere Menschen wünschen sich, dass Programme und Apps technisch unkompliziert und ohne großen Aufwand verständlich sind (Lippke & Kuhlmann 2013). Bei der Gestaltung der Apps und Programme sollten altersbedingte Veränderungen (inkl. Einschränkungen) berücksichtigt werden. Denn wenn Menschen bei der Nutzung überfordert sind, hat dies Auswirkungen auf die Nutzungswahrscheinlichkeit und damit auf die Teilhabe. Menschen mit Migrationsgeschichte scheinen in der zweiten Lebenshälfte hier gegenüber der Mehrheitsgesellschaft einen Vorteil zu haben, wahrscheinlich aufgrund der Nutzung des Internets für transnationale Kommunikation, für die digitale Kompetenzen notwendig sind und die erworben werden, um den Kontakt mit dem sozialen Netzwerk im Heimatland zu erhalten. Digitale Kompetenzen älterer Menschen gilt es zu stärken, damit der Transfer auf andere Bereiche ermöglicht wird, zum Beispiel Informations- und Bildungsdienste und Dienstleistungen, die ein selbstständiges Leben erleichtern (Erkert 2023).

c) Handlungsoptionen

Die Achte Altersberichtskommission hat mit ihrem Bericht „Ältere Menschen und Digitalisierung“ (Deutscher Bundestag 2020a) Empfehlungen vorgelegt, denen sich die Neunte Altersberichtskommission anschließt. Diese Empfehlungen haben nichts an Aktualität und Dringlichkeit verloren. Allerdings lassen sich diese Empfehlungen mit Blick auf Vielfalt und Ungleichheit im Alter erweitern: Noch immer lässt sich eine digitale Kluft mit Blick auf Alter feststellen, die für Frauen, Menschen mit niedriger Bildung und Menschen mit geringem Einkommen besonders groß ist. Gerade für benachteiligte gesellschaftliche Gruppen sollte der Zugang zu internetbasierter Technologie verbessert sowie Angebote zur Stärkung der Internetkompetenz ausgebaut werden. Gleichzeitig sollten wichtige Angebote für soziale Teilhabe (z. B. in den Bereichen Mobilität und Finanzen) weiterhin in analoger

Form aufrechterhalten werden, um ältere Menschen ohne Möglichkeit der Internetnutzung nicht von diesen Bereichen auszuschließen.

3.3 Zusammenfassung und Ausblick

Erwerbsarbeit, Sorgearbeit und gesellschaftliche Partizipation sind Lebensbereiche, in denen Teilhabe realisiert werden kann. Allerdings finden vor allem Erwerbsarbeit und Aufgaben der informellen Pflege in unterschiedlichen Teilhabekonstellationen statt: „können", „wollen" und „müssen". So führt der Anstieg der Zahl älterer Arbeitnehmer*innen zu wachsenden betrieblichen wie gesellschaftlichen Herausforderungen – auch bei der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. Dabei ist zu beachten, dass Sorgearbeit überwiegend von Frauen getragen wird und in vielen Fällen eine Einschränkung der Teilhabe in anderen Lebensbereichen bedeutet. Auch jenseits von Erwerbs- und Sorgearbeit nehmen viele ältere Menschen bis ins hohe Alter aktiv am gesellschaftlichen Leben teil. Gesellschaftliche Beteiligung und Mitwirkung sind aber häufig an hohen Bildungsstand und eine gute materielle Situation im Alter geknüpft. Insbesondere Frauen im sehr hohen Alter (80 Jahre und älter) wirken – unabhängig von ihrem Bildungsstand– nur selten im Ehrenamt und in politischen Organisationen mit. Hierbei ist auch über die Zugangswege bei der gesellschaftlichen Partizipation zu denken: Es besteht weiterhin eine digitale Kluft zwischen jüngeren und älteren Menschen beim Zugang zum Internet und bei der Nutzung des Internets.

Mit Blick auf soziale Ungleichheiten lässt sich klar sagen: In allen hier ausgeleuchteten Bereichen der gesellschaftlichen Teilhabe sind ältere Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status und mit geringerer Bildung benachteiligt – und durchgängig benachteiligt sind hochaltrige Frauen. Die geringe Beteiligung dieser Gruppen ist nicht auf eine geringe Motivation, sondern vielmehr auf geringe individuelle Ressourcen und hohe Barrieren für mehr Beteiligung beziehungsweise einen erschwerten Zugang zu den Formen der Beteiligung zurückzuführen. Wenn solche Risikofaktoren zusammenkommen, sind Negativspiralen über alle Lebensbereiche hinweg kaum zu vermeiden. Es sollten deshalb dringend Maßnahmen zur Vermeidung der Kumulation von Ungleichheiten, zur Überwindung von Barrieren und zur Stärkung individueller Ressourcen ergriffen werden. Solche Maßnahmen sollten lange vor dem Eintritt ins hohe Alter ansetzen. Gesundheitliche, finanzielle und soziale beziehungsweise sozio-ökonomische Belastungen sollten abgefedert werden, bevor sich die beschriebenen Entwicklungen nicht mehr aufhalten lassen. Die Verschränkung (Intersektionalität) unterschiedlicher Ungleichheitsdimensionen lässt sich anhand der hier aufgeführten Befunde nur annehmen, sind aber von höchster Bedeutung. Daher wird dieses Thema in den Kapiteln 7 bis 9 eingehend behandelt.

4 Wohnen und soziale Einbindung

Soziale Teilhabe ist wesentlich davon bestimmt, ob sich Menschen bei der Gestaltung ihres Lebens und der Wahl ihrer Lebensführung zwischen verschiedenen Alternativen entscheiden können und wollen. Ob Individuen solche Optionen zur Verfügung stehen und welche Optionen dies sind, hängt von den individuellen Ressourcen und Kompetenzen sowie – insbesondere im höheren Lebensalter – von den gesellschaftlichen Bedingungen ab. Wenn es um Teilhabe geht, wird danach gefragt, ob individuelle Ressourcen und gesellschaftliche Rahmenbedingungen ausreichend Möglichkeiten für die individuelle Lebensführung eröffnen. Insofern diese Möglichkeiten im Mittelpunkt stehen, ist Teilhabe ein stark subjektorientiertes Konzept. Teilhabepolitik hat demnach immer auch den Anspruch, Menschen zur Auswahl zwischen Alternativen zu befähigen (Empowerment) (Bartelheimer et al. 2020).

Die für ältere Menschen relevante Versorgung mit Wohnraum, die im Wohnumfeld zur Verfügung stehende Infrastruktur für die Versorgung mit Dienstleistungen und Gütern des alltäglichen Bedarfs sowie die soziale Einbindung älterer Menschen im Wohnumfeld prägen die Möglichkeiten für ihre Lebensführung, also das Maß ihrer sozialen Teilhabe, wesentlich mit. Bei gesundheitlichen Einbußen und funktionalen Einschränkungen und daraus folgend zunehmendem Unterstützungs- und Hilfebedarf ist auch das Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung eine Form des Wohnens im Alter. In diesem Kapitel geht es schwerpunktmäßig um das Wohnen in der privaten Wohnung oder im Haus („in den eigenen vier Wänden“, „in der eigenen Häuslichkeit“, „zu Hause“), außerdem um das Leben in einer Nachbarschaft, einem Kiez, einem Stadtteil, einem Quartier oder einem Dorf („Sozialraum“) und um die mit der Wohnsituation zusammenhängenden sozialen Beziehungen älterer Menschen.

Teilhabe ist eine weithin geteilte positive Norm: Es besteht ein breiter gesellschaftlicher Konsens darüber, dass für alle Mitglieder der Gesellschaft Teilhabe möglich sein soll. Das Konzept der Teilhabe lenkt den Blick besonders auf solche Lebensumstände, die der Teilhabe von Menschen entgegenstehen oder die Teilhabechancen von Individuen einschränken. Im Folgenden wird untersucht, welche Aspekte der Wohnsituationen älterer Menschen ihre Teilhabechancen vermindern können und eine politische Bearbeitung erfordern. Anders herum formuliert steht in diesem Abschnitt die Frage im Mittelpunkt, welche politischen Handlungsansätze bestehen, um die Rahmenbedingungen für das Wohnen im höheren Lebensalter so zu gestalten, dass die soziale Teilhabe *aller* älteren Menschen ermöglicht wird. Diese Frage wurde bereits im Siebten Altenbericht der Bundesregierung behandelt (Deutscher Bundestag 2016).

Soziale Teilhabe kann gefährdet sein, wenn sich Menschen im höheren Lebensalter Wohnkosten (vor allem steigende Mieten) nicht mehr leisten können oder bei zunehmenden gesundheitlichen Einbußen aufgrund von Barrieren in der Wohnung nicht mehr selbständig wohnen können (Abschnitt 4.1). Wenn mit zunehmendem Lebensalter gesundheitliche Einbußen auftreten, ist die Möglichkeit für soziale Teilhabe aber nicht nur an die bauliche Gestaltung der Wohnung geknüpft, sondern auch daran, dass betroffene Menschen im öffentlichen Raum weiterhin mobil sein können. Mobilität im öffentlichen Raum ist eine Voraussetzung dafür, soziale Kontakte außerhalb der eigenen Wohnung pflegen, sich selbständig versorgen und Dienstleistungen in Anspruch nehmen zu können (Abschnitt 4.2). Soziale Kontakte zu haben und bei zunehmendem Hilfebedarf Unterstützung zu bekommen steigert die Lebensqualität und das Wohlbefinden älterer Menschen (Abschnitt 4.3). Ein großer Teil an sozialem Austausch und an Unterstützung erhalten viele ältere Menschen von ihren Angehörigen. Weil die Unterstützung durch Angehörige (vor allem die instrumentelle Hilfe) aufgrund des gesellschaftlichen Wandels jedoch immer schwieriger zu organisieren ist, wird zunehmend auf die Nachbarschaft und das Wohnumfeld als Ressource für soziale Beziehungen und Unterstützung geschaut (Abschnitt 4.4).

Um die Teilhabechancen aller älterer Menschen zu verbessern und zu sichern, sollte die Politik auch an den Gegebenheiten vor Ort ansetzen. Kommunen sind die am besten geeigneten Akteure, um gemeinsam mit anderen Organisationen und Bürger*innen vor Ort entsprechende Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen (Abschnitt 4.5).

4.1 Wohnen im Alter

Selbstständiges Wohnen – das selbständige Betreten, Nutzen und Verlassen der Wohnung – ist ein zentraler, existenzieller Aspekt des Lebens im höheren Alter (Naumann & Oswald 2020; Teti & Hoepflinger 2020). Je älter Menschen werden, desto kleiner wird im Durchschnitt ihr Aktivitätsradius und desto mehr Zeit verbringen sie in der Wohnung und im Wohnumfeld. Die Bedeutung des Wohnens und der sozialen Einbindung im Wohnumfeld nehmen mit dem Alter zu: „Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag“ (Saup 1993).

Wohnkonstellationen im Alter können sehr vielfältig sein. Zwischen dem selbstständigen Wohnen in einer Wohnung oder einem Haus ohne formale Betreuungs- oder Unterstützungsstrukturen auf der einen Seite und dem Wohnen in einer stationären Pflegeeinrichtung auf der anderen Seite gibt es eine große Bandbreite an Wohnformen im Alter. Diese verschiedenen Wohnformen sind mit unterschiedlichen Betreuungs-, Integrations- und Teilhabestrukturen verknüpft.

In diesem Abschnitt wird zunächst aufgezeigt, dass beim Wohnen in der „eigenen Häuslichkeit" aufgrund von steigenden Mieten und Energiekosten die Wohnkosten insbesondere für einkommensschwache ältere Menschen zu einer finanziellen Überlastung führen können (Abschnitt 4.1.1). Ein selbstbestimmtes Leben im Alter setzt, wenn altersbedingte körperliche Einbußen auftreten, barrierereduzierten Wohnraum voraus, von dem es allerdings zu wenig gibt und der bislang eher ein Luxusgut ist (Abschnitt 4.1.2). Entgegen der weit verbreiteten Ansicht, dass es am besten sei, wenn ältere Menschen so lange wie möglich dort wohnen bleiben könnten, wo sie schon lange leben, wird im Abschnitt 4.1.3 aufgezeigt, dass unter bestimmten Voraussetzungen ein Umzug auch im höheren Lebensalter Vorteile mit sich bringen kann.

4.1.1 Bezahlbarkeit des Wohnens

Die Frage, ob alle älteren Menschen (auch solche mit geringen Einkommen und wenig Vermögen) das Wohnen in einer für ihre Bedürfnisse angemessenen Wohnung bezahlen können, wird in Zukunft ein zentrales Thema im Politikfeld „Wohnen im Alter" sein. Wenn die Wohnraumversorgung so schlecht ist, dass ältere Menschen aus finanziellen Gründen in Wohnungen leben müssen, die baulich für ihre Bedarfe ungeeignet sind und die in Wohngegenden liegen, in denen sie sich nicht wohl fühlen und in denen sie keine ausreichende Infrastruktur vorfinden, sind ihre Chancen auf soziale Teilhabe gering. Dafür ist entscheidend, wie sich zum einen die Einkünfte im Alter und zum anderen die Wohnungsmärkte und die Wohnkosten entwickeln. Die individuelle Belastung durch Wohnkosten ergibt sich dadurch, welcher Anteil des Einkommens für das Wohnen eingesetzt werden muss.

Seit Mitte der 2010er Jahre sind Mieten und Nebenkosten in Deutschland stetig gestiegen, seit dem Jahr 2022 treiben vor allem die Energiekosten die Wohnkosten in die Höhe (Deutscher Bundestag 2023b). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass in allen Altersgruppen ein erheblicher Teil des Haushaltseinkommens für das Wohnen aufzuwenden ist. Im Alter macht es dabei einen entscheidenden Unterschied, ob Personen im Wohneigentum oder zur Miete leben (Lozano Alcántara et al. 2023).

Beim Besitz von Wohneigentum sind die monatlichen Wohnkosten in der Regel geringer als beim Wohnen zur Miete, da keine Mietzahlungen geleistet werden müssen. Der Anstieg der Wohnkostenbelastung fällt bei Mieter*innen und Eigentümer*innen im Alter unterschiedlich aus (Vogel et al. 2022). Die Mieten haben sich in Deutschland im Zeitraum von 2005 bis 2018 im Durchschnitt um 33 Prozent erhöht (Empirica AG 2020), bei einer durchschnittlichen Rentenanpassung im gleichen Zeitraum von lediglich 24 Prozent (DRV 2023b). Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass seit Ende der 1980er Jahre die Wohnkostenbelastung bei Mieter*innen um 2 Prozent (bis auf 29 % im Jahr 2019) gestiegen, bei Eigentümer*innen hingegen sogar um 4 Prozent (bis auf 14 % im Jahr 2019) gesunken ist (Lozano Alcántara et al. 2023).

Aus diesen Befunden lässt sich ableiten, dass Eigentümer*innen ab 65 Jahren durch Wohnkosten finanziell weniger stark belastet sind als Mieter*innen ab 65 Jahren. Hinzu kommt, dass der Anteil der Wohnkosten an höheren Einkommen im Durchschnitt kleiner ist als an niedrigen Einkommen: Einkommensstarke ältere Menschen hatten im Jahr 2018 eine relative Wohnkostenbelastung von lediglich 7 Prozent, in der Gruppe der einkommensschwächeren älteren Menschen betrug der Anteil der Wohnkosten an den Einkommen hingegen rund 40 Prozent (Lozano Alcántara et al. 2023; Vogel et al. 2022). Von den älteren Mieter*innen mit geringem Einkommen musste im Jahr 2018 mehr als die Hälfte (53 %) allein für die Miete mehr als 40 Prozent ihres Nettoeinkommens ausgeben; diese Personen gelten in Bezug auf ihre Wohnkosten als überlastet (Vogel et al. 2022). Wenn Personen mit niedrigem Einkommen (die oftmals zur Miete wohnen) oder alleinstehende Ältere (häufig sind dies Frauen) mit steigenden Wohnkosten konfrontiert sind, kann die Wohnkostenbelastung so hoch werden, dass die Schwelle zur Armut überschritten wird (ebd.).

Übermäßig steigende Wohnkosten können dazu führen, dass zur Miete wohnende ältere Menschen ihre Wohnung aufgeben und in eine günstigere Wohnung ziehen müssen – die möglicherweise dann nicht mehr im gewohnten Quartier oder Stadtteil liegt. Genau dies geschieht im Prozess der Gentrifizierung von Wohngebieten: Die Mieten steigen an und Menschen, die die höheren Wohnkosten finanziell nicht bewältigen können, müssen fortziehen. Es gibt Hinweise darauf, dass etwa in Berlin im Prozess der Gentrifizierung, die nach der Wende und der Wiedervereinigung ab den 1990er Jahren in etlichen innerstädtischen Wohngegenden zu beobachten ist, viele ältere Menschen umziehen mussten (Dale et al. 2018). Für viele ältere Menschen ist es schwierig, am neuen Wohnort soziale

Kontakte zu knüpfen (Oswald, F. 2012); dies wiegt umso schwerer, als Menschen im höheren Lebensalter zur sozialen Integration und zur Bewältigung ihres Alltags tendenziell stärker als jüngere Menschen auf soziale Kontakte im Wohnumfeld angewiesen sind. Insofern bringt Wohneigentum vor allem im Alter nicht nur finanzielle Vorteile mit sich, sondern geht auch mit der Perspektive einher, dauerhaft in der eigenen Wohnsituation verbleiben zu können, da anders als bei Mietwohnungen seltener ein erzwungener Wohnungswechsel droht (Vogel et al. 2022).

Die Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zeigen für 2020/2021, dass mehr als die Hälfte aller Personen in der zweiten Lebenshälfte nicht zur Miete, sondern in einer eigenen Immobilie lebten, also im eigenen Haus oder der eigenen Wohnung (Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025). Im sehr hohen Alter war der Anteil der Personen, die in der eigenen Immobilie wohnten, geringer als in jüngeren Altersgruppen (bei den 50- bis 59-Jährigen: 65,1 %; bei den 60- bis -69-Jährigen: 68,7 %; bei den 70- bis 79-Jährigen: 60,4 %; bei den 80-Jährigen und Älteren: 50 %), was vermutlich damit zusammenhängt, dass von den Personen im sehr hohen Alter ein größerer Anteil in Pflegeheimen wohnt. Dabei zeigten sich relevante Unterschiede zwischen Frauen und Männern, die insbesondere bei den 80-Jährigen und Älteren sehr hoch waren (Männer: 58,7 %; Frauen: 44,4 %). In den höheren Altersgruppen fanden sich beim Immobilienbesitz auch beträchtliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland. Von den Personen ab 80 Jahren lebten 2020/2021 in Westdeutschland etwas mehr als 55 Prozent, in Ostdeutschland hingegen nur etwas mehr als 27 Prozent in einer eigenen Immobilie (ebd.). Hier zeigt sich vermutlich, dass die Menschen, die heute im sehr hohen Alter sind und die einen großen Teil ihres Lebens in der DDR verbracht haben, geringe Möglichkeiten zum Erwerb von Immobilien hatten.

Ob ältere Menschen in der eigenen Wohnung oder zur Miete leben, hängt vor allem von ihrer materiellen Lage ab. In der Altersgruppe der 50- bis 69-Jährigen lebten 2020/2021 von den armutsgefährdeten Personen 35 Prozent, von den Personen mit hohem Einkommen hingegen 78 Prozent im Wohneigentum. In der Altersgruppe ab 70 Jahren lagen die entsprechenden Anteile bei etwa 44 Prozent (armutsgefährdete Personen) beziehungsweise 63 Prozent (Personen mit hohem Einkommen) (Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025). Wenig überraschend ist die Wahrscheinlichkeit für den Besitz einer Eigentumsimmobilie bei einkommensstarken älteren Menschen also deutlich höher ist als bei armutsgefährdeten älteren Menschen.

Beim Wohneigentum gibt es auch deutliche Unterschiede zwischen älteren Menschen mit und ohne Migrationserfahrung: Die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ zeigt für die Jahre 2020/2021, dass in der Gruppe der Hochbetagten (ab 80 Jahren) die Hälfte der ab 1950 zugewanderten Menschen zur Miete wohnte – von den Befragten ohne Migrationsgeschichte hingegen wohnte ein Drittel zur Miete. Hochbetagte mit Migrationsgeschichte verfügten somit seltener über Wohneigentum als Hochbetagte ohne Migrationsgeschichte. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Migrant*innen öfter in städtischen Gemeinden mit mehr Mehrfamilienhäusern leben (Wenner & Albrecht 2025) und als Ausdruck einer ungleichen materiellen Teilhabe von Migrant*innen gewertet werden (Baykara-Krumme & Vogel 2020).

Dass mehr als die Hälfte der älteren Mieter*innen mit geringen Einkommen mehr als 40 Prozent ihres Einkommens für die Miete ausgeben müssen, also in Bezug auf die Wohnkosten als überlastet gelten, liegt daran, dass es in deutschen Städten zu wenig Wohnungen gibt, die sich Menschen mit geringen Einkommen leisten können. Für kleine Haushalte mit geringen Einkommen (armutsgefährdet oder unterhalb der Armutsgrenze) gibt es in Städten generell zu wenig bezahlbare Wohnungen. Besonders Großstädte sind mit erschwinglichem Wohnraum unterversorgt (Holm 2018). Der Anteil der Wohnungen mit Miet- oder Belegungsbindung (sogenannte Sozialwohnungen) an allen Mietwohnungen geht seit Jahren zurück. Ende 2022 gab es in Deutschland knapp 1.090.000 Sozialwohnungen (Deutscher Bundestag 2023b), damit hat sich deren absolute Zahl seit 2006 fast halbiert.[27]. Eine Ausweitung des sozialen Wohnungsbaus ist ein unabdingbarer Baustein, wenn mehr bezahlbarer Wohnraum zur Verfügung gestellt werden soll. Einfach mehr Wohnungen zu bauen oder bauen zu lassen (also die Bautätigkeit an sich zu fördern) reicht nicht, um ausreichend günstigen Wohnraum zu schaffen: „Wohnungsmieten, die sich die Geringverdienenden leisten können, werden gegen private Wirtschaftsinteressen durchgesetzt werden müssen“ (Holm 2018: 428). Es gibt keine aussagekräftigen Daten darüber, wie groß an allen Sozialwohnungen derjenige Anteil ist, in dem ältere Menschen wohnen. Da ein geringes Einkommen aber die Voraussetzung dafür ist, eine Sozialwohnung mieten zu dürfen und viele ältere Menschen in Haushalten mit geringen Einkommen leben (siehe Kapitel 2), würde eine Ausweitung des sozialgebundenen Wohnungsbestands auch älteren Menschen mit geringen Einkommen zugutekommen (Lenz 2022).

---

[27] https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/341826/sozialmietwohnungen/ [Zugriff am 17.05.2024].

Neben der sozialen Wohnraumförderung („Objektförderung“) hat der Staat die Möglichkeit, einkommensschwache Personen über das Wohngeld finanziell zu unterstützen („Subjektförderung“). Die Bezahlbarkeit des Wohnens für ältere Menschen kann mit dem Instrument des Wohngelds zielgenauer und zeitnäher gewährleistet werden als mit Hilfe des sozialen Wohnungsbaus. Wohngeld wird zu einem großen Anteil von älteren Menschen in Anspruch genommen: Mehr als die Hälfte aller Haushalte mit Wohngeldbezug, in denen alle Haushaltsmitglieder einen Anspruch auf Wohngeld haben, sind Haushalte älterer Menschen: Von den Ende 2022 630.965 sogenannten reinen Wohngeldhaushalten hatten 326.045 Haushalte den sozialen Status „Rentner und Pensionäre“.[28] Zum Jahresbeginn 2023 trat eine Wohngeldreform in Kraft; dadurch haben mehr Personen Anspruch auf Wohngeld und Anspruchsberechtigte bekommen höhere Leistungen. Es gibt bislang noch keine Erkenntnisse zu der Frage, in welchem Maße speziell ältere Menschen von der Reform des Wohngelds profitieren.

Wohnungslosigkeit im Alter geht mit einem weitgehenden Ausschluss von sozialer Teilhabe einher. Wohnungslosigkeit ist in der Regel mit Armut verbunden: Menschen, die ganz ohne Unterkunft sind oder nur prekäre Wohnmöglichkeiten haben, beziehen häufig ausschließlich Sozialleistungen oder sind sogar völlig ohne Einkommen; Miet- und Energieschulden ist der am häufigste genannte Grund für einen Verlust der Wohnung (Lotties 2023). Wohnungslosigkeit bringt zudem hohe gesundheitliche Risiken mit sich; die durchschnittliche Lebenserwartung wohnungsloser Menschen ist deshalb deutlich niedriger als die der Gesamtbevölkerung (21,6 Jahre niedriger bei Männern und 17,4 Jahre niedriger bei Frauen) (van Rüth et al. 2023). Bei Berücksichtigung der geringeren Lebenserwartung gelten wohnungslose oder von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen deshalb bereits ab einem Alter von 50 Jahren als „älter“ (Rudat 2019). Von den Klient*innen der frei-gemeinnützigen Trägern von Hilfen bei Wohnungsnotfällen waren im Jahr 2021 17,6 Prozent im Alter von 50- bis 59 Jahre und 8,7 Prozent 60 Jahre alt und älter (Lotties 2023). Anderen Quellen zufolge waren in 2022 19,4 Prozent aller wohnungslosen Personen 50- bis 64 Jahre alt (dies entspricht 16.212 Personen) sowie 3,8 Prozent 65 Jahre alt und älter (dies entspricht 3.212 Personen) (Brüchmann et al. 2022). Ältere Wohnungslose sind mit Angeboten der sozialarbeiterischen Altenhilfe oder der medizinischen oder pflegerischen Versorgung oftmals schwer zu erreichen, sodass eine angemessene Versorgung kaum möglich ist (Rudat 2019).

4.1.2 Barrierereduziertes Wohnen

Mit zunehmendem Alter stellen sich bei vielen Menschen körperliche Veränderungen ein, die früher oder später die körperliche Funktionalität mehr oder weniger stark beeinträchtigen. Mit der altersbedingten Zunahme von körperlichen Einschränkungen geht einher, dass die baulichen Gegebenheiten des Lebensorts zu Barrieren werden und eine selbständige Lebensführung erschweren können. In einer solchen Situation ist es sinnvoll, wenn die betroffene Person in einer Wohnung und einem Wohnumfeld mit keinen oder zumindest möglichst wenig Barrieren leben kann.

Drei Arten von Barrieren beeinträchtigen das selbstständige Wohnen bei gesundheitlichen und körperlichen Einschränkungen besonders stark:

- Treppenstufen oder Schwellen beim Zugang zum Haus oder zur Wohnung;
- Treppenstufen und Schwellen innerhalb von Wohnungen;
- zu schmale Türen zu den Sanitärräumen sowie eine zu kleine Bewegungsfläche in den Sanitärräumen (BMVBS 2011).

Mindeststandards des barrierefreien oder barrierereduzierten Wohnens werden deshalb anhand folgender vier Kriterien dargelegt: Maximal drei Stufen zum Wohnungseingang, keine Stufen im Wohnbereich, ausreichende Bewegungsflächen und Türbreiten sowie eine bodengleiche Dusche (ebd.).

Wenn ausreichende Unterstützung oder Pflege gewährleistet und die Wohnung barrierereduziert ist, wenn Menschen also auch bei zunehmenden funktionalen Einschränkungen selbständig („zu Hause“) leben können, steigen die Chancen auf soziale Teilhabe. Anders herum gilt: Wenn Menschen mobilitätseingeschränkt sind und in einer Wohnung leben, die sie nur über Treppen verlassen oder erreichen können, wenn sie aufgrund ihrer Einschränkungen selbst innerhalb der Wohnung den Alltag kaum selbständig bewerkstelligen können, wenn sie zugleich nur wenig Sozialkontakte haben, sinken ihre Chancen auf soziale Teilhabe.

[28] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Wohngeld/Tabellen/06-reine-wgh-soziale-stellung.html [Zugriff am 17.05.2024].

Ein möglichst barrierearmer Zugang zur Wohnung ist Voraussetzung dafür, diese auch bei zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen verlassen und außerhalb der Wohnung anderen Menschen begegnen zu können. Zudem können Menschen, die in einer barrierearmen Wohnung leben, leichter von anderen, möglicherweise selbst in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen besucht werden. So zeigt eine Untersuchung von Wilde (2014) mit empirischen Daten aus dem Jahr 2009, dass es für ältere Menschen auf dem Land das wichtigste Motiv für Mobilität war, sich mit Familienmitgliedern sowie Nachbarn und Freunden zu treffen – die Versorgung mit Gütern des alltäglichen Bedarfs stand erst an zweiter Stelle.

Ein Teil der älteren Menschen, die in eine Einrichtung der stationären Pflege umziehen, tut dies, weil ihre Wohnungen baulich nicht an auftretende Bedarfe des höheren Lebensalters angepasst sind. Außerdem können dem höheren Lebensalter nicht angepasste bauliche Gegebenheiten zu Stürzen oder Unfällen führen, deren Folgen wiederum eine stationäre Pflege nötig machen. Durch eine Reduktion von Barrieren in der Wohnung (oder durch einen Umzug in eine barrierereduzierte Wohnung) kann in Kombination mit ambulanter Pflege ein Umzug in eine stationäre Einrichtung möglicherweise zumindest hinausgezögert werden. Je länger die Menschen wegen eines alternsgerechten Umbaus der Wohnung zu Hause wohnen bleiben können, desto wirtschaftlicher ist die finanzielle Förderung der alternsgerechten Wohnungsanpassung mit öffentlichen Mitteln: Bei der gegebenen öffentlichen finanziellen Förderung eines altersgerechten Umbaus der Wohnung und den gegebenen Kosten für die ambulante und die stationäre Pflege ergeben sich für die öffentliche Hand Einsparungen, wenn der Umzug in eine stationäre Einrichtung mindestens zwei Jahre (Günther, M. 2018) beziehungsweise mindestens drei Jahre (BBSR 2014) hinausgezögert werden kann.

Um für alle älteren Menschen selbstbestimmte Teilhabe zu ermöglichen, wäre es aus den genannten Gründen sinnvoll, wenn eine bedarfsangemessene Versorgung mit barrierereduziertem Wohnraum gewährleistet wäre. Gemessen am Bedarf gibt es in Deutschland jedoch viel zu wenige barrierefreie oder barrierereduzierte Wohnungen. In einer Studie über barrierereduzierte Privatwohnungen wird davon ausgegangen, dass es in Deutschland im Jahr 2022 zwischen einer und 1,2 Millionen solcher Wohnungen gab. Zugleich wird für das Jahr 2022 von mehr als 3 Millionen Haushalten mit mobilitätseingeschränkten Mitgliedern ausgegangen. Daraus ergibt sich für 2022 eine Versorgungslücke von etwa 2 Millionen barrierereduzierten Wohnungen – mit der Einschränkung, dass sicherlich nicht bei jedem Haushalt mit mobilitätseingeschränkten Mitgliedern die Lebensqualität wesentlich eingeschränkt ist, wenn die Wohnung nicht barrierereduziert ist (Deschermeier 2023). Andere Studien (etwa Leifels 2020) kommen zu vergleichbaren Ergebnissen.

Ein ähnliches Bild zeigt sich hinsichtlich der barrierereduzierten Wohnungen, in denen ältere Menschen leben. Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) zufolge lebte in den Jahren 2020/2021 nur eine Minderheit der Personen in der zweiten Lebenshälfte in barrierereduzierten Wohnungen oder Häusern. Selbst in der Gruppe der Personen im Alter ab 80 Jahren lag der Anteil derjenigen, die in einer barrierereduzierten Wohnung lebten, nur bei 24,1 Prozent. Das ist immerhin ein deutlich größerer Anteil als in der Gruppe der Personen im Alter von 50 bis 59 Jahren – in dieser Altersgruppe wohnten nur 12,6 Prozent barrierereduziert.

Mit Wohneigentum und privilegierter sozialer Lage geht im Hinblick auf die Reduktion von Barrieren ein Vorteil einher: Eigentümer*innen unterliegen im Vergleich zu Mieter*innen keiner gesetzlichen Rückbauverpflichtung im Fall baulicher Veränderungen in der Wohnung. Ihre Freiheit zur Gestaltung des Wohnens ist also deutlich größer als die der Mieter*innen; altersgerechte Wohnraumanpassungen lassen sich also im Eigentum sehr viel leichter umsetzen (Naumann & Oswald 2020; Teti 2015b). Generell hängt es eher von der Zahlungsfähigkeit und der Zahlungsbereitschaft als vom Bedarf aufgrund von altersbedingten funktionalen Beeinträchtigungen ab, ob eine Person in einer barrierereduzierten Wohnung lebt (Günther, M. 2023). Dies hat damit zu tun, dass sich auch für Menschen ohne Mobilitätseinschränkungen der Komfort erhöht, wenn ihre Wohnung wenige Barrieren hat (wenn es in der Wohnung also z. B. viel Platz im Bad und in der Toilette und eine schwellenlos zugängliche Dusche gibt). Insgesamt gibt es also nicht nur zu wenige barrierereduzierten Wohnungen, sondern es gibt auch ein Passungsproblem: Nur in einem Teil der bestehenden barrierereduzierten Wohnungen leben tatsächlich auch mobilitätseingeschränkte Menschen.

In einer Wohnung mit Barrieren zu leben, führt allerdings selbst bei älteren Menschen nicht immer dazu, dass sie mit ihrer Wohnsituation unzufrieden sind. Mit steigender Wohndauer im Alter gewinnen oftmals die Wohnung und das Wohnumfeld (die Nachbarschaft, das Quartier, der Kiez, der Stadtteil, das Dorf) eine hohe affektive Bedeutung. Im höheren Lebensalter spielt bei der Bewertung der Wohnsituation oft nicht der bauliche Zustand der Wohnung, sondern die Verbundenheit mit der Wohnung und dem Wohnumfeld eine entscheidende Rolle. Eine lange Wohndauer kann deshalb aufgrund der hohen Wohn- und Ortsgebundenheit selbst bei einer nicht

altersgerechten Wohnung und Wohnumgebung mit einer hohen Wohnzufriedenheit einhergehen (Teti et al. 2014; Teti & Hoepflinger 2020).

Mit dem Förderprogramm „Altersgerecht umbauen“ der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) werden Maßnahmen finanziell gefördert, mit denen im Bestand mehr barrierereduzierter Wohnraum geschaffen wird. Zur Finanzierung von Umbaumaßnahmen zur Reduktion von Barrieren können auch Leistungen der Pflegeversicherung nach § 40 SGB XI beantragt werden. Anders als die Leistungen der Pflegeversicherung ist die KfW-Förderung nicht daran gebunden, dass ein konkreter Bedarfsfall (ein Pflegegrad) vorliegt. Die KfW-Förderung kann also auch für präventive Umbaumaßnahmen genutzt werden. Sie steht als Zuschuss- und als Kreditvariante zur Verfügung. Für ältere Menschen hat sich die Kreditvariante als unattraktiv erwiesen, sodass es vor allem auf die Zuschussvariante ankommt (Deschermeier 2023; Günther, M. 2023; Leifels 2020). Die Mittel für das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ wurden von 2023 auf 2024 von 75 Millionen auf 150 Millionen Euro aufgestockt und damit verdoppelt. Vermutlich wird jedoch auch dieses Fördervolumen nicht ausreichen, um in der Versorgung mit barrierereduziertem Wohnraum die Lücke zwischen Bedarf und Angebot zu schließen.

Wenn mehr barrierereduzierter Wohnraum geschaffen werden soll, sind verschiedene Maßnahmen sinnvoll (Joo 2018). Erstens sollten von Seiten der Politik „hybride Finanzierungsmodelle“ entwickelt und ermöglicht werden – also Ansätze zur Finanzierung von Wohnungsanpassungen, bei denen sich verschiedene Kostenträger (zu denken ist hier an Pflegekassen, Krankenkassen, Kommunen, Rentenversicherung, Unfallversicherung) an den Kosten für den barrierereduzierenden Umbau von Wohnungen beteiligen und der finanzielle Eigenbeitrag der betroffenen Personen begrenzt wird. Damit könnten auch einkommensschwache Haushalte von entsprechenden Umbaumaßnahmen profitieren. Zweitens sollte flächendeckend eine wohnortnahe Infrastruktur von Wohnberatungsstellen mit gesicherter Finanzierung entwickelt werden. Wohnberater*innen können ältere Menschen oder ihre Angehörigen bei ihren Planungen und Kaufentscheidungen unterstützen und sie können relevante Akteure im Feld der altersgerechten Wohnungsanpassung vernetzen: „Wohnberatung leistet letztlich also einen großen Beitrag dazu, dass […] die sozialpolitischen Zielsetzungen *langer Verbleib in der vertrauten Häuslichkeit* sowie *ambulant vor stationär* verwirklicht werden“ (Joo 2018: 267f., kursiv im Original). Drittens müssen ältere Menschen und ihre Angehörigen durch Öffentlichkeitsarbeit stärker für die Vorteile barrierereduzierter Wohnungen sensibilisiert werden.

4.1.3 Wohnmobilität und Umzugsbereitschaft

In Umfragen gibt regelmäßig ein Großteil der Befragten an, im Alter am liebsten so lange wie möglich „zu Hause“ wohnen bleiben zu wollen. Daraus wird auch in der fachpolitischen Debatte häufig der Schluss gezogen, dass vor allem das „Wohnen bleiben in der gewohnten Häuslichkeit“ ermöglicht werden sollte, auch wenn mit dem Älterwerden die Mobilität abnimmt oder Bedarfe an unterstützenden Dienstleistungen zunehmen. „Alt werden zu Hause“ ist derzeit das dominierende Paradigma. In der Tat ist die Wohnmobilität bei älteren Menschen deutlich geringer als bei jüngeren Menschen (Oswald, F. 2012). Es gibt jedoch auch Gründe, die dafür sprechen, Wohnmobilität und Umzugsbereitschaft älterer Menschen zu fördern.

Ein Umzug in eine Wohnung, die den mit dem Älterwerden sich veränderten Lebensumständen besser entspricht, kann die Lebenssituation älterer Menschen direkt verbessern. Umzüge können dazu beitragen, die Wohnquali-tät älterer Menschen zu erhöhen, die Selbständigkeit in einer neuen barrierereduzierten oder barrierefreien Woh-nung zu erhalten und einen Heimeinzug zu verzögern oder zu verhindern (Teti 2015b). Nicht nur verbessern sich oftmals die Ausstattung und Erreichbarkeit der Wohnung, sondern unter günstigen Bedingungen auch die Einbin-dung in soziale Netzwerke, die durch die Wohnumwelt gegebenen Anregungen und Anlässe für Aktivitäten, die gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie die Alltagskompetenzen (Naumann & Oswald 2020; Teti 2015b). Ins-gesamt ist der Verbleib in den gewohnten eigenen vier Wänden nicht in jedem Fall die sinnvollste Möglichkeit (Teti & Hoepflinger 2020).

Zudem hätte eine größere Umzugsbereitschaft im Alter positive Effekte für den Wohnungsmarkt. Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen, dass ältere Menschen in Deutschland im Durchschnitt deutlich mehr Wohnfläche zur Verfügung haben als jüngere Altersgruppen: So hatten im Jahr 2022 Alleinlebende ab 65 Jahren im Durchschnitt etwa 83 Quadratmeter zur Verfügung – Alleinlebende der Altersgruppe 45 bis 65 Jahren lebten auf etwa 73 Quadratmeter, Angehörige jüngerer Altersgruppen auf noch weniger Fläche. Etwas mehr als ein Viertel der Alleinstehenden der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren lebte auf mindestens 100 Quadratmetern – bei den Alleinstehenden der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen traf dies nur auf etwa 19 Prozent zu (Statistisches Bundesamt 2023c). Andere Studien kommen zu dem Schluss, dass etwa 9 Prozent der Haushalte mit einem über 70-Jährigen Haushaltsvorstand in überdurchschnittlich großen Wohnungen lebt (Sagner & Voigtländer 2023).

Einer der Gründe für diese hohe Quote an unterbelegten Wohnungen bei Haushalten älterer Menschen ist der in der Wohnforschung und Wohnungspolitik sogenannte Remanenzeffekt: Auch wenn die Kinder ausgezogen sind und/oder der Partner oder die Partnerin schon verstorben ist, bleiben viele ältere Menschen in den Wohnungen oder Häusern wohnen, in denen sie mit den Kindern und/oder dem Partner beziehungsweise der Partnerin gewohnt haben (Ammann & Müther 2022; Heising & Baba 2011). Auch dafür gibt es nachvollziehbare Gründe: Erstens gibt es zu wenig barrierereduzierte kleinere Wohnungen, die als Alternative in Frage kommen. Der Wechsel in eine kleinere, barrierearme Wohnung kann zweitens daran scheitern, dass die Mietpreise bei bestehenden Mietverträgen oft deutlich unter den Mietpreisen bei Neuvermietung liegen. Wenn die Wohnkosten durch einen Umzug deutlich ansteigen, wird ein Wohnungswechsel eher unterbleiben, auch wenn ein Umzug aufgrund einer veränderten Lebenssituation eigentlich sinnvoll wäre. Drittens sind Menschen, die schon lange in einer bestimmten Wohnung leben, im gewohnten Wohnumfeld fest verwurzelt. Die meisten Menschen verändern ihre Wohnsituation ab dem 50. Lebensjahr nicht mehr – außer wenn ein entstehender Pflegebedarf einen Umzug nötig macht (Ammann & Müther 2022).

Individuell kann dies negative Folgen haben, wenn die Bewirtschaftung einer großen Wohnung im höheren Alter zu einer Last wird. Gesellschaftlich wird dadurch die Dynamik von Wohnungsmärkten gebremst – mit der Folge, dass große Wohnungen nicht für jene frei sind, die auf sie angewiesen sind (etwa größere Familien). Zugespitzt auf die überzeichnete und vereinfachende Gegenüberstellung von „Älteren auf überdurchschnittlich viel Wohnfläche pro Kopf“ und „jungen Familien mit zu wenig Wohnfläche pro Kopf“ wird dies bisweilen als Teil eines „Generationenkonflikts“ thematisiert (Sabin 2024a; Wischmeyer 2024). Wenn älter werdende Menschen bei veränderten Wohnbedarfen eher bereit wären und praktisch auch die Möglichkeit hätten, in Wohnungen umzuziehen, die besser zu ihrer Lebenssituation passen, könnten Wohnungen auf den lokalen Wohnungsmärkten bedarfsgerechter verteilt werden. In verschiedenen Kommunen wurde deshalb schon mit Börsen für Wohnungstausch experimentiert, allerdings wenig erfolgreich (Sagner & Voigtländer 2023).

Um einen Umzug älterer Menschen aus einer zu großen oder nicht an Mobilitätseinschränkungen angepassten Wohnung zu erleichtern, müssen Kommunen vor allem ein ausreichendes Angebot an kleinen, preisgünstigen und barrierefreien Wohnungen vorhalten (Ammann & Müther 2022). In jeder Kommune sollte es ein differenziertes Angebot an verschiedenen für ältere Menschen geeigneten Wohnformen geben. Dabei ist es hilfreich, wenn Wohnungen mit Dienstleistungen verknüpft werden. Es sollte in kreativen Pilotprojekten ausgelotet werden, „welche Wohnformen mit reduzierter Wohnfläche von den verschiedenen Milieus akzeptiert werden“ (Günther, M. 2018: 30). Um die Bereitschaft zu mehr Wohnmobilität im Alter zu erhöhen, müssten ältere Menschen allerdings die Möglichkeit haben, *innerhalb des gewohnten Wohnumfelds* umzuziehen. Menschen hängen weniger an der Wohnung als an den lokalen sozialen Beziehungen. Bestehende, an einen Ort gebundene, alltägliche soziale Kontakte aufzugeben und an einem neuen Ort neue soziale Kontakte aufzubauen, ist für viele ältere Menschen schwierig (Dale et al. 2018; Oswald, F. 2012). Außerdem müssten Umzüge für ältere Menschen mit finanziellen Anreizen attraktiv gemacht werden (Sabin 2024b; Wischmeyer 2024). Länder, Kommunen und Unternehmen der Wohnungswirtschaft sollten Wohn- und Umzugsberatung und praktische Umzugshilfen anbieten – diese Angebote könnten in Angebote der Wohnberatung integriert werden.

4.2 Mobilität im öffentlichen Raum

Mobilität ist eine zentrale Voraussetzung für soziale Teilhabe (Havercamp & Rudinger 2016). Auch in Zeiten der digitalen Transformation ist für viele ältere Menschen sozialer Austausch in einem hohen Maße an Anwesenheit gebunden. Und wenn Menschen an einem Ort zusammenkommen, um gemeinsam Aktivitäten nachzugehen, hat dies immer auch mit Mobilität zu tun. Mobilität trägt daher wesentlich zur Lebenszufriedenheit und zum Wohlbefinden bei; anders herum werden Einschränkungen der Mobilität als ein Verlust erlebt, der die Lebenszufriedenheit deutlich verringert (Cirkel & Juchelka 2007; Hieber et al. 2006). Vor diesem Hintergrund ist es im Hinblick auf die Chancen für soziale Teilhabe wichtig, Mobilität zu erhalten und zu unterstützen (Schlag & Megel 2002).

Im Lebensverlauf verändert sich die Mobilität der Menschen, sowohl in ihrem Ausmaß als auch in ihrer Art. Ab dem fünften Lebensjahrzehnt sinkt mit zunehmendem Lebensalter die durchschnittliche Wegeanzahl pro Tag, bleibt allerdings in einem Rahmen zwischen 3,5 Wegen am Tag (Männer zwischen 65 und 74 Jahren) und 2,6 Wegen am Tag (Frauen ab 85 Jahren). Die mit dem Älterwerden einhergehende Reduktion des Aktivitätsradius zeigt sich stärker in den insgesamt zurückgelegten Tagesstrecken. Die im Mittel zurückgelegte Tagesstrecke beträgt 17 km für Männer und 13 km für Frauen in der Altersgruppe zwischen 65 und 74 Jahren, für Männer ab 85 Jahren nur noch 10 km und für gleichaltrige Frauen 6 km (Teti & Giesel 2024). Ältere Menschen sind also

tendenziell seltener unterwegs und legen vor allem geringere Distanzen zurück als jüngere Menschen. Dabei macht sich der Übergang in den Ruhestand zunächst nur wenig bemerkbar, erst etwa ab der Mitte des achten Lebensjahrzehnts legen ältere Menschen durchschnittlich deutlich weniger und deutlich kürzere Wege zurück als jüngere Menschen.

Ältere Menschen legen im Vergleich mit jüngeren Menschen einen größeren Anteil ihrer Wegstrecken zu Fuß zurück. Befunde der Studie „Hohes Alter in Deutschland" zeigen, dass viele hochaltrige Menschen der Auffassung sind, in ihrer Wohnumgebung gut zu Fuß unterwegs sein zu können (76,1 % schätzen die Umgebung als eher bis sehr geeignet hierfür ein) (Oswald, V. & Wagner 2023). Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) aus den Jahren 2020/2021 zeigen bei der „Mobilität zu Fuß" (mehr als ein Kilometer zu Fuß gehen) bedeutsame Unterschiede in Bezug auf den sozioökonomischen Status: Befragte mit niedriger Bildung waren beim Zu-Fuß-Gehen deutlich häufiger aus gesundheitlichen Gründen eingeschränkt (49,3 %) als Menschen mit hoher Bildung (14 %). Wenn nach dem Einkommen differenziert wird, zeigt sich ein ähnliches Bild: Von den armutsgefährdeten älteren Menschen war ein deutlich größerer Anteil (40 %) in der Zu-Fuß-Mobilität eingeschränkt als von den älteren Menschen mit hohem Einkommen (11 %) (Kortmann 2025). Um die Mobilität älterer Menschen zu fördern sollte deshalb die Begehbarkeit oder Erlaufbarkeit (Walkability) des öffentlichen Raumes geprüft und gegebenenfalls verbessert werden (siehe auch Kapitel 5).

Für viele ältere Menschen stellt der eigene PKW und die Möglichkeit, ihn zu nutzen, einen wichtigen Faktor für die Lebenszufriedenheit im Alter dar. Menschen, die einen eigenen PKW genutzt haben und dies aus gesundheitlichen Gründen aufgeben, empfinden diesen Schritt in der Regel als einen starken Einschnitt. Dies gilt insbesondere für Menschen in ländlichen Gebieten (Limbourg 2015). Daten des Deutschen Mobilitätspanels MiD (Teti & Giesel 2024) zeigen für das Jahr 2017 erhebliche Alters- und Geschlechtsunterschiede beim Besitz eines Führerscheins und bei der Nutzung eines Autos: Während bei den 65- bis 74-jährigen Älteren 96 Prozent der Männer und 86 Prozent der Frauen über einen Führerschein verfügten, besaßen in der Altersgruppe der über 85-Jährigen nur noch 87 Prozent der Männer und knapp die Hälfte der Frauen (47 %) eine Fahrerlaubnis. Über ein Auto im eigenen Haushalt verfügten in der Altersgruppe der 65- bis 74-jährigen 92 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen; in der Altersgruppe der über 85-Jährigen waren es noch 71 Prozent der Männer und gut die Hälfte der Frauen (52 %). Der Besitz eines Führerscheins und die Verfügbarkeit eines Autos im Haushalt weisen einen starken sozioökonomischen Gradienten auf: In der Gruppe der 75- bis 84-Jährigen verfügten im Jahr 2017 noch 95 Prozent der Personen mit hohem sozioökonomischem Status über ein Auto, Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status hingegen nur zu 64 Prozent.

Insgesamt nehmen Mobilitätschancen also mit dem Alter ab – und Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sind davon aufgrund geringerer ökonomischer Ressourcen sowie gesundheitlicher Einschränkungen besonders stark betroffen. Weil sie zudem weniger Möglichkeiten haben, zum Beispiel Taxifahrten, Angebote von Reiseunternehmen oder Fahrdienste durch Freund*innen und Angehörige zu nutzen, können sie Einschränkungen in ihrer individuellen Mobilität weniger gut kompensieren als Menschen mit hohem sozioökonomischem Status (Kümpers & Alisch 2018; Simonson & Vogel 2019).

Um auch für sozial benachteiligte ältere Menschen individuelle Mobilitätschancen zu erhalten, sollte der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) barrierearm ausgebaut werden. Ein barrierearmer Zugang zum ÖPNV beinhaltet Rampen, Aufzüge und rollstuhlgerechte Haltestellen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen und Behinderungen. Ein barrierearmer Zugang zu öffentlichen Ressourcen gilt als Grundrecht (UN-Behindertenkonvention); demnach muss es auch Menschen mit physischen oder psychischen Einschränkungen ermöglicht werden, ÖPNV-Angebote gleichwertig nutzen zu können (Rößler et al. 2022). Dies ist aktuell trotz gegenwärtiger Verbesserungen im ÖPNV-Netz (Verfügbarkeit analoger und digitaler Fahrpläne, Fahrstühle, Neigetechniken in Zügen und Bussen, Ein- und Ausstiegsrampen) bei weitem nicht durchgehend gegeben (Lübke et al. 2021). Um zukünftig gerechte Nutzungschancen der ÖPVN-Angebote auch im Alter sicherzustellen, müssen die Bedarfe dieser Nutzer*innengruppe frühzeitig in die Entwicklung eingebracht und verkehrstechnisch und politisch konsequent verfolgt werden (Böckler & Musialik 2022; Cirkel & Juchelka 2007).

Mit Blick auf die Möglichkeiten älterer Menschen, ihr Leben selbstbestimmt und nach den eigenen Vorstellungen eines guten Lebens zu gestalten, ist es also nicht nur sinnvoll, in den Wohnungen älterer Menschen bauliche Barrieren zu reduzieren (siehe Abschnitt 4.1.2), sondern auch im öffentlichen Raum und im ÖPNV. Dazu gehören zum Beispiel ausreichend breite und instandgehaltene Fußwege mit abgesenkten Bordsteinen, die auch mit einem Rollator oder einem Rollstuhl gut überwunden werden können, sowie ausreichende und klug verteilte Sitzbänke. Die Haltestellen von Bussen, Straßenbahnen und U-Bahnen müssen möglichst barrierearm zugänglich und der Ein- und Ausstieg ohne hohe Stufen möglich sein.

4.3 Soziale Einbindung

Die Wohnsituation und die soziale Einbindung älterer Menschen sind häufig eng miteinander verbunden. Soziale Einbindung meint die Einbettung von Menschen in ein Netzwerk von sozialen Beziehungen. Zum Netzwerk einer Person können zählen: der/die Partner*in, Kinder und Enkelkinder, Geschwister, Eltern, andere Verwandte, Freund*innen, Nachbar*innen sowie Bekannte (Tesch-Römer 2010). Soziale Netzwerke sind für ältere Menschen in vielerlei Hinsicht bedeutsam: Erstens wirken sich die mit Anderen unternommenen Aktivitäten in der Regel positiv auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit einer Person aus – auch präventiv, also über die gesamte Lebensspanne (Huxhold et al. 2012; Merz & Huxhold 2010; Rafnsson et al. 2015). Zweitens leisten die Menschen im sozialen Netzwerk häufig gegenseitig Hilfe und Unterstützung. Es hängt wesentlich von der Anzahl und der Qualität der sozialen Beziehungen im sozialen Netzwerk eines älteren Menschen ab, wie viel und welche Art der informellen Unterstützung, Hilfe oder Pflege die betreffende Person bekommen kann. Die aus dem sozialen Netzwerk resultierende Unterstützung kann dazu beitragen, dass Menschen sich besser an gesundheitliche und altersbedingte Veränderungen anpassen sowie kritische Lebensereignisse besser bewältigen können (Pinquart & Sörensen 2000). Eine gute soziale Einbindung kann insofern die individuellen Ressourcen zur selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens stärken und damit die soziale Teilhabe fördern.

Die sozialen Kontakte im Wohnumfeld, also in der Nachbarschaft und im weiteren Wohnumfeld, rücken vor allem dann stärker in den Blick, wenn mit dem Übergang in den Ruhestand bestimmende räumliche Kontexte wegfallen, die im mittleren Lebensabschnitt vielfach mit sozialen Begegnungen und Beziehungen verknüpft sind, wie beispielsweise der Weg zur Arbeit sowie der Arbeitsplatz selbst (Kricheldorff 2015; Schnur 2020).

4.3.1 Risiken für die soziale Einbindung

Menschen mit kleinen persönlichen Netzwerken und wenigen sozialen Beziehungen haben ein erhöhtes Risiko dafür, im höheren Lebensalter wenig sozial eingebunden zu sein. In diesem Abschnitt werden auf der Grundlage der Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/21 Lebenssituationen und Selbstwahrnehmungen beschrieben, die auf eine geringe soziale Einbindung hinweisen und oftmals mit verminderten Chancen auf soziale Teilhabe einhergehen:

- Allein leben oder allein wohnen,
- sozial isoliert sein,
- sich als sozial exkludiert wahrnehmen,
- sich einsam fühlen.

Tabelle 19 Anteil der Personen, auf die das jeweilige Risiko für geringere soziale Bindung zutrifft, in Prozent

	(A)				(B)				(C)				(D)			
	Alleinleben				**Soziale Isolation**				**Soziale Exklusion**				**Einsamkeit**			
	Alter in Jahren				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**			
	50 bis 59	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**	**50 bis 59**	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**	**50 bis 59**	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**	**50 bis 59**	**60 bis 69**	**70 bis 79**	**80 +**
Insgesamt	**15,9**	**18,2**	**32,4**	**57,5**	**13,3**	**14,1**	**12,6**	**12,1**	**4,8**	**5,7**	**3,5**	**16,7**	**10,6**	**7,1**	**6,4**	**7,3**
Geschlecht																
Männlich	15,8	12,5	24,9	31,5	13,1	18,0	18,4	13,9	5,4	5,0	4,6	16,4	9,9	7,4	7,0	13,5
Weiblich	16,0	24,6	38,2	74,3	13,5	9,8	8,0	10,9	4,2	6,4	2,6	17,0	11,2	6,7	5,8	2,2
Bildung																
Niedrig/mittel	16,1	17,7	32,9	61,1	14,7	13,7	11,6	10,6	5,7	7,5	3,5	20,4	10,6	7,1	5,8	6,8
Hoch	15,6	19,0	31,6	47,7	11,1	14,6	14,1	16,3	3,6	3,0	3,6	8,0	10,6	7,0	7,1	8,4
Region																
West	14,5	17,8	31,7	56,3	13,2	13,5	12,3	10,6	4,7	4,8	2,8	17,5	11,3	7,5	6,9	7,6
Ost	22,1	20,1	34,5	63,2	13,7	16,5	13,5	18,4	5,5	9,2	5,6	12,4	6,8	5,2	4,6	5,4
Siedlungstyp																
Großstadt/städtischer Kreis	16,6	18,1	33,8	61,0	13,7	13,1	12,2	12,9	3,7	4,3	3,3	16,8	10,2	8,6	6,6	7,0
Ländlicher Kreis	14,5	18,4	29,5	51,9	12,4	15,8	13,2	10,6	7,0	8,5	4,0	16,7	11,4	3,8	5,8	7,7
Funktionale Einschränkung																
Nicht eingeschränkt	14,3	17,1	29,8	46,2	13,8	14,0	11,2	14,1	3,7	3,1	2,8	8,6	9,2	5,3	6,0	2,8
(Stark) eingeschränkt	19,7	20,9	38,7	65,8	11,7	12,7	15,5	10,6	7,4	11,5	5,5	25,1	14,1	11,2	7,4	11,6
	Alter in Jahren				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**				**Alter in Jahren**			
	50 bis 69		**70 +**		**50 bis 69**		**70 +**		**50 bis 69**		**70 +**		**50 bis 69**		**70 +**	
Materielle Lage																
Armutsgefährdet	36,8		57,2		23,1		16,0		12,9		19,6		14,1		14,0	
Mittlere Einkommen	17,3		44,4		11,8		10,8		5,8		10,0		9,3		5,7	
Höhere Einkommen	11,3		41,7		11,1		12,9		2,0		2,1		7,5		10,2	

Quelle: Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025. Daten: Deutscher Alterssurvey (DEAS) 2020/2021.

Alleinleben

Alleine zu leben geht nicht zwangsläufig mit sozialer Isolation oder Einsamkeit einher, erhöht aber die Wahrscheinlichkeit dafür. Insgesamt lebten nach den Daten des DEAS 2020/2021 30 Prozent der Personen ab 50 Jahren allein. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Alleinlebenden (Tabelle 19, Spalte A): Während bei den 50- bis 59-Jährigen 15,9 Prozent allein lebten, sind es bei den 60- bis 69-Jährigen 18,2 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 32,4 Prozent und bei den 80-Jährigen und Älteren 57,5 Prozent. Je älter die betrachtete Altersgruppe, desto seltener ist vermutlich eine Trennung der Grund für das Alleinleben, sondern vielmehr der Umzug des/der Partner*in in eine stationäre Pflegeeinrichtung oder der Tod des/der Partner*in.

Dabei gibt es erhebliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Während der Anteil der Alleinlebenden bei den 50- bis 59-Jährigen keine nennenswerten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigte (Männer 15,8 %, Frauen 16,0 %), waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den 80-Jährigen und Älteren erheblich. Bei den 80-Jährigen und Älteren lebten 31,5 Prozent der Männer, aber 74,3 Prozent der Frauen allein. Bei heterosexuellen Paaren wirkt sich hier unter anderem aus, dass Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer haben und dass ihre Partner häufig älter sind als sie. Bei den Männern sank der Anteil der Alleinlebenden bis zum Alter von 75 Jahren und stieg erst danach wieder an (Hochgürtel & Sommer 2021).

Laut der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (Wenner et al. 2023) lebte in den Jahren 2020/2021 knapp die Hälfte der Menschen im Alter von 80 Jahren und älter allein (44,5 %). 44,3 Prozent der Hochaltrigen lebten in Mehrpersonenhaushalten und 11,2 Prozent lebten in einer stationären Einrichtung. Wenn Menschen im hohen Alter in Mehrpersonenhaushalten lebten, dann überwiegend zusammen mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin (76,7 %). Nur 13 Prozent der Hochaltrigen wohnten mit ihren Kindern zusammen in einem Mehrpersonenhaushalt.

Bildung, Region und Siedlungstyp machten für die Frage, wie wahrscheinlich eine Person alleine lebt, keinen nennenswerten Unterschied. Die materielle Lage und die Gesundheit spielten jedoch durchaus eine Rolle: Je geringer das Einkommen, desto höher war der Anteil Alleinlebender – in allen betrachteten Altersgruppen. Dies kann unter anderem damit zusammenhängen, dass sich Personen in Mehrpersonenhaushalten Lebenshaltungskosten teilen können und dementsprechend weniger armutsgefährdet sind. Der Anteil der Alleinlebenden war bei Personen mit funktionalen Einschränkungen höher als bei Personen ohne funktionale Einschränkungen.

Soziale Isolation

Eine Person gilt als sozial isoliert, wenn sie keine oder höchstens eine enge Beziehungsperson hat – auch die Zahl der engen Beziehungspersonen kann in Studien wie dem DEAS gut abgefragt werden. Die Daten des DEAS zeigen, dass im Jahr 2020/2021 durchschnittlich 13,1 Prozent aller Personen ab 50 Jahren berichteten, dass sie keine oder höchstens eine enge Beziehungspersonen haben (Tabelle 19, Spalte B).[29] Die verschiedenen Altersgruppen unterschieden sich dabei nicht wesentlich (13,3 % bei den 50- bis 59-Jährigen; 14,1 % bei den 60- bis 69-Jährigen; 12,6 % bei den 70- bis 79-Jährigen; 12,1 % bei den 80-Jährigen und Älteren). Die einzige Gruppe, die mit höheren Werten auffällt, waren Männer im Alter von 60 bis 79 Jahren. In dieser Altersgruppe waren die Anteile der sozial isolierten Männer mit 18 Prozent (bei den 60- bis 69-Jährigen) und 18,4 Prozent (bei den 70- bis 79-Jährigen) doppelt so hoch wie bei den gleichaltrigen Frauen (9,8 % bei den 60- bis 69-Jährigen; 8 % bei den 70- bis 79-Jährigen). Bildung, Region, Wohnform und funktionale Einschränkungen waren keine Risikofaktoren für soziale Isolation in der zweiten Lebenshälfte – allerdings waren armutsgefährdete Ältere deutlich häufiger isoliert als Personen mit höheren Einkommen.

Ähnlich wie beim Alleinleben bedeutet soziale Isolation nicht zwangsläufig, dass betroffene Menschen sich einsam fühlen, dass sie also etwas vermissen oder darunter leiden, nur eine oder keine enge Beziehungsperson zu haben. Die Wahrscheinlichkeit, sich einsam zu fühlen, ist bei sozial isolierten Menschen jedoch höher als bei Menschen, die nicht sozial isoliert sind, die also mehr als eine enge Beziehungsperson haben (Lippke & Smidt 2024).

[29] Generell (also auch altersunabhängig) ist zu beachten, dass die berichteten Werte zu sozialer Isolation, wahrgenommener sozialer Exklusion und Einsamkeit eine Unterschätzung darstellen können, da Personen, die bereit sind, an einem Interview im Rahmen einer Befragung teilzunehmen, vermutlich tendenziell weniger sozial isoliert und sich weniger exkludiert und einsam fühlen als Personen, die eine Teilnahme verweigern. Zudem werden aufgrund der methodischen Schwierigkeiten bei vielen Studien (z. B. beim Deutschen Alterssurvey) keine Personen befragt, die in einem Pflegeheim leben.

Wahrgenommene soziale Exklusion

Gesellschaften mit starkem sozialen Zusammenhalt zeichnen sich dadurch aus, dass ihre Mitglieder das Gefühl haben, zur Gesellschaft dazu zu gehören und für sich einen Zugang zu gesellschaftlichen Einrichtungen und Institutionen sehen (Müller, A. 2012). Soziale Exklusion liegt vor, wenn Menschen sich nicht als Teil der Gesellschaft fühlen, sondern sich als ausgeschlossen oder ausgegrenzt wahrnehmen.

Der DEAS 2020/2021 zeigt, dass der Anteil der Menschen, die in diesem Sinne soziale Exklusion erlebten, gering war und bis zum Alter von unter 80 Jahren bei etwa fünf Prozent lag. Bei den 80-Jährigen und Älteren stieg er jedoch auf 16,7 Prozent an (Tabelle 19, Spalte C). Dies galt insbesondere für hochaltrige Personen mit niedriger und mittlerer Bildung (20,4 % in der Altersgruppe 80 Jahre und älter). Demgegenüber war der Anteil der Personen, die sich sozial ausgegrenzt fühlten, bei den Hochgebildeten in der Altersgruppe 80 Jahre und älter mit 8 Prozent nur halb so hoch. Bei den Personen mit funktionalen Einschränkungen war der Anteil derer, die sich sozial ausgegrenzt fühlten, mit 25,1 Prozent dreimal so hoch wie bei den Personen ohne funktionale Einschränkungen im Alter 80 Jahre und älter (8,6 %). Besonders groß waren die Unterschiede zwischen Personen mit unterschiedlichem Einkommen: Der Anteil der Personen, die sich sozial ausgegrenzt fühlten, war bei armutsgefährdeten Personen zum Teil zehnmal so hoch wie bei Personen mit höherem Einkommen (Gruppe der Personen mit höherem Einkommen: 2 % im Alter 50-69 Jahre, 2,1 % im Alter 70 Jahre und älter; Gruppe der Personen mit Armutsgefährdung: 12,9 % im Alter 50-69 Jahre, 19,6 % im Alter von 70 Jahren und älter).

Insgesamt fühlen sich also Personen ab 80 Jahren mit niedrigem Bildungsniveau, funktionalen Einschränkungen und vor allem mit Armutsgefährdung mit einer recht großen Wahrscheinlichkeit ausgegrenzt. Von den Menschen mit einem hohen Bildungsniveau, einem hohen Einkommen und ohne funktionale Einschränkungen fühlen sich hingegen deutlich weniger ausgegrenzt.

Die wahrgenommene soziale Exklusion in der zweiten Lebenshälfte ist ein starker Indikator für eine eingeschränkte soziale Teilhabe. Positiv kann hier zusammengefasst werden, dass dies von allen Befragten nur fünf Prozent, also jede*n zwanzigste*n Bundesbürger*in betrifft. Risikogruppen sollten jedoch genauer in den Blick genommen werden.

Einsamkeit

Wie soziale Exklusion ist auch Einsamkeit ein subjektives Empfinden: Das Gefühl, keine ausreichende Anzahl von Menschen zu haben, zu denen eine enge Beziehung empfunden wird. Einsamkeit wird oft fälschlicherweise mit dem Zustand der objektiven sozialen Isolation verwechselt (Lippke & Smidt 2024). Menschen können sich jedoch einsam fühlen, obwohl sie einen Partner oder eine Partnerin haben, mit anderen Menschen zusammenwohnen, ein großes soziales Netzwerk oder mehrere enge Beziehungspersonen haben. Anders herum kann es sein, dass Menschen sich nicht einsam fühlen, obwohl sie sozial isoliert sind. Wenn ein älterer Mensch sich einsam fühlt, ohne selbst etwas daran ändern zu können, kann dies zu gesundheitlichen Einbußen führen (Cacioppo & Cacioppo 2014; Luhmann et al. 2023).

Einsamkeit wird in der öffentlichen Diskussion häufig als ein Problem dargestellt, das vor allem ältere Menschen betrifft. Empirische Studien zeigen jedoch, dass der Anteil der Personen, die sich in der zweiten Lebenshälfte einsam fühlen, relativ gering ist. Den Daten des DEAS zufolge lag die Einsamkeitsquote unter älteren Menschen in den Jahren 2021/2022 bei etwa 10 Prozent (Tabelle 19, Spalte D). Die Verbreitung von Einsamkeitsgefühlen nimmt auch nicht mit dem Alter zu, sondern eher ab: Bei den 50- bis 59-Jährigen lag die Einsamkeitsquote bei 10,6 Prozent, sank dann deutlich auf 7,1 Prozent bei den 60- bis 69-Jährigen und auf 6,4 Prozent bei den 70- bis 79-Jährigen. Bei den 80-Jährigen und Älteren lag die Quote immer noch bei 7,3 Prozent. Der Befund des DEAS, dass Einsamkeitsgefühle in jüngeren Altersgruppen stärker verbreitet sind als in älteren Altersgruppen, werden durch Befunde aus der Zeitverwendungserhebung (ZVE) im Jahr 2022 gestützt: Von den Personen ab 65 Jahren berichteten 9,8 Prozent, sich „oft“ einsam zu fühlen, in der Altersgruppe der 45- bis 65-Jährigen lag dieser Anteil hingegen bei 16,4 Prozent.[30]

Auch die Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ zeigen für 2020/2021, dass in der Altersgruppe der Hochaltrigen die Einsamkeitsrate im Vergleich zu jüngeren Menschen niedrig ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieser Survey während der Covid-19-Pandemie durchgeführt wurde. Selbst unter den Bedingungen der Pandemie fühlten sich 87,9 Prozent der Hochbetagten nicht einsam. Der Anteil der Hochaltrigen, die sich einsam

[30] https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressekonferenzen/2024/zve2022/statement-zve.pdf?__blob=publicationFile (siehe dort Seite 12 und 13).

fühlten, war zum Zeitpunkt der Befragung mit 12,1 Prozent jedoch doppelt so hoch wie vor der Pandemie (Kaspar et al. 2023).

Die Daten des DEAS 2020/2021 zeigen nur geringe geschlechtsspezifische Unterschiede, nur bei den hochaltrigen Personen ist der Unterschied zwischen Männern und Frauen deutlich: Hochaltrige Männer (80 Jahre und älter) wiesen eine Einsamkeitsrate von 13,5 Prozent auf, gleichaltrige Frauen hingegen nur von 2,2 Prozent. Hochaltrige Männer (80 Jahre und älter) mit niedriger/mittlerer Bildung wiesen im Vergleich zu hochaltrigen Männern mit hoher Bildung mit 17,2 Prozent ein mehrfach erhöhtes Einsamkeitsrisiko auf (Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025). Aus anderen Studien ist bekannt, dass Alleinleben ein Risikofaktor für Einsamkeit, das heißt das Leiden unter dem Alleinsein, darstellt. Wenn Angehörige pflegebedürftig werden oder versterben, steigt ebenfalls das Risiko für das Empfinden von Einsamkeit (Luhmann et al. 2023).

Darüber hinaus sind es aber vor allem zwei Faktoren, deren Ausprägung einen statistischen Unterschied für das Erleben von Einsamkeit ausmacht (Tabelle 19, Spalte D):

- Funktionale Einschränkungen: In allen Altersgruppen fühlte sich von den Menschen mit funktionalen Einschränkungen ein deutlich größerer Anteil einsam als von den Menschen ohne funktionale Einschränkungen. Vor allem hochbetagte Menschen (älter als 80 Jahre) mit funktionalen Einschränkungen fühlten sich signifikant häufiger einsam als Gleichaltrige ohne funktionale Einschränkungen (11,6 % versus 2,8 %). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch in anderen wissenschaftlichen Studien (Luhmann et al. 2023).
- Einkommen: Auffällig ist auch der Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Erleben von Einsamkeit. Armutsgefährdete Menschen und Menschen mit geringerem Einkommen hatten eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit, sich einsam zu fühlen als Menschen mit höherem Einkommen (Huxhold et al. 2023).

Einerseits kann hier festgehalten werden, dass sich die allermeisten Menschen in der zweiten Lebenshälfte nicht oft – und wenn überhaupt, dann nicht sehr – einsam fühlen. Andererseits ist Einsamkeit für diejenigen älteren Menschen, die sie erleben, mit beträchtlichen Einbußen an Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Da Einsamkeit mit erheblichen gesundheitlichen Folgen verbunden ist, handelt es sich um ein ernst zu nehmendes gesellschaftliches Problem, das auch (aber nicht nur!) das Alter betrifft. Ältere Menschen, die sich einsam fühlen, haben im Vergleich zu jüngeren Menschen zudem größere Schwierigkeiten, durch das Knüpfen sozialer Kontakte wieder aus der Einsamkeit herauszukommen (Huxhold & Henning 2023). Es gibt deshalb zahlreiche lokale Initiativen und Projekte, um ältere Menschen im Rahmen von Aktivitäten zusammenzubringen und ihren Austausch zu fördern. Beispiele hierfür sind Sport- und Bewegungsangebote, Senior*innenbegegnungszentren und Mehrgenerationenhäuser (für eine Übersicht über einige solcher Projekte siehe BAGSO 2021 sowie Lippke & Smidt 2024) Außerdem sind psychotherapeutische Maßnahmen oder telefonische Angebote wie Telefonseelsorge sinnvoll (Bücker & Beckers 2023). Auch die Bundesregierung hat sich des Themas angenommen und eine Strategie gegen Einsamkeit entwickelt (BMFSFJ 2023).

4.3.2 Unterstützung im persönlichen Netzwerk

Ein wichtiger Indikator für die soziale Einbindung einer Person ist die Größe ihres persönlichen Netzwerks. In der Forschung zu sozialen Beziehungen gibt es unterschiedliche Verfahren, die Zahl von Netzwerkpersonen zu erfassen. Beim Deutschen Alterssurvey (DEAS) werden die engeren Netzwerkpersonen erfragt. Dabei ergibt sich, dass jede befragte Person im Durchschnitt etwa fünf Personen als ihr engeres Netzwerk angab (Huxhold et al. 2023; Kortmann 2025). Mit zunehmendem Alter wird das persönliche Netzwerk zwar kleiner: von 4,8 Personen (bei Menschen zwischen 50 und 59 Jahre) auf 3,8 (bei Menschen ab 80 Jahren). Die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ zeigt mit Daten aus den Jahren 2020/2021, dass 90,9 Prozent aller Menschen ab 80 Jahren mindestens zwei Bezugspersonen hatten, die ihnen wichtig sind. Rund 40,5 Prozent der Hochaltrigen verbrachten „häufig“ und 37,4 Prozent „manchmal“ Zeit mit Verwandten sowie im Freundes- und Bekanntenkreis (Wenner et al. 2023). Das bedeutet im Umkehrschluss aber auch, dass etwa ein Viertel der Hochaltrigen viel Zeit alleine verbringt. Ob sie dies tun, weil sie keine Menschen haben, mit denen sie Zeit verbringen können (z. B. weil Bezugspersonen verstorben oder weggezogen sind oder keine Zeit haben) oder weil sie sich mit weniger Menschen oder allein wohler fühlen, lässt sich aus den Daten nicht ableiten.

Studien zur Größe der individuellen Netzwerke zeigen insgesamt kleine, aber bedeutsame Unterschiede mit Blick auf Geschlecht, Bildung und Einkommen gibt:

- Frauen haben etwas größere persönliche Netzwerke als Männer (Kortmann 2025; Tesch-Römer 2025).

- Hochaltrige Menschen mit niedriger Bildung haben deutlich häufiger kleine oder sehr kleine Netzwerke im Vergleich zu solchen mit höherer Bildung (Wenner et al. 2023).
- Menschen mit höherem Einkommen haben größere Netzwerke als armutsgefährdete Menschen (Huxhold et al. 2023).
- Man geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person im höheren Alter informelle Hilfe und Unterstützung geben und bekommen kann, umso größer ist, je größer ihr persönliches Netzwerk ist. Da die Netzwerkgröße jedoch im Durchschnitt (nach Geschlecht, Bildungsstand und Einkommen) variiert, ist folglich auch die Chance, bei Bedarf informelle Hilfe und Unterstützung aus dem persönlichen Netzwerk zu bekommen, in der Bevölkerung ungleich verteilt. Dieser Befund wird von vielen Studien bestätigt (Antonucci 2001; Weyers et al. 2008).

Frauen erhalten aufgrund tendenziell größerer Netzwerke mit höherer Wahrscheinlichkeit als Männer emotionale und instrumentelle Unterstützung. 65-jährige und ältere Frauen berichteten im Vergleich zu jüngeren Frauen eine geringere soziale Unterstützung. Hier ist insbesondere an die hohen Zahlen alleinlebender und verwitweter Frauen zu denken. Weiterhin zeigt sich sowohl bei Frauen wie bei Männern dieser Altersgruppe ein klarer sozialer Gradient nach dem Bildungsstand: Bei Frauen und Männern war der Anteil derjenigen mit geringer sozialer Unterstützung größer, je niedriger der Bildungsstatus war, während der Anteil mit großer sozialer Unterstützung mit dem Bildungsstatus stieg; insbesondere ältere Frauen mit hohem Bildungsstatus verfügten besonders häufig über große soziale Unterstützung (Gaertner et al. 2023).

Dazu kommt, dass Menschen im Laufe ihres Lebens soziale Gewohnheiten entwickeln und diese in der Regel auch im Alter beibehalten – dies gilt auch für Kontaktfreudigkeit und die Kontaktpflege: Menschen, die schon immer viele Kontakte hatten und sich gut integriert fühlten, schaffen es trotz Schicksalsschlägen wie dem Verlust von Familienmitgliedern und Freund*innen, neue Kontakte zu knüpfen, alte Bekanntschaften aufleben zu lassen und sich gut integriert zu fühlen (Mund et al. 2020). Damit lässt sich erklären, dass sich lebenslange Erfahrungen im Aufbau und in der Pflege sozialer Kontakte gerade für Frauen im höheren Alter auszahlen.

Zudem kumulieren Unterstützungsleistungen von verschiedenen Seiten: Wer viel Unterstützung von Angehörigen bekommt, bekommt in der Regel auch viel Unterstützung aus der Nachbarschaft sowie von Freund*innen. Dies ist eher bei Menschen mit höherem Bildungsstand und einem höheren sozioökonomischen Status der Fall. Im Umkehrschluss ist gerade bei besonders unterstützungsbedürftigen Personen die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie weder von Angehörigen noch von Freund*innen noch aus der Nachbarschaft viel Unterstützung bekommen (Höpflinger 2012). Dies hat auch damit zu tun, dass nachbarschaftliche Unterstützung in hohem Maße auf Reziprozität angelegt ist: Wer eine Hilfeleistung gibt, erwartet, dass ihm/ihr in einer Notsituation ebenfalls geholfen wird. Es fällt eben nicht jeder Person leicht, in der Nachbarschaft Kontakte zu knüpfen und Beziehungen aufzubauen: „Nachbarschaft bildet nicht nur eine Ressource, sie setzt bereits Ressourcen voraus“ (Beetz 2012: 58).

Weil die Unterstützung und Pflege durch Angehörige immer weniger selbstverständlich wird und immer schwieriger zu organisieren ist (Deutscher Bundestag 2016), wird von verschiedenen pflegepolitischen Akteuren seit einiger Zeit verstärkt darüber nachgedacht, wie die Rolle von Nachbar*innen, Freund*innen sowie freiwillig Engagierter in den persönlichen Netzwerken älterer Menschen gestärkt werden können, um pflegende Angehörigen zu entlasten und zu unterstützen. Bei diesen Überlegungen muss die aufgezeigte ungleiche Verteilung der Chancen auf Unterstützung aus den persönlichen Netzwerken berücksichtigt werden.

4.4 Soziale Beziehungen und Strukturen der Versorgung im Sozialraum

Selbstbestimmte soziale Teilhabe im Alter setzt voraus, dass ältere Menschen bei der Wahl ihres Wohnraums und ihrer Wohngegend die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Optionen zu wählen. Bezüglich des Wohnumfelds ist für die Lebensqualität entscheidend, ob und wie ältere Menschen in ihrem Wohnumfeld sozial eingebunden sind und ob sie im Wohnumfeld mit Dienstleistungen und Gütern des täglichen Bedarfs versorgt sind. Dementsprechend ist in der Debatte über Lebenssituationen und Teilhabechancen älterer Menschen in der Alternsforschung wie auch in der Senior*innenpolitik schon seit Längerem eine Hinwendung zu den Verhältnissen „vor Ort" zu beobachten. Dass bereits der Siebte Altenbericht der Bundesregierung zum Thema „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften" (Deutscher Bundestag 2016) erstellt wurde, ist ein Ausdruck dieser Entwicklung.

Viele Projekte der Quartiersentwicklung, Stadtteil- oder Nachbarschaftsprojekte haben das Ziel, die sozialen Kontakte innerhalb von Sozialräumen zu stärken und damit potenziell auch die gegenseitige Unterstützung zwischen Nachbar*innen zu fördern. Dabei geht es in der Regel nicht nur darum, das soziale Eingebundensein älterer Menschen an sich zu stärken. Häufig zielen solche Projekte auch darauf ab, die im Sozialraum vorhandenen infrastrukturellen Ressourcen zu mobilisieren und so zu organisieren, dass die Versorgung älterer Menschen mit hausmeisterlichen, haushälterischen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienstleistungen sowie mit Beratungsangeboten verbessert werden kann.

Informelle Nachbarschaftshilfe und Verbundenheit mit der Nachbarschaft

Von den nachbarschaftlichen Beziehungen im Sozialraum hängen die soziale Einbindung und die Teilhabechancen älterer Menschen wesentlich ab (Fromm & Rosenkranz 2019). Regelmäßige Kontakte, Austausch und gegenseitige Unterstützung in der Nachbarschaft steigern das Wohlbefinden älterer Menschen und reduzieren Gefühle der Einsamkeit und der sozialen Exklusion. Es gilt als gesichert, „dass allein das Vorhandensein stabiler nachbarlicher Kontakte und die soziale Integration in den unmittelbaren wohnnahen Bereich […] eine unterstützende Wirkung haben" (Günther, J. 2005: 432). Dies trifft sicherlich für alle Altersgruppen zu, wegen ihres tendenziell kleiner werdenden Bewegungsradius aber insbesondere für ältere Menschen.

Konstitutive Merkmale der informellen nachbarschaftlichen Hilfe sind ihre Unverbindlichkeit, ihre räumliche Nähe, ihre Niedrigschwelligkeit, ihre sofortige Verfügbarkeit und ihre Selbstverständlichkeit (Beetz 2012). In der Regel handelt es sich um kleine, spontan erbringbare, kurzfristig anfallende, wenig anspruchsvolle Aktivitäten. Oft werden Nachbar*innen in unvorhergesehenen Fällen um Hilfe gebeten, wenn ein relativ geringes Maß an Unterstützung benötigt wird. Beispiele für solche instrumentellen nachbarschaftlichen Hilfen sind: Aushelfen mit fehlenden Lebensmitteln, Geräten oder Werkzeugen, kleinere Einkäufe mit erledigen, Pflanzen bei Abwesenheit versorgen, Handwerker*innen oder Besuch in die Wohnung lassen. Die informelle instrumentelle nachbarschaftliche Hilfe funktioniert am besten, wenn es sich um gelegentliche und wenig aufwändige Leistungen handelt, die im Alltagsablauf der Helfer*innen nicht sehr ins Gewicht fallen, und wenn der Grundsatz der Gegenseitigkeit (Reziprozität) eingehalten wird (Gerhards 2017). Daneben ist auch der Austausch von Informationen und Ratschlägen ein wesentlicher Teil gegenseitiger nachbarschaftlicher Unterstützung. Dies betrifft nicht nur den „Klatsch" und dessen positiven Aspekt der sozialen Einbindung in örtliche Begebenheiten, sondern auch Fragen und Entscheidungen im Rahmen der Alltagsorganisation (Heidbrink et al. 2009). Sowohl die instrumentelle als auch die emotionale gegenseitige Unterstützung in der Nachbarschaft setzt persönliche Beziehungen – also Bekanntschaft und ein Mindestmaß an Vertrautheit – zwischen den beteiligten Personen voraus.

Die Studie „Hohes Alter in Deutschland" zeigt, dass sich 2020/2021 über die Hälfte der hochaltrigen Menschen in Deutschland mit ihrem Wohnumfeld und ihrer Nachbarschaft verbunden fühlten (28,4 % sehr eng und 35,5 % eher eng). Dies bedeutet aber auch, dass sich mehr als ein Drittel hochaltriger Menschen weniger oder gar nicht mit ihrer Nachbarschaft verbunden fühlten. Dies trifft insbesondere für im Heim wohnende Hochaltrige zu (Oswald, V. & Wagner 2023). Das ist möglicherweise auch darauf zurückzuführen, dass sie in einem Heim leben, das nicht in ihrem angestammten Stadtteil liegt, oder dass Mobilitätseinschränkungen ihre soziale Teilhabe und Einbindung verhindern.

Für die soziale Teilhabe älterer Menschen ist eine gute Einbindung in der Nachbarschaft wünschenswert und förderlich. Freundschaftliche nachbarschaftliche Kontakte sind jedoch von außen nur schwer zu fördern: „Die empirisch vorzufindende Vielfalt an nachbarschaftlichen Beziehungen lässt sich nicht einfach steuern und der halböffentlich-halbprivate Charakter verweigert eine instrumentelle Nutzung" (Beetz & Wolter 2015: 215). Dazu kommt, dass der Aufbau nachbarschaftlicher Beziehungen Zeit braucht. Tragfähige nachbarschaftliche

Beziehungen entstehen über Jahre. Wo die Fluktuation hoch ist, ist die Bildung von nachbarschaftlichen Gemeinschaften eher unwahrscheinlich (Rohr-Zänker & Müller 1998). Zudem dürfen Nachbarschaften nicht (nur) als Einheiten gleichgesinnter Menschen verstanden werden (Hilti & Lingg 2022). Häufig haben nahe beieinander wohnende Menschen unterschiedliche Interessen, Sichtweisen und Bedürfnisse, was enge soziale Kontakte und gegenseitige Unterstützung eher erschwert und häufig sogar Konflikte hervorruft (Montau 2023).

Kommunen können die Entwicklung von Nachbarschaftsbeziehungen dennoch indirekt unterstützen (Fromm & Rosenkranz 2019). Dazu gehört, die öffentlichen Räume in den Quartieren, Stadtteilen, Dörfern oder Siedlungen so zu gestalten, dass Begegnungen, Austausch und Kontakt zwischen den dort lebenden Menschen erleichtert und wahrscheinlicher werden. Damit die Gestaltung des öffentlichen Raums in diesem Sinne gelingt und überhaupt eine Chance besteht, die erwünschte Wirkung zu erreichen, müssen die entsprechenden Maßnahmen partizipativ unter Mitwirkung der vor Ort lebenden Menschen entwickelt und umgesetzt werden.

Orte der Begegnung

Es ist mit Mitteln der empirischen Sozialforschung schwer zu erklären, warum manche Nachbarschaften im Hinblick auf die Entstehung und Entwicklung sozialer Beziehungen und gegenseitiger emotionaler und instrumenteller Unterstützung gut funktionieren und manche nicht. Lediglich die Kontakthäufigkeit zwischen den Nachbar*innen hat statistisch nachweisbare Effekte auf die gegenseitige Unterstützung (Seifert 2014). Soziale Beziehungen setzen voraus, dass es Begegnungen und Interaktionen gibt, dies ist bei nachbarschaftlichen Beziehungen nicht anders als bei Beziehungen in anderen Kontexten. Menschen müssen Gelegenheiten haben, sich kennenzulernen, zu treffen und auszutauschen. Begegnungen und Austausch zwischen den Menschen in einem Stadtteil, Quartier, einer Siedlung oder in einem Dorf können gefördert werden, indem der öffentliche Raum so gestaltet wird, dass sich die dort wohnenden Menschen gerne in ihm aufhalten. Hilfreich sind auch Begegnungsstätten wie Stadtteilzentren, Senior*innenfreizeiteinrichtungen oder Nachbarschaftshäuser, deren primäre Funktion darin besteht, Austausch, Kontakt, Kommunikation und Vernetzung zu ermöglichen.

Dezentrale Einrichtungen für die Versorgung mit Gütern des täglichen Lebens (z. B. Lebensmittelgeschäfte, Kioske, Bäckereien) und mit Dienstleistungen (z. B. Friseurgeschäfte oder Arztpraxen) sowie Freizeitangebote (z. B. Kneipen, Gaststätten, Eisdielen, Boule-Plätze) haben neben ihrer jeweiligen primären Funktion auch eine sekundäre Funktion als Orte für Begegnungen, Austausch und Kommunikation. Es ist deshalb eine wesentliche kommunale Aufgabe, in den Quartieren, Siedlungen und Dörfern eine dezentrale und kleinräumig verteilte Infrastruktur für Versorgung und Freizeit sicherzustellen. Nur so ist es älteren Menschen möglich, notwendige Versorgungs- und Dienstleistungen einschließlich Pflege und Betreuung innerhalb ihres Wohnortes in für sie erreichbaren Distanzen zu erhalten sowie in der Umgebung ihrer Wohnung soziale Kontakte zu erleben und zu pflegen.

Dort, wo es Versorgungs- und Freizeitangebote und damit auch Begegnungsorte gibt, sollten sich die Kommunen dafür einsetzen, diese zu erhalten. In vielen Dörfern und kleinen Gemeinden, häufig in peripheren, ländlich strukturierten Gebieten, wurden in der Vergangenheit Versorgungsangebote (Waren und Dienstleistungen) abgebaut. Zum Teil gibt es in solchen Ortschaften keinen Einzelhandel, kein Postamt, keine Bankfiliale, kein Café oder Gaststätte mehr. Diese Entwicklung ist nicht nur im Hinblick auf die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen problematisch, sondern auch in sozialer Hinsicht, weil damit auch Gelegenheiten zur Begegnung, Kommunikation und sozialen Teilhabe wegfallen. In zahlreichen Dörfern und kleinen Gemeinden wurden daraufhin sogenannte Dorfläden gegründet, in der Regel mit großem freiwilligem Engagement von Bürger*innen. Häufig sind die Dorfläden von vornherein nicht als reine Verkaufsorte, sondern auch als Treffpunkt und Begegnungsstätte konzipiert (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2015: 43ff.).

Strukturen der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit

Wenn von altersgerechten Wohnsituationen die Rede ist, sind damit in Bezug auf das höhere Lebensalter nicht nur möglichst barrierefreie oder barrierereduzierte Wohnungen gemeint, sondern auch ein möglichst barrierefreies oder barrierereduziertes Wohnumfeld, in dem eine Infrastruktur mit Angeboten zur Versorgung mit Gütern des alltäglichen Bedarfs sowie mit Dienstleistungen ortsnah zur Verfügung stehen. Dazu gehören auch Angebote zur sozialen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Unterstützung (Teti et al. 2014) – also Angebote, die oftmals der sogenannten Altenhilfe im weiteren Sinne zugerechnet werden.

Die Inanspruchnahme von Angeboten der Altenhilfe, die ein selbstbestimmtes Leben und eine gute Lebens- und Pflegequalität fördern sollen, ist allerdings ungleich verteilt (Klein, L. et al. 2021a). Dies liegt vor allem daran, dass solche Angebote für ältere Menschen oftmals auf sogenannten Komm-Strukturen aufbauen. Dies bedeutet: Die Trägerorganisationen halten an feststehenden Orten Angebote vor (z. B. die Kirchengemeinde einen

Senior*innennachmittag, der Wohlfahrtsverband eine Beratungsstelle, die Kommune und die Pflege- und Krankenkassen einen Pflegestützpunkt) – die Menschen, die diese Angebote nutzen könnten, müssen von ihnen wissen, sie aufsuchen (sie müssen zu den Orten kommen, an denen diese Angebote stattfinden) und gegebenenfalls ihr Anliegen oder ihre Fragen vortragen. Menschen, die gut in das soziale Leben im Quartier, in der Siedlung oder im Dorf eingebunden sind und die ein großes soziales Netzwerk haben, werden von solchen Angeboten gut erreicht. Viele Menschen kennen diese Angebote jedoch nicht – und wenn doch, dann kann für sie die Hürde, einen bestimmten Ort aufzusuchen, dort jemanden anzusprechen, ein Anliegen zu formulieren und Fragen zu stellen, immer noch sehr hoch sein. Dies betrifft in der Regel vor allem zurückgezogen lebende Menschen, Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, Menschen, die mit institutionellen Strukturen nicht vertraut sind, Migrant*innen, arme oder armutsgefährdete Menschen (Schubert & Vukoman 2014). Diese Gruppen werden von den Angeboten häufig weniger gut erreicht – obwohl vielleicht gerade sie von diesen Angeboten besonders profitieren würden.

Demgegenüber sind gerade im Hinblick auf die Erreichbarkeit benachteiligter Menschen sogenannte Geh-Strukturen mit „zugehenden" oder „aufsuchenden" Angeboten vielversprechender (Semrau 2014). Anders als bei der klassischen sozialarbeiterischen Streetwork, die häufig in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen angewendet wird, werden aufsuchende Beratungsangebote im Zusammenhang mit älteren Menschen in der Regel als „präventive Hausbesuche" konzipiert. Mit präventiven Hausbesuchen können unklare Bedarfslagen identifiziert, soziale Ressourcen gestärkt, der Zugang zu Informationen und Angeboten erleichtert und soziale Teilhabe gefördert werden (Gebert et al. 2021). In vielen Kommunen sammeln seit einigen Jahren verschiedene Träger Erfahrungen mit sozialraumorientierten präventiven Hausbesuchen (Blotenberg & Seeling 2023).[31]

In manchen Projekten der Sozialraum- und Gemeinwesenarbeit übernehmen freiwillig Engagierte, zumeist ältere Menschen, die Aufgabe, im Quartier präsent zu sein, sich bekannt zu machen, mit anderen älteren Menschen zu sprechen und bei Bedarf Informationen über Angebote der Altenhilfe weiterzugeben und entsprechende Kontakte herzustellen. Die freiwillig Engagierten müssen jedoch von hauptamtlich Tätigen qualifiziert und begleitet werden. Je nach Projekt heißen sie Nachbarschaftsstifter, Stadtteil-Kümmerer, Straßenbürgermeister, Quartiersbotschafter, Viertelgestalter oder Kiezhelfer (Stiel 2021).

Um auch zurückgezogen lebende Menschen mit Informationen über Angebote der Altenhilfe zu versorgen und auf diese Weise ihre Chance auf soziale Teilhabe zu verbessern, wurden in einzelnen Projekten Vermittler*innen eingesetzt, die beruflich regelmäßigen Kontakt zu älteren Menschen haben. Hierbei handelt es sich etwa um Ärzt*innen, Apotheker*innen, Physiotherapeut*innen, Hausmeister*innen von Wohnungsgesellschaften sowie Mitarbeiter*innen in Kiosken, Bäckereien, Lebensmittelgeschäften oder Friseurläden. Orte, an denen diese Menschen Kontakt auch mit zurückgezogenen älteren Menschen haben, dienen als „‘Brücke‘ für den Austausch von Informationen, um auf diesem Weg im Wohnquartier und Stadtteil mehr Teilhabechancen zu eröffnen" (Schubert & Veil 2016). Wenn die dort arbeitenden Menschen für mögliche Probleme älterer Menschen sensibilisiert und entsprechend geschult werden, können sie im Bedarfsfall Informationen weitergeben oder Dienste vermitteln (Schubert et al. 2015; Schubert & Vukoman 2014).

4.5 Förderung von Teilhabe durch Wohnpolitik und Quartiersentwicklung

Um die soziale Teilhabe aller älteren Menschen zu fördern, muss sichergestellt werden, dass sich auch arme oder armutsgefährdete Haushalte angemessenen Wohnraum leisten können. Der Bund sollte darauf achten, dass das Wohngeld auch bei steigenden Mieten die Wohnbedarfe wohngeldberechtigter älterer Menschen absichert. Die Länder sind dringend dazu aufgerufen, den Bestand an sozialem Wohnraum nicht weiter schrumpfen zu lassen, sondern ihn vielmehr wieder auszubauen und bedarfsgerecht zu verteilen. Eine Vielzahl von Akteuren (u. a. Bund, Länder, Kommunen, Pflegekassen, Verbände von Wohnungsgesellschaften und Wohnungsunternehmen, Beratungsstellen) müssen zusammenwirken, um mehr barrierereduzierten Wohnraum zu schaffen. Gesundheitlich eingeschränkten Menschen sollten mehr Möglichkeiten für barrierearmes/-freies Wohnen und damit für mehr Mobilität innerhalb und außerhalb der Wohnung ermöglicht werden. Dies sind wichtige Voraussetzungen für die soziale Einbindung, die Förderung von selbstständigem Wohnen und letztlich für soziale Teilhabe – insbesondere, wenn damit ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung verzögert werden kann.

Die Chancen auf soziale Teilhabe älterer Menschen hängen weiterhin auch davon ab, wie gut die Menschen an ihrem Wohnort sozial eingebunden sind und wie gut das dortige Angebot an sozialen und anderen Dienstleistungen sowie an Gütern des alltäglichen Bedarfs ist. Um die Chancen auf soziale Teilhabe aller älterer Menschen zu

[31] Siehe auch die Sammlung von Praxisbeispielen auf https://seniorenbueros.org/veranstaltungen/digitales-fachgespraech-zugehende-hilfen/ [Zugriff am 21.06.2024].

verbessern und zu sichern, sollten Maßnahmen deshalb auch auf der lokalen Ebene, an der Situation vor Ort ansetzen: „Dem Quartiersansatz folgend muss Sorge und Pflege lokal gedacht und sozialraumbezogen sowie sektorenübergreifend organisiert werden. Ziel muss es sein, Lebensorte zu fördern und zu entwickeln, in denen altengerechtes Wohnen und individuell ausgerichtete unterstützende Hilfsangebote zur Verfügung stehen“ (BAGSO 2023b). Nicht der einzige, aber sicher ein zentraler Akteur zur Gestaltung dieser lokalen Voraussetzungen für die soziale Teilhabe älterer Menschen sind die Kommunen.

Die Kommunen sollten die kommunale Altenhilfe entwickeln und die wohnortnahe Infrastruktur mit Angeboten für Versorgung, Begegnung und professionelle Beratung ausbauen (siehe Kapitel 10). Angebote der Altenhilfe sollten so gestaltet sein, dass alle älteren Menschen – unabhängig von ihrem Bildungshintergrund, ihren finanziellen Mitteln, ihrer Migrationsgeschichte, ihrer sexuellen oder geschlechtlichen Identität oder ihrer digitalen Affinität – damit erreicht werden und sich davon angesprochen fühlen. Die Kommunen sollten die nachbarschaftliche Integration, den sozialen Zusammenhalt und die Mobilität älterer Menschen unterstützen – auch bei funktionalen Einschränkungen und fehlenden familiären Netzwerken. Zur Prävention von Isolation und Vereinsamung ist die Einrichtung von (mehr) inklusiven Begegnungsstätten oder die Förderung von generationsübergreifenden Aktivitäten sinnvoll. Dabei sind maßgeschneiderte Ansprachen (die persönlich relevant und für alle verständlich sind), leichte Zugänglichkeit (damit auch Menschen mit geringen Ressourcen sie nutzen können) und inklusive Gestaltung (damit sich wirklich alle willkommen und wertgeschätzt fühlen) wichtig. Aufsuchende Angebote der Altenhilfe („präventive Hausbesuche“) sind bislang eher die Ausnahme und sollten über Pilotprojekte hinaus flächendeckend entwickelt und eingeführt werden. Aspekte der Gesundheitsförderung und der sozialen Verbundenheit sollten bei städteplanerischen und landschaftsarchitektonischen Überlegungen einbezogen werden.

Viele Kommunen verstehen die Gestaltung des Lebens im Alter bereits als ihre Aufgabe und haben entsprechende Maßnahmen bereits ergriffen – andere Kommunen sollten ihrem Beispiel folgen. Bund und Länder sollten geeignete organisatorische, rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen dafür schaffen und die Kommunen in die Lage versetzen, ihre Aufgaben zur Gestaltung des Lebens im Alter auch erfüllen zu können (siehe Kapitel 10; Deutscher Bundestag 2016).

5 Gesundheit und Versorgung

Gesundheit und Teilhabe hängen eng zusammen – bis ins hohe Alter. Dabei sind alle Teilhabedimensionen in unterschiedlicher Weise betroffen und miteinander verschränkt: Einerseits gilt Gesundheit selbst als Teilhabedimension und als Ressource für Teilhabe; sie wird andererseits von Teilhabedimensionen wie der materiellen Lage, der Qualität des Wohnens und/oder der Nachbarschaft beeinflusst. Eine abnehmende Gesundheit und zunehmende Funktionseinschränkungen erschweren die Teilhabe in den Dimensionen gesellschaftliche Mitwirkung, soziale Eingebundenheit sowie Erwerbs- und Sorgetätigkeit. Insbesondere Funktionseinschränkungen sind mit geringeren Aktivitäten assoziiert, deuten also auf Rückzug oder Exklusion hin. Weniger deutlich sind andere Zusammenhänge, die aber als eindeutig belegt gelten: Fehlende soziale Teilhabe und gesellschaftliche Exklusion senken nicht nur die Lebensqualität, sondern belasten auch die psychische und physische Gesundheit von Menschen. Hiervon sind nicht nur sozial benachteiligte Gruppen betroffen, diese jedoch besonders ausgeprägt.

Der erste Teil dieses Kapitels beleuchtet die gesundheitliche Lebenslage älterer Menschen und zeigt gesundheitliche Ungleichheiten zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Statusgruppen, Geschlechtern und Regionen auf; zudem geht es um den Einfluss und die unterschiedliche Verteilung von Gesundheitsverhalten. Der zweite Teil widmet sich den Zusammenhängen zwischen sozialer Teilhabe und verschiedenen Aspekten von Gesundheit. Im dritten Teil wird die Bedeutung des Wohnquartiers als zentraler Lebenswelt für die Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität vieler älterer und hochaltriger Menschen beleuchtet. Abschließend werden ausgewählte Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung aufgegriffen, die unmittelbar und mittelbar zentrale Bedeutung für die soziale Teilhabe älterer Menschen haben.[32]

5.1 Gesundheitliche Lage im Alter

In diesem Abschnitt werden grundlegende, für gesellschaftliche Teilhabe relevante Aspekte der aktuellen gesundheitlichen Lage älterer Menschen in Deutschland vorgestellt.

5.1.1 Körperliche Gesundheit und Krankheit

Zur Beurteilung der physischen und funktionalen Gesundheit älterer Menschen in Deutschland stellen die empirischen Untersuchungs- und Befragungsdaten aus zwei Studien des Robert Koch-Institutes (RKI) eine hervorragende Analysegrundlage dar. Die Daten dieser beiden Studien zeigen einen hohen Grad an Übereinstimmung.

Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) zur Gesundheit älterer Menschen

Mit der bundesweiten Befragungs- und Untersuchungsstudie „Gesundheit 65+“ (3.700 Teilnehmende, Datenerhebung in den Jahren 2021 und 2022) und der bundesweiten telefonischen Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2019/2020-EHIS) (7.800 Teilnehmende, Datenerhebung in den Jahren 2019 und 2020) wurden insgesamt 18 verschiedene Gesundheitsindikatoren nach Altersgruppen, Geschlecht, sozialer Lage und regionalen Aspekten stratifiziert und beschrieben. Bei den insgesamt 11.500 Studienteilnehmer*innen lag das Durchschnittsalter bei etwa 75 Jahren, das Höchstalter bei 100 Jahren. Die Geschlechterverteilung war mit einem gewichteten Frauenanteil von etwa 56 Prozent in beiden Erhebungen ausgewogen; in der Altersgruppe der Hochaltrigen (ab 80 Jahren) war der Frauenanteil entsprechend der Bevölkerungsverteilung signifikant höher als der Anteil der Männer. Aus methodischer Sicht positiv hervorzuheben ist bei beiden Studien der erhebliche Anteil an Personen aus nicht privilegierten sozialen Lagen (ca. 53 % Ältere mit einem niedrigen Bildungsniveau in beiden Erhebungen). Mit beiden Studien lässt sich der Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung in Deutschland, differenziert nach Altersklassen, Geschlecht, sozioökonomischem Status und geographischer Verortung abbilden, ebenso wie der Einfluss der Gesundheit im Alter auf die gesellschaftliche Teilhabe (für eine umfangreiche Darstellung der Daten und Analysen aus beiden Studien siehe Gaertner et al. 2025).

[32] Aspekte der Gesundheit von älteren Migrant*innen und älteren LSBTI*-Personen werden in den Kapiteln 7 bzw. 8 behandelt und deshalb in diesem Kapitel nicht thematisiert.

Chronische Krankheit, Multimorbidität und Gebrechlichkeit im Alter

In der Studie „Gesundheit 65+“ und in der GEDA/EHIS-Studie des RKI beschrieb etwa jede zweite Person ab 65 Jahren ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut. Dies war öfter der Fall bei den 65- bis 79-Jährigen im Vergleich zu den hochaltrigen Personen ab 80 Jahren, bei Männern im Vergleich zu Frauen, bei denjenigen mit einer besseren sozialen Lage im Vergleich zu denjenigen mit einer schlechteren sozialen Lage, in Westdeutschland und in den Regionen Nord, Süd, West im Vergleich zu Ostdeutschland sowie in ländlichen Gemeinden im Vergleich zu den (Groß-)Städten.

Dennoch gaben etwa zwei Drittel der Befragten an, dass bei ihnen mindestens eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem vorliegt. Erwartungsgemäß gab es Altersunterschiede in der Morbiditätsentwicklung. Nach der Datenlage der Studie „Gesundheit 65+“ litt die Altersgruppe der Hochaltrigen (ab 80 Jahren) öfter (71,7 %) an chronischen Erkrankungen als die Gruppe der 65- bis 79-Jährigen (64,6 %).

Multimorbidität bedeutet „das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Erkrankungen oder Gesundheitsprobleme bei ein und derselben Person“ (Scheidt-Nave et al. 2010: 441).[33] Von Multimorbidität sind zwei Drittel der Menschen ab 65 Jahren betroffen, allerdings wieder mit Unterschieden nach Alter und sozialer Lage: Der GEDA/EHIS-Studie zufolge berichteten hochaltrige Personen häufiger über Multimorbidität als die 65- bis 79-Jährigen (Personen ab 80 Jahren: 65,3 %; 65- bis 79-Jährige: 57,9 %). Frauen ab 65 Jahren waren öfter (68,2 %) von Multimorbidität betroffen als gleichaltrige Männer (61,5 %). Je höher der sozioökonomische Status (SES)[34], desto niedriger war der Anteil der multimorbid Erkrankten in der jeweiligen Gruppe (niedriger SES: 64,3 %, mittlerer SES: 61,0 %, hoher SES: 50,9 %). Zudem war die Prävalenz in Ostdeutschland mit 68,4 Prozent etwas höher als in Westdeutschland mit 67,6 Prozent (Gaertner et al. 2025).

Altersgebrechlichkeit (in der Fachliteratur als „Frailty“ bezeichnet) ist ein mehrdimensionales Syndrom, welches verminderte Widerstandsfähigkeit durch abnehmende Funktionsreserven im Alter kennzeichnet (Fuchs et al. 2016). Hinweise auf entstehende körperliche Gebrechlichkeit werden durch einen ungewollten Gewichtsverlust in den letzten zwölf Monaten oder die Erfahrung einer körperlichen Erschöpfung im Zeitraum der letzten vier Wochen abgebildet. In der Studie „Gesundheit 65+“ berichteten 5,2 Prozent der Befragten von einem ungewollten Gewichtsverlust von mindestens fünf Kilogramm in den letzten zwölf Monaten. Hochaltrige Frauen ab 80 Jahren waren davon dreimal so häufig (10,7 %) betroffen wie 65- bis 79-Jährige Frauen (3 %). Bei den Männern zeigten sich diesbezüglich keine relevanten Unterschiede in den Altersgruppen. 18,3 Prozent der Befragten gaben an, dass sie sich in den letzten vier Wochen nur selten oder nie voller Energie gefühlt haben. Hochaltrige Personen berichteten körperliche Erschöpfung häufiger als 65- bis 79-Jährige. Personen mit niedrigerem Bildungsniveau waren im Vergleich zu denjenigen mit höherem Bildungsniveau häufiger von Energiemangel oder körperlicher Erschöpfung betroffen.

Ausgewählte Ergebnisse zur funktionalen Gesundheit im Alter

Neben Multimorbidität und Gebrechlichkeit beeinflussen auch funktionale Einschränkungen im Alter die Teilhabe. Die Studie „Gesundheit 65+“ zeigt, dass insbesondere hochaltrige Menschen ab 80 Jahren in ihren Alltagsaktivitäten oft eingeschränkt waren. Während nur 22,5 Prozent der Hochaltrigen Einschränkungen in den basalen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs: Baden oder Duschen, das morgendliche Anziehen, Essen und Trinken) berichteten, waren 41,4 Prozent bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (iADLs) eingeschränkt, zum Beispiel beim Einkaufen oder bei der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel. Auch hier zeigten sich in beiden Bereichen Unterschiede nach sozioökonomischem Status (SES): Über Einschränkungen der ADLs berichteten Ältere ab 65 Jahren mit niedrigem SES dreimal so häufig (8,8 %) wie diejenigen mit hohem SES (2,7 %); von Einschränkungen der iADLs sind Ältere mit niedrigem SES (19 %) doppelt so häufig betroffen wie diejenigen mit hohem SES (9,2 %).

Mit höherem Alter steigt auch das Risiko für Mehrfachstürze (von ca. 8 % bei Menschen ab 65 Jahren bis 23 % bei Menschen ab 80 Jahren) („Gesundheit 65+“). 65-Jährige und Ältere mit niedrigem SES waren wiederum häufiger (13,2 %) von Mehrfachstürzen betroffen als 65-Jährige und Ältere mit hohem SES (9,3 %) (GEDA/EHIS). Mangelnde körperliche Kondition (Keil & Stenzel 2018) und Sturzangst (Borchers et al. 2023) können die Teilhabe im Alter negativ beeinflussen. 27,7 Prozent der Befragten der Studie „Gesundheit 65+“ waren von

[33] Bei der GEDA/EHIS-Studie des RKI wurde Multimorbidität anhand des gleichzeitigen Vorkommens von mindestens zwei von neun Erkrankungen im Zeitraum der letzten 12 Monate gemessen.

[34] Mit dem Sozioökonomischen Status (SES) werden soziale Unterschiede über einen mehrdimensionalen Index erhoben, in den Informationen zum Bildungsniveau, zur beruflichen Stellung und zum Netto-Äquivalenzeinkommen eingehen; die unteren 20 % werden als „niedriger sozioökonomischer Status“ erfasst, die oberen 20 % als „hoher sozioökonomischer Status“.

Schwindel oder Gleichgewichtsstörungen in den letzten 12 Monaten betroffen; atemnotbedingte Bewegungseinschränkungen wurden von 14,1 Prozent der Befragten berichtet. Auch bei diesen Einschränkungen waren Frauen häufiger als Männer betroffen, hochaltrige Personen häufiger als Jüngere und diejenigen mit niedrigerem Bildungsniveau häufiger als diejenigen mit höherem Bildungsniveau.

Mobilitätseinschränkungen waren bereits in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen mit etwa 10 Prozent zu verzeichnen. Älteren mit niedrigem SES berichteten dabei häufiger über eine eingeschränkte Mobilität als Ältere mit hohem SES (22,9 % vs. 8,9 %). Bei den Hochaltrigen war mehr als jede*r Dritte (42,8 %) davon betroffen („Gesundheit 65+“).

Zusätzlich sind spezifische Funktionseinschränkungen in den Bereichen des Hörens und Sehens, der Mundgesundheit und der Harn- und Stuhlinkontinenz relevant für Teilhabe. Die „Gesundheit 65+“-Studie zeigt hierzu die folgenden Befunde (Gaertner et al. 2025):

- Bei Hochaltrigen (ab 80 Jahren) waren Hör- und Sehvermögen häufig so stark eingeschränkt, dass ihre Teilnahme an Alltagsaktivitäten erschwert war. Schwerwiegende Höreinschränkungen wurden von knapp 30 Prozent der Hochaltrigen, schwerwiegende Seheinschränkungen von knapp 12 Prozent berichtet. Auch hierbei zeigte sich ein starker sozialer Gradient: Ältere ab 65 Jahren mit niedrigem SES waren fast doppelt so häufig von Höreinschränkungen betroffen wie diejenigen mit höherem SES (11,9 % vs. 6,7 %). Seheinschränkungen waren in dieser Altersgruppe bei niedrigem SES (4,4 %) fast doppelt so häufig wie bei hohem SES (2,6 %).
- Stuhl- und Harninkontinenz gefährden Selbstwertgefühl und soziale Teilhabe. Von Inkontinenz Betroffene verzichten oftmals auf den Besuch von Freunden und Verwandten oder auf die Teilnahme an sozialen und kulturellen Angeboten (Boguth et al. 2021). Insgesamt berichteten über 20 Prozent der Älteren ab 65 Jahren über eine bestehende Harninkontinenz, mit Unterschieden nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage. Hochaltrige ab 80 Jahren waren öfter (43,1 %) als 65- bis 79-Jährige (20,1 %) betroffen. Frauen litten deutlich öfter als Männer unter Harninkontinenz, Ältere mit niedrigem Bildungsniveau doppelt so häufig wie Hochgebildete. Ältere ab 65 Jahren waren zu etwa 10 Prozent von Stuhlinkontinenz betroffen. Hochaltrige Menschen waren fast dreimal so häufig wie 65- bis 79-Jährige betroffen; Frauen doppelt so häufig wie Männer; Personen mit niedrigem Bildungsniveau fast doppelt so häufig wie Hochgebildete.
- In Bezug auf die Mundgesundheit berichteten etwa 6 Prozent der Befragten über schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen. Schwerwiegende Einschränkungen beim Kauen und Beißen gefährden nicht nur die Ernährung, sondern auch die soziale Teilhabe Älterer (Röhrig-Herzog et al. 2023). Hochaltrige waren fast dreimal so häufig betroffen wie die 65- bis 80-Jährigen, Ältere mit niedrigem SES fast viermal so oft wie Ältere mit hohem SES; die Unterschiede zwischen Frauen und Männern waren gering.

Einfluss der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Teilhabe Älterer

Insgesamt gaben die meisten Älteren und Hochaltrigen (78,5 % der Befragten der „Gesundheit 65+“-Studie) trotz Krankheitsgeschehens und Einschränkungen eine hohe Lebenszufriedenheit an. Dieser Befund – hohe Zufriedenheit im Alter trotz vermehrter Gesundheitseinschränkungen – wurde in der Fachliteratur bereits oft beschrieben und ist als das „Paradox des subjektiven Wohlbefindens im Alter“ bekannt (Wolff & Tesch-Römer 2017). Erklärt wird dieses Phänomen unter anderem mit den Fähigkeiten vieler älterer Menschen zur Selbstregulation: Sie vergleichen die eigene Lebens- und gesundheitliche Situation mit den schlechteren Lebens- und gesundheitlichen Situationen von Anderen („Abwärtsvergleiche“) und passen ihre eigenen Ansprüche und Erwartungen „alternsgemäß“ an. Beides trägt dann zum subjektiven Wohlbefinden bei. Mit diesem Mechanismus können allerdings Einschränkungen und Verluste nicht grenzenlos kompensiert werden (Staudinger 2000). Dies wird durch geringe Werte für Lebenszufriedenheit und höhere Werte für Depression bei Menschen mit niedriger Bildung bestätigt (Wolff & Tesch-Römer 2017). Erst im sehr hohen Alter und insbesondere in der Phase vor dem Lebensende nimmt die Lebenszufriedenheit insgesamt ab. Auch in der „Gesundheit 65+“-Studie wird dieser Befund bestätigt: Personen mit hohem Bildungsniveau waren häufiger zufrieden als diejenigen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau (Gaertner et al. 2025).

Allerdings haben Erkrankungen und Einschränkungen laut der „Gesundheit 65+“-Studie einen deutlichen Einfluss auf Teilhabe im Alter (gemessen an Aktivitäten wie z. B. Besuch von Familienangehörigen bekommen oder Familienangehörige besuchen, an religiösen Veranstaltungen teilnehmen, Angebote von Vereinen nutzen, Kinder betreuen oder ein Ehrenamt ausüben). Mobilitätseinschränkungen behindern Teilhabe entscheidend: So waren Männer und Frauen im Alter von 65 bis 79 Jahren ohne Mobilitätseinschränkung doppelt so häufig aktiv wie Menschen in derselben Altersgruppe mit Mobilitätseinschränkung (Gaertner et al. 2025).

5.1.2 Psychische Gesundheit und Krankheit

Die beiden häufigsten psychischen Störungen und Verhaltensstörungen im Alter sind Demenzen und Depressionen, gefolgt von Angststörungen. Ältere Menschen, die sich in medizinischen und pflegerischen Settings wie Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Palliativeinrichtungen befinden, weisen deutlich höhere Prävalenzen von psychischen Erkrankungen auf – so haben z. B. 69 Prozent der Bewohner*innen von Pflegeheimen eine demenzielle Erkrankung und 30 Prozent eine Depression (Kramer et al. 2009; Schäufele et al. 2013).

In der klinischen Praxis kommt es immer wieder vor, dass psychische Symptome älterer Menschen aufgrund ihrer Überlappung mit körperlichen Symptomen nicht adäquat erfasst und in der Folge psychische Störungen fehldiagnostiziert sowie nicht angemessen behandelt werden (Hapke et al. 2017). Auch Altersstereotype von Behandler*innen tragen dazu bei, dass psychische Symptome bei älteren Patient*innen oft nicht richtig erfasst werden (Kessler & Bowen 2015). Scham, erlebtes Stigma und der Anspruch an sich selbst, Probleme allein bewältigen zu müssen beziehungsweise zu können, führen dazu, dass ältere Menschen psychische Symptome seltener berichten.

Psychischen Störungen im Alter treten häufiger bei Frauen und bei Personen mit niedrigem Bildungsniveau auf (Renn et al. 2020). Ältere Menschen mit körperlichen Erkrankungen und Einschränkungen beziehungsweise Pflegebedarf haben ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen, umgekehrt erhöhen unbehandelte psychische Erkrankungen aber auch das Risiko für ein Auftreten und eine Verschlechterung der körperlichen Gesundheit und für Pflegebedarf. Insgesamt gehen psychische Erkrankungen im Alter mit einer besonders hohen Krankheitslast und einem hohen Verlust an gesunden Lebensjahren einher (Cheng et al. 2024; WHO 2017).

Die Wahrscheinlichkeit, eine Demenz (also ein Syndrom infolge chronischer oder fortschreitender Krankheit des Gehirns) zu entwickeln, steigt mit zunehmendem Lebensalter: Während die Prävalenzrate bei den 60- bis 64-Jährigen in Deutschland noch unter einem Prozent und bei den 71- bis 79-Jährigen bei 5 Prozent liegt, sind es bei den über 90-Jährigen bereits etwa 37 Prozent (Doblhammer et al. 2013). Als Folge des demographischen Wandels werden für Deutschland bis 2050 rund 65 Prozent mehr Demenzerkrankungen erwartet (GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators 2022). Allerdings ist es in den letzten Jahrzehnten zu einem bedeutsamen Rückgang der altersspezifischen Demenzinzidenz gekommen: einer US-amerikanischen Studie zufolge verringerte sich diese im Zeitraum von drei Jahrzehnten um 44 Prozent, wozu in besonderer Weise die verbesserte medizinische Behandlung von Herzkreislauferkrankungen und die Reduktion kardiovaskulärer Risikofaktoren beigetragen haben (Satizabal et al. 2016). Evidenz aus zahlreichen Überblicksstudien (Livingston et al. 2020) zeigt, dass soziales Engagement im mittleren und höheren Erwachsenenalter wie das Pflegen von Freundschaften und ehrenamtliches Engagement ein Schutzfaktor gegen Demenz ist: Beobachtungsstudien zufolge kann das Risiko, eine demenzielle Erkrankung zu entwickeln, damit um 30 bis 50 % reduziert werden (Sommerlad et al. 2023). Dies belegt die hohe positive Bedeutung sozialer Teilhabe und sozialer Eingebundenheit für die gesundheitliche Entwicklung.

Im Kontrast zu demenziellen Erkrankungen fallen laut einschlägiger Studienlage die Prävalenzraten anderer häufig vorkommender psychischer Erkrankungen in der älteren Bevölkerung in der Regel etwas geringer aus als in der jüngeren Bevölkerung, dazu gehören depressive Erkrankungen, Angststörungen und Alkoholkonsumstörungen (Renn et al. 2020). So fiel in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) die Prävalenzrate von „major depression“ bei den über 65-Jährigen niedriger aus als in der Gesamtstichprobe von Personen ab 18 Jahren (6,3 % versus 8,1 %) (Maske et al. 2016). Diesem zunächst kontraintuitiv erscheinenden Befund liegt unter anderem die Tatsache zugrunde, dass einem großen Teil älterer Menschen – ganz im Sinne des „Wohlbefindensparadoxons“ (siehe Abschnitt 5.1.1) – ein positiver Umgang mit altersbezogenen Verlusterfahrungen gelingt, etwa durch selektive Priorisierung solcher Aktivitäten, die als positiv und sinnhaft erachtet werden und realistisch umzusetzen sind (Charles & Carstensen 2010). Dies trifft allerdings für Menschen mit einem niedrigen SES seltener zu als für Menschen mit höherem SES. Psychisch gesunde Menschen weisen eine höhere Überlebensrate auf („healthy survivor bias“). Allerdings muss berücksichtigt werden, dass subklinische Symptome, die nicht das Vollbild einer psychischen Erkrankung erfüllen, aber dennoch die Lebensqualität beeinträchtigen, bei älteren Menschen häufiger als bei jüngeren vorkommen: Etwa 10 Prozent der älteren Menschen berichten eine subklinische Depression (Meeks et al. 2011). Subklinische Depressionen treten im Alter häufig bei körperlichen Einschränkungen sowie im Kontext von sozial benachteiligten Lebensumwelten mit wenig Abwechslung und positiven Erlebnissen auf.

Insgesamt gilt: Psychische Erkrankungen im Alter und soziale Teilhabe beeinflussen sich wechselseitig (Ding et al. 2022). Ein hohes soziales Engagement und soziale Aktivitäten verringern das Risiko für psychische Erkrankungen und kognitiven Abbau und fördert subjektives Wohlbefinden. Auch die depressionslindernde Wirkung von sozialen Aktivitäten ist gut belegt. Umgekehrt führen psychische Erkrankungen zu erheblichen

Beeinträchtigungen der sozialen Teilhabe älterer Menschen, bedingt durch sozialen Rückzug der Betroffenen, Überforderung von sozialen Bezugspersonen und/oder Stigmatisierung. Es können also geradezu „Teufelskreise" entstehen.

Suizidprävention im hohen Lebensalter – eine drängende gesundheitspolitische Aufgabe

Suizide im Alter sind ein unterschätztes gesundheitspolitisches und gesamtgesellschaftliches Problem (Kessler im Erscheinen-b). Ältere Menschen, insbesondere sehr alte Männer, stellen eine Hochrisikogruppe für Suizide dar. In Deutschland war im Jahr 2022 mehr als jeder zweite Suizid (54,1 %) der Suizid eines Menschen im Alter ab 60 Jahren, im Vergleich zu 39,2 Prozent im Jahr 2000 (Nationales Suizidpräventionsprogramm 2021).[35] Dabei ist insbesondere der Anteil der älteren Männer an der Gesamtzahl der Männersuizide in den letzten Jahrzehnten deutlich angestiegen. Betrug das durchschnittliche Sterbealter eines durch Suizid Verstorbenen im Jahr 2000 noch 53,9 Jahre, lag es 2022 bei 60,7 Jahren. Dies reflektiert in erster Linie den steigenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung. Die Suizidraten sind umso höher, je älter die betrachtete Altersgruppe ist. Besonders deutlich ist der Anstieg der Suizidraten ab der Altersgruppe der 70-Jährigen, insbesondere bei den Männern. Im Jahr 2022 lag die Suizidrate in der Altersgruppe der über 90-Jährigen bei 112,1 (Männer) beziehungsweise 22,1 (Frauen) je 100.000 Einwohner*innen dieses Alters (Nationales Suizidpräventionsprogramm 2021). Ausdrucksformen von Suizidalität älterer Menschen sind neben vollendeten Suiziden Todeswünsche, Suizidgedanken und -versuche, aber auch Hochrisikoverhalten und passive Unterlassungshandlungen (zum Beispiel Nicht-Befolgen ärztlicher Maßnahmen, Über- oder Unterdosierungen von Medikamenten sowie das Einstellen der Nahrungszufuhr oder des Trinkens mit der Absicht, zu sterben). Das Gefühl des Zur-Last-Fallens fördert Suizidgedanken noch stärker als Depression, Hoffnungslosigkeit und fehlendes Zugehörigkeitsgefühl (Okan et al. 2022). Ältere Menschen mit Demenz, Depression und/oder Alkoholkonsumstörung haben ein deutlich erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und -handlungen (Jordan & Anker 2020).

Multimodale Interventionsprogramme zeigen in einem systematischen Review bisher publizierter Reviews (Laflamme et al. 2022) im Gegensatz zu Antidepressiva konsistent eine positive Wirkung auf Suizidversuche und -gedanken im Alter im Vergleich zu Routinebehandlungen – allerdings werden sie in Deutschland de facto nicht angeboten. Zu solchen Programmen gehören kombinierte, oftmals über die hausärztliche Versorgung angebotene Interventionsmaßnahmen wie Depressions-Screenings und Depressions-Managementprogramme, Pharmakotherapie, Psychotherapie, telefonische Beratung für gefährdete ältere Menschen, Trainings für Schlüsselpersonen, Gruppenangebote für soziale- und Freizeitaktivitäten sowie für körperliche Bewegung. Zentrale Maßnahmen der Suizidprävention sind die Bekämpfung von Ageismus in der Gesellschaft, die Förderung sozialer Inklusion älterer Menschen sowie ein verbesserter Zugang zu effektiver Pflege und Gesundheitsversorgung einschließlich palliativmedizinischer Behandlung und Psychotherapie (De Leo 2022a; Kessler im Erscheinen-b).

Die Forschung zu Suizidprävention im Alter sollte ausgebaut werden. Bisherige primärpräventive Maßnahmen und deren Evaluation sind fast ausschließlich auf Jugendliche und jüngere Erwachsene ausgerichtet. Außerdem sollten assistierte Suizide besser erfasst und erforscht werden. Eine neue Studie hat gezeigt, dass mehr als jeder zweite assistierte Suizid in der Schweiz ein Suizid einer Person ab 80 Jahren (mehrheitlich Frauen) ist (Montagna et al. 2023). Die politische und gesellschaftliche Debatte zum assistierten Suizid sollte deshalb immer mit Blick auf das hohe und höchste Lebensalter sowie auf die Prävention von Suiziden in dieser Lebensphase geführt werden.

5.1.3 Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung ist eine wichtige zusammenfassende Maßzahl zur Beschreibung des Gesundheitszustands der Bevölkerung. Seit den ersten Aufzeichnungen von Sterbedaten im 19. Jahrhundert hat sich die Lebenserwartung in Deutschland mehr als verdoppelt (Statistisches Bundesamt 2020). Diese Entwicklung war bis in die Mitte des letzten Jahrhunderts vor allem durch den Rückgang der Sterblichkeit von Säuglingen und Kindern begründet. Seither wird der Anstieg der Lebenserwartung vor allem durch die Lebenszeitverlängerung von älteren Menschen befördert (Nowossadeck, E. et al. 2019). In den letzten 30 Jahren ist ein Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung von knapp sechs Jahren bei den Männern und gut vier Jahren bei den Frauen zu verzeichnen: Während die

[35] https://www.suizidpraevention.de/daten-und-fakten/suizidstatistiken [Zugriff am 11. Juni 2024].

Lebenserwartung bei Geburt zu Beginn der 1990er Jahre (Sterbetafel 1991/1993) 72,5 Jahre bei Jungen und 79,0 Jahre bei Mädchen betrug, liegt die Lebenserwartung derzeit (Sterbetafel 2020/2022) bei neugeborenen Jungen bei 78,3 Jahren und bei Mädchen bei 83,2 Jahren (Statistisches Bundesamt 2023f; vdek 2023). Auch die fernere Lebenserwartung – das heißt die Restlebenszeit, die Menschen ab einem bestimmten Alter noch erwarten dürfen – ist im langfristigen Vergleich angestiegen. Die aktuelle fernere Lebenserwartung (2020/2022) beträgt bei 65-jährigen Männern 17,6 Jahre, bei 65-jährigen Frauen 20,9 Jahre (Statistisches Bundesamt 2023f).

Seit 2010 hat sich der Anstieg der Lebenserwartung etwas verlangsamt und im Zuge der Covid-19-Pandemie ist sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen (Statistisches Bundesamt 2023f). Langfristig wird jedoch ein weiterer Anstieg der Lebenserwartung in Deutschland erwartet. Schätzungen gehen davon aus, dass die Lebenserwartung bei Geburt bis 2070 für Männer zwischen vier bis acht Jahren ansteigt und für Frauen zwischen drei und sieben Jahren. Die Ursachen für diesen Trend werden in verbesserten Lebensumständen, rückläufiger Tabak- und Alkoholkonsum sowie einer weiteren Verbesserung in der medizinischen Versorgung gesehen (Statistisches Bundesamt 2023f).

Zu den häufigsten Todesursachen zählen sowohl bei Frauen als auch bei Männern Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie bösartige Neubildungen (Krebserkrankungen), allerdings mit erheblichen altersspezifischen Unterschieden (RKI 2015). In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen ging mit 48 Prozent fast die Hälfte aller verlorenen Lebensjahre auf das Konto von bösartigen Neubildungen. In der höchsten Altersgruppe (90 Jahre und älter) dagegen waren 50 Prozent der verlorenen Lebenszeit Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschuldet. An zweiter Stelle (12,4 %) standen in dieser Altersgruppe die neurologischen Störungen, zu denen zum Beispiel Demenzerkrankungen zählen (Wengler et al. 2021).

Ob die hinzugewonnenen Lebensjahre in Gesundheit oder in Krankheit verbracht werden, ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Neben biologischen und genetischen Faktoren wirken sogenannte Verhältnisfaktoren, das heißt politische, ökonomische und soziale Umweltbedingungen, sowie Verhaltensfaktoren oder der Lebensstil, die sich günstig oder ungünstig auf die Gesundheit auswirken können (Westphal & Doblhammer 2022). Im europäischen Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich der Lebenserwartung im Mittelfeld. Im Vergleich zur Schweiz, dem Land mit der höchsten Lebenserwartung in Europa, beträgt der Rückstand zurzeit 2,7 Jahre (Nowossadeck, E. et al. 2019).

Von dem Zugewinn an Lebensjahren profitieren allerdings nicht alle Frauen und Männer gleichermaßen. In den letzten 30 Jahren belegen nationale und internationale Studien, dass es erhebliche soziale Unterschiede gibt, und zwar zu Ungunsten von Personen mit wenig Einkommen, niedrigem Bildungsniveau, niedrigem Berufsstatus und hoher Arbeitsbelastung (Bopp & Mackenbach 2019; Brussig & Schulz 2019; Michalski et al. 2022). Für Deutschland zeigen zum Beispiel Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), dass die Differenz in der Lebenserwartung bei Geburt zwischen dem unteren und oberen Ende der Einkommensverteilung bei Frauen 4,4 Jahre und bei Männern 8,6 Jahre beträgt (Lampert et al. 2019b). Trendanalysen deuten darauf hin, dass sich die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung – als wohl eine der extremsten Formen sozialer Ungleichheit – nicht verringert, sondern eher vergrößert haben (ebd.).

5.1.4 Gesundheitsverhalten

Gesunde Ernährung als Ausdruck von Teilhabe

Eine gesundheitsförderliche Ernährung[36] ist eine zentrale Stellschraube für ein gesundes Altern und trägt zu einer erhöhten Lebensqualität sowie zur Senkung des Morbiditäts- und Mortalitätsrisikos in der dritten und vierten Lebensphase bei (Kralj et al. 2018; Milte & McNaughton 2016; WHO 2015). Dies gilt auch, wenn Menschen sich erst im höheren Lebensalter gesünder ernähren (WHO 2020). Eine gesunde Ernährung wird mit dem Lebensalter bedeutsamer: In einer Befragung war es 55 Prozent der über 60-Jährigen am wichtigsten, sich gesund zu ernähren, im Vergleich zu 37 Prozent der 18- bis 39-Jährigen (Wohlers & Hombrecher 2017). Mit zunehmendem Alter wächst ferner die Ernährungskompetenz (Gose et al. 2021), das heißt das Ernährungswissen und die alltagspraktischen Fertigkeiten, dieses gesundheitsförderlich umzusetzen. Zum Beispiel wird mit steigendem Alter mehr Gemüse konsumiert (Mensink et al. 2017). Allerdings dürfen diese positiven Tendenzen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch ein Großteil der älteren Bevölkerung geltende Ernährungsempfehlungen nur teilweise einhält (Global Nutrition Report 2021; Lange & Finger 2017). Die Wahrscheinlichkeit, sich gesund zu ernähren, ist überdies unter älteren Menschen ungleich verteilt. So verzehrten knapp die Hälfte (48,3 %) der über 64-jährigen befragten Frauen mindestens einmal am Tag Gemüse, aber nur 36 Prozent der befragten Männer derselben Altersgruppe. Solche geschlechtsspezifischen Ernährungspräferenzen finden sich auch bei jüngeren Altersgruppen. Sowohl unter Männern als auch unter Frauen ist ein hohes Bildungsniveau mit einem häufigeren Gemüsekonsum assoziiert (Mensink et al. 2017), wenngleich dieser Effekt unter den befragten Männern weniger ins Gewicht fällt. Keine Unterschiede zeigen sich zwischen den unteren und mittleren Bildungsgruppen ab 65 Jahren. In eine ähnliche Richtung weisen Ergebnisse einer postalischen Befragung von älteren deutschen Erwachsenen (ab 65 Jahren), in der riskantes Ernährungsverhalten negativ mit dem weiblichen Geschlecht, einem höheren sozioökonomischen Status, sozialer Unterstützung und körperlicher Aktivität assoziiert ist (Geigl et al. 2022).

Ärmere Ältere sind oftmals vom Lebensmittelerwerb ausgeschlossen, wie die steigende Inanspruchnahme von Lebensmittel-Tafeln verdeutlicht. Ein Viertel der Tafelkundschaft befindet sich im Ruhestandsalter (Heinrich-Böll-Stiftung 2022). Soziale Ungleichheit und Altersarmut spiegeln sich im Ernährungsstatus wider. Ernährungsarmut beschreibt hierbei den Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Position und der Ernährungsweise und lässt sich in zwei Ausprägungen differenzieren (ebd.):

- Von materieller Ernährungsarmut sind Personen betroffen, denen aufgrund fehlender finanzieller Mittel eine gesunde Ernährung erschwert ist.
- Daneben besteht insbesondere im Alter die Gefahr einer sozialen Ernährungsarmut. Von dieser sind Menschen betroffen, die von sozialer Teilhabe im Sinne der Kommensalität – also einer gemeinschaftlichen Einnahme von Mahlzeiten – ausgeschlossen sind. Erfahrungen sozialer Isolation und Einsamkeit im Alter bedeuten meist eine geringere Teilhabe an gemeinschaftlichen Mahlzeiten, wodurch die Freude am Essen, der Appetit sowie soziale Anreize für eine ausgewogene Ernährung verloren gehen können. Dies wiederum fördert Entwicklungen von Fehl- und Mangelernährung (Bjørner et al. 2018; Locher et al. 2008; Vesnaver & Keller 2011; Whitelock & Ensaff 2018).

Eine alltagsstrukturierende Wirkung von Ernährungsweisen zeigt sich, wenn einschneidende individuell-biographische Umbruchsmomente (z. B. Krankheit oder Verwitwung) und/oder Übergänge (z. B. in den Ruhestand) bisherige, etablierte Mahlzeitenroutinen aufbrechen (Devine 2005; Wethington 2005). Der Übergang in den Ruhestand geht meist mit alltagsstrukturellen Veränderungen einher. Alltagsveränderungen können sowohl mit einer gesünderen als auch mit einer ungesünderen Ernährung, zum Beispiel mit einer Mangel- oder einer Überernährung, einhergehen (Baer et al. 2020). Ungünstigere Ernährungsweisen sowie ein erhöhter Alkoholkonsum im Ruhestand treffen verstärkt auf Alleinstehende und insbesondere auf alleinstehende Männer zu – als Ausdruck tradierter, ernährungsbezogener Geschlechterdifferenzen und der sozialen Funktion von Ernährung (Baer 2021). Wie die Studienlage zeigt, ist besonders das gemeinsame Essen im familiären Kontext über die gesamte Lebensspanne überwiegend mit gesünderer Ernährung und einem größeren Wohlbefinden assoziiert (Rückert-John & Reis 2020). Im Erwachsenenalter stellt die Partnerschaft einen zentralen Sozialisationsraum dar, in dem

[36] Worin eine gesundheitsförderliche Ernährung besteht, ist Gegenstand kontroverser wissenschaftlicher Debatten und variiert u. a. hinsichtlich verschiedener soziokultureller Kontexte und spezifischer Bevölkerungsgruppen (z. B. Hochaltrige, von Adipositas oder anderen Krankheiten Betroffene). In diesem Beitrag beziehen wir uns mit dem Begriff der gesundheitsförderlichen Ernährung einerseits auf die allgemeinen (nicht-altersspezifischen) Ernährungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE) und andererseits auf die sozialen und strukturierenden Funktionen der Ernährung, welche sich ebenso positiv wie negativ auf den Ernährungsstatus (im Alter) auswirken können.

Geschmackspräferenzen und entsprechende Ernährungsweisen dynamisch geprägt werden (Baer et al. 2021; Bove et al. 2003). In vertiefenden Interviews mit älteren Paaren ließ sich die Rolle eines/r paarinternen Gesundheitsexpert*in identifizieren, die durch ein umfassendes Ernährungswissen charakterisiert ist (Wirsching et al. 2022).

In verschiedenen Studien konnten positive, wenn auch oft nur moderate Effekte von Ernährungsinterventionen im Ruhestandsalter nachgewiesen werden. Maßnahmen, die auf die Stärkung sozialer Unterstützung abzielten, erwiesen sich hierbei als besonders effektiv (Lara et al. 2014). Eine zielgruppenspezifische Förderung gesunder Ernährung bis ins hohe Alter ist teils bereits in staatlichen Präventionsstrategien wie den Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz verankert (Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) 2018). Nichtsdestotrotz entspricht die Ernährung der älteren Bevölkerung oft nicht geltenden Ernährungsempfehlungen. Auch deuten eine Zunahme der Fehl- und Mangelernährung sowie ernährungsbezogene Krankheitsprävalenzen darauf hin, dass bisherige Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung im Alter nur bedingt greifen (GBD 2017 Diet Collaborators 2019). Es gibt also weiterhin einen Bedarf an effektiven, ernährungsbezogenen Maßnahmen zur Förderung gesunden Alterns, die gerade auch die Risiken materieller sowie sozialer Ernährungsarmut in den Blick nehmen sollten.

Körperliche Aktivität: Relevant für Teilhabe

Körperliche Bewegung (hier synonym für körperliche Aktivität, Sportverhalten, sportliche oder physische Aktivität) kann viele gesundheitliche Vorteile mit sich bringen (OECD/WHO 2023). So kann regelmäßige Bewegung das Risiko verringern, gesundheitliche Beeinträchtigungen zu entwickeln oder durch Krankheiten eingeschränkt zu sein (Taylor et al. 2004). Körperliche Inaktivität erhöht Risiken für Herzkreislauferkrankungen, Schlaganfälle, Diabetes, Arthritis und Krebs und weitere gesundheitliche Einschränkungen inklusive psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen. Gebrechlichkeit, Stürzen und Knochenbrüchen wird entgegengewirkt, wenn körperliche Ausdauer, Kraft und Gleichgewicht trainiert sind. Körperliche Aktivität hat sich auch in der Prävention und Behandlung von Gebrechlichkeit als wirksamer als manche pharmakologischen Behandlungen erwiesen, die nur auf einzelne Systeme (z. B. Entzündungen oder anabole Hormone) abzielen; sie sollte allen Menschen ermöglicht werden (Zhang et al. 2023). Interventionen reichen hier von individuellen Empfehlungen und Anleitungen über Gruppenangebote, bauliche und infrastrukturelle Interventionen bis hin zu organisationalen und politischen Maßnahmen – also von der Verhaltens- bis zur Verhältnisprävention (Zubala et al. 2017). Verhältnisprävention zielt darauf ab, Lebensumstände von Menschen mit ihnen gemeinsam so zu gestalten, dass gesundheitsförderliche Entscheidungen und entsprechendes Verhalten erleichtert werden (Adami et al. 2024).

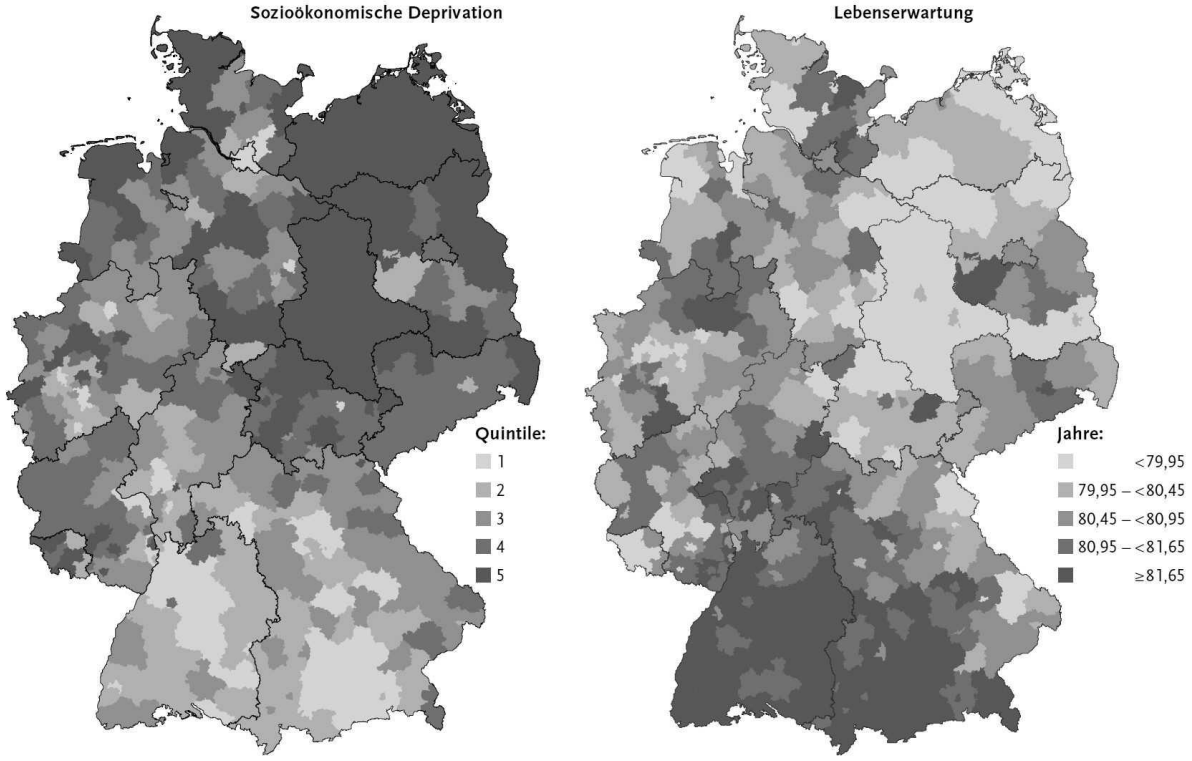
Körperliche Bewegung ist häufig verbunden mit sozialer Teilhabe und kann gleichzeitig viele andere Aspekte sozialer Teilhabe ermöglichen (z. B. instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens und soziale Aktivitäten) oder abdecken (Schnabel et al. 2021). Wiederholt ist festgestellt worden, dass gesundheitsförderliches Verhalten wie körperliche Aktivität mit dem sozialen Status variiert (z. B. Ranasinghe et al. 2021), was auch in Analysen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) für das Jahr 2020/2021 deutlich wird: Unter den befragten Personen ab 50 Jahren mit niedrigem Bildungsniveau war etwa ein Drittel sportlich aktiv, bei denjenigen mit einem mittleren Bildungsniveau etwa die Hälfte, in der Gruppe mit einem hohen Bildungsniveau waren es nahezu zwei Drittel (Kortmann 2025).

Änderungen in Lebensstilen, auch hinsichtlich körperlicher Aktivität, sind insbesondere in Gruppen älterer Menschen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status leichter zu erreichen, wenn verhaltensbezogene Ansätze mit sozialen Kontakten und solchen Maßnahmen verbunden werden, die an konkreten Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Strukturen, also an tief verankerten Einflüssen auf das Gesundheitsverhalten ansetzen (Busskamp et al. 2022). Strategien der Verhältnisprävention sind hierfür deshalb besonders zielführend (Hartung & Rosenbrock 2022). In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf sozialräumliche Initiativen und Projekte zu verweisen (siehe Abschnitt 5.3.3).

5.1.5 Regionale Unterschiede der gesundheitlichen Lage

In Deutschland können bei der gesundheitlichen Lage deutliche regionale Ungleichheiten ausgemacht werden. So bestehen Unterschiede zwischen Regionen in der Lebenserwartung, dem Auftreten von Erkrankungen, den gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder dem Gesundheitsverhalten, insbesondere zwischen Ost und West. Weitere wichtige Unterschiede zwischen den verschiedenen Regionen Deutschlands betreffen die Lebenserwartung sowie die soziale Lage der Bevölkerung (RKI o.J.).

Abbildung 6 Regionale Unterschiede (Kreise und kreisfreie Städte) in Bezug auf sozioökonomische Benachteiligung und mittlere Lebenserwartung bei Geburt



1. Quintil = geringste Deprivation bis 5. Quintil = höchste Deprivation

Quelle: Lampert et al. 2019a.

Die linke Karte in der Abbildung 6 zeigt, dass viele Regionen mit einem großen Maß an sozioökonomischer Benachteiligung (Deprivation)[37] in ländlichen Gebieten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und in einigen Gebieten Berlin-Brandenburgs sowie Niedersachsens und Schleswig-Holsteins liegen. Die rechte Karte weist die durchschnittliche Lebenserwartung in den verschiedenen Regionen Deutschlands aus. Im Vergleich beider Karten fällt auf, dass in den Landkreisen und kreisfreien Städten mit hoher sozioökonomischer Deprivation die Lebenserwartung tendenziell am niedrigsten ist, in denen mit geringer Deprivation die Lebenserwartung tendenziell am höchsten (Lampert et al. 2019a). Insbesondere die vom Strukturwandel nach der Wiedervereinigung betroffenen Regionen im Osten weisen eine vergleichsweise niedrige Lebenserwartung auf. Studien zu regionalen Deprivationsindizes zeigen, dass Männer insbesondere in Regionen „mit der niedrigsten Deprivation eine etwa um sechs Jahre, Frauen eine bis zu drei Jahre längere mittlere Lebenserwartung aufweisen als Personen aus Kreisen mit der höchsten Deprivation“ (Michalski et al. 2022: 2). Ungleichheiten auf regionaler Ebene haben neben dem individuellen sozioökonomischen Status einen eigenständigen Einfluss auf die Gesundheit ihrer

[37] Regionale Deprivation wurde hier mit Indikatoren für die drei gleich gewichteten Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen gemessen (Kroll, et al. 2017).

Einwohner*innen, bedingt etwa durch die finanzielle Kapazität der Kommunen, die Qualität der Infrastrukturen und der zivilgesellschaftlichen Strukturen sowie der Beschäftigungschancen.

In Ostdeutschland waren im Jahr 2021/2022 Befragte ab 65 Jahren im Mittel um fast 10 Prozent häufiger von chronischen Erkrankungen betroffen als in Westdeutschland (Ost: 74,3 %; West: 64,8 %). In geringerem Maße zeigten sich Unterschiede auch zwischen Nord- und Süddeutschland (Nord: 64,4 %; Süd: 62,0 %). Chronische Erkrankungen kamen öfter in großstädtischen als in ländlichen Gebieten vor (großstädtisch: 66,4 %; ländlich: 55,5 %). Regionale Unterschiede folgen also im Großen und Ganzen sozioökonomischen Unterschieden (Gaertner et al. 2025).

Bereits der Siebte Altenbericht der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2016) weist auf eine zweifache Benachteiligung älterer Menschen, die in wirtschaftlich benachteiligten Regionen leben, hin:

> „Zum einen leben sie in Regionen, die aufgrund einer wechselseitigen Verstärkung von Strukturschwäche und demografischer Alterung nur wenig Möglichkeiten haben, über Pflichtaufgaben hinaus freiwillige Infrastrukturen und Dienstleistungen anzubieten. Zum anderen haben ältere Menschen in diesen Regionen aufgrund schlechterer Gesundheit einen höheren individuellen Unterstützungsbedarf und verfügen in geringerem Maße über soziale Unterstützungspotenziale und Selbsthilferessourcen als ältere Menschen in wirtschaftlich und strukturell stärkeren Regionen. Dies ist bedeutsam, da politische Akteure Hoffnungen daraufsetzen, dass insbesondere das freiwillige Engagement älterer Menschen sowohl dem Gemeinwesen dienen als auch Vereinsamungsprozessen im Alter vorbeugen kann."

(Deutscher Bundestag 2016: 141f.).

Mehr als 30 Jahre nach der Wiedervereinigung und gemeinsamer Entwicklung kann mit dem Anstieg der Lebenserwartung und dem Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität bei der gesundheitlichen Lage eine teilweise Angleichung von Ost- und Westdeutschland beobachtet werden. Allerdings erscheinen zukünftig vor allem kleinräumigorientierte Ansätze sinnvoll für die Betrachtung regionaler Unterschiede der gesundheitlichen Lage, um siedlungsstrukturelle Typisierungen zu berücksichtigen und daraus differenzierte Folgerungen für Politik und Gesellschaft ableiten zu können (Lampert et al. 2019b). Die Unterversorgung insbesondere in ländlichen Planungsbereichen der ärztlichen Selbstverwaltung[38] betrifft die östlichen Bundesländer im stärkeren Maße, weshalb konsequentere Maßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen sowie den Gesetzgeber im Bund und in den Ländern nötig sind, um eine gleichwertige Versorgung in Deutschland herzustellen.

5.2 Gesundheit in Wechselwirkung mit Teilhabe

Der Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe und Gesundheit ist ein relevanter Bestandteil des Public-Health-Wissens und von Public-Health-Forschung.[39] Dabei umfassen gesellschaftliche Teilhabe – und ihr Gegenteil, die Exklusion – verschiedene Dimensionen, die alle in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Lebensqualität gesehen werden müssen. Insbesondere im Alter, aufgrund insgesamt zunehmender gesundheitlicher Einschränkungen, ist der Zusammenhang zwischen sozialer Teilhabe und Gesundheit wechselseitig zu betrachten. Im Folgenden werden exemplarisch einige Erkenntnisse über die Zusammenhänge vorhandener und fehlender sozialer Beziehungen mit Gesundheit, die gesundheitliche Bedeutung gesellschaftlicher Aktivitäten und freiwilligen Engagements sowie abschließend die Zusammenhänge zwischen prekären Lebenssituationen, eingeschränkter Teilhabe, psychischen und physiologischen Mechanismen und daraus resultierenden gesundheitlichen Nachteilen dargestellt.

5.2.1 Soziale Beziehungen und Gesundheit

Soziale Beziehungen und ihre Funktionen und Bedeutungen werden in der sozialwissenschaftlichen Forschung mit unterschiedlichen und differenzierten Konzepten – zum Beispiel soziales Kapital, soziale Unterstützung, soziale Netzwerke, soziale Kohäsion beziehungsweise soziale Isolation, Einsamkeit und soziale Exklusion – beschrieben und untersucht (Vonneilich 2020). In diesem Abschnitt werden relevante Konzepte und empirische Befunde herangezogen, um die Bedeutung sozialer Beziehungen im Alter für Gesundheit, ihre Zusammenhänge mit Gesundheit und diesbezüglich sozioökonomische und geschlechtsspezifische Unterschiede herauszuarbeiten.

---

[38] Für verschiedene Arztgruppen gelten jeweils geographisch festgelegte Räume (unterschiedlicher Größe, abhängig von Einwohnerzahlen und anderen Faktoren), nach denen die Zulassungen geregelt werden; dies sind Planungsbereiche.

[39] Unter Public Health wird die interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis der Verbesserung der Gesundheit von Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen verstanden.

Soziales Kapital

Soziales Kapital als individuelle Ressource entsteht in sozialen Beziehungen, die den Weg zu bestimmten Vorteilen wie etwa Informationen oder wichtigen Zugängen ebnen können. Als kollektive Ressource versteht man darunter unter anderem geteiltes Vertrauen in die eigene Nachbarschaft (Community) und die Bereitschaft, sich zu engagieren (Vonneilich 2020). In einem „Review of reviews" (also einer Auswertung aller geeigneten Reviews über Studien zu einem Thema) zeigten sich zahlreiche Belege für eine positive Beziehung zwischen Sozialkapital und Gesundheit (Ehsan et al. 2019) – auch wenn nicht alle einzelnen Studien dies bestätigten, zudem wurde nur in einzelnen Studien zwischen Altersgruppen differenziert. Menschen mit geringem Sozialkapital hatten demnach ein höheres Risiko für verschiedene negative Gesundheitsfolgen wie psychische Belastungen, Herzkreislaufkrankheiten, Bluthochdruck, Adipositas, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, Krebserkrankungen, HIV/AIDS und andere sexuell übertragbare Erkrankungen sowie eine erhöhte Mortalität. Menschen, die über wenig soziales Kapital und wenig Vertrauen in andere Menschen verfügen, sterben durchschnittlich früher. Ursächlich sind hierfür auch bei älteren Menschen neben anderen Erkrankungen Herzkreislauferkrankungen und Krebs (Lindström & Rosvall 2019).

Anhand von SHARE-Daten[40] wurden die direkten und indirekten Auswirkungen des sozioökonomischen Status (Socio-economic Status, SES), sozialem Kapital und Verhaltensfaktoren auf die Gesundheit von älteren Menschen ab 60 Jahren untersucht (Schmitz & Pförtner 2018). Es zeigte sich, dass ein Mangel an materiellen Ressourcen – vermittelt über das Sozialkapital und über Verhaltensfaktoren –die subjektive Gesundheit beeinflusst. Dieser Einfluss war bei älteren Menschen mit niedrigem SES am größten.

Soziale Unterstützung

Unter sozialer Unterstützung wird sowohl emotionale wie instrumentelle (praktische und materielle) Unterstützung durch Andere verstanden. Ältere Menschen, die vergleichsweise mehr soziale Unterstützung erleben, berichten auch mehr Wohlbefinden, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit und gesundheitsförderliches Verhalten (Borgmann et al. 2017). Ältere Menschen mit geringer sozialer Unterstützung sind häufiger von erhöhtem Stress, diversen Krankheiten (darunter Demenz) und erhöhter Mortalität betroffen. Soziale Unterstützung als gesundheitliche Ressource ist sozial ungleich verteilt: Ältere Menschen mit niedrigem SES erfahren durchschnittlich weniger soziale Unterstützung als ältere Menschen mit hohem SES (Borgmann et al. 2017).

Menschen ab 75 Jahren mit wenig sozialer Unterstützung zeigen häufiger Funktionseinschränkungen als solche mit viel Unterstützung (Hajek et al. 2017b). Es gibt zudem einen positiven Einfluss von sozialer Unterstützung auf gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Männern, nicht aber bei Frauen (Hajek et al. 2016).[41]

Soziale Exklusion

Fehlende oder unzureichende soziale Beziehungen spielen eine wichtige Rolle für soziale Exklusion. Unter sozialer Exklusion wird die Abwesenheit von sozialen Ressourcen, Verbindungen und Netzwerken verstanden. Sie kann auch zu Einsamkeit führen (Burholt et al. 2020). Eine europäische Expert*innenkommission[42] hat in einem breit angelegten „critical review" vorliegender Studienergebnisse ein Modell entwickelt, das Risiken für und Einflussfaktoren auf soziale Exklusion älterer Menschen sowie die Folgen sozialer Exklusion für Gesundheit und Lebensqualität darstellt. Die oben dargestellten Befunde wurden damit insgesamt bestätigt. Es zeigte sich, dass gesundheitliche Einschränkungen sowohl zu den Bedingungen als auch zu den Folgen von sozialer Exklusion zählen. Die Befunde verweisen außerdem darauf, dass sozioökonomische und soziokulturelle Benachteiligung mit höheren Risiken für einen Ausschluss von sozialen Beziehungen verbunden sind: Frühe Funktionseinschränkungen im Lebensverlauf älterer Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status tragen dazu bei. Soziale Beziehungen und soziale Exklusion stehen in enger Wechselwirkung mit psychosozialen Ressourcen für Resilienz und Krisenbewältigung. Soziale Exklusion im Alter führt zu geringerer Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, verminderten Teilhabechancen sowie zu physischen und kognitiven Funktionseinschränkungen und weiteren gesundheitlichen Nachteilen.

---

[40] Der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) ist eine interdisziplinäre und länderübergreifende Befragung, die seit 2004 in regelmäßigen Abständen Daten zum Leben von Menschen über 50 erhebt und untersucht, wie Menschen in Europa und Israel altern. https://www.share-umfrage.de

[41] Dieser Unterschied zwischen Frauen und Männern wird in einigen internationalen Studien bestätigt, in anderen nicht.

[42] COST Action CA 15122: ROSEnet – Reducing Old-Age Social Exclusion: Collaborations in Research and Policy, gefördert im Rahmen des European Union (EU) Horizon 2020 Programme (2017 – 2020), https://rosenetcost.com/

Grundsätzlich sollten soziale Netzwerke in den Lebenswelten älterer Menschen gefördert werden, insbesondere dort, wo besonders häufig von Einsamkeit betroffene Gruppen älterer Menschen (z. B. in Armut) leben (siehe Abschnitt 5.3., besonders 5.3.3). Zusätzlich sind Maßnahmen individueller Unterstützung sinnvoll, mit zugehenden Angeboten (z. B. präventive Hausbesuche). Hausärzt*innen sollten für Einsamkeit sensibilisiert werden und es sollte ihnen „Social Prescribing" ermöglicht werden. Bei diesem unter anderem im britischen Gesundheitssystem (NHS) bereits eingeführten Ansatz verordnen Hausärzt*innen und andere Fachkräfte in der Primärversorgung nicht-medizinische Maßnahmen und Aktivitäten im lokalen Umfeld, die potenziell die sozialen und emotionalen Bedürfnisse von Patient*innen befriedigen. Dazu können Malkurse, ehrenamtliche Tätigkeiten, edukative Kurse zu gesunder Ernährung, Gruppengymnastik oder andere soziale und kreative Angebote gehören. Es gibt bereits eine vielversprechende internationale Evidenzlage zu Social Prescribing (z. B. Chatterjee et al. 2018), allerdings lässt sich diese nicht unmittelbar auf ältere Patient*innen im deutschen Versorgungssystem übertragen.

5.2.2 Einbindung in gesellschaftliche Aktivitäten

Grundsätzlich ist bekannt und weithin unbestritten, dass freiwilliges Engagement einen positiven Einfluss auf die körperliche und seelische Gesundheit hat; in Langzeitstudien konnte dieser Einfluss nachgewiesen werden (Müller, D. & Tesch-Römer 2017). Ein viel untersuchtes und diskutiertes Beispiel hierfür ist das Experience Corps in Baltimore, bei dem ältere Bürger*innen, inklusive solche aus benachteiligten Gruppen, in einer mehrjährigen Interventionsstudie über ein oder zwei Jahre Kinder mit Lernproblemen in Grundschulen unterstützten. Die älteren Engagierten hatten in der Folge selbst eine signifikant verbesserte Gesundheit (z. B. weniger Funktionseinschränkungen, Stürze, Gebrechlichkeit und Gedächtnisprobleme). Dies hing damit zusammen, dass sie ihr Engagement gemeinsam mit anderen erbrachten (Fried et al. 2013).

Für ältere Menschen ab 75 Jahren in Deutschland wurde gezeigt, dass mit dem Beginn eines freiwilligen Engagements insbesondere bei Frauen die Risiken für Depression sanken und die Werte für gesundheitsbezogene Lebensqualität anstiegen. Diese positiven Wirkungen werden darauf zurückgeführt, dass freiwilliges Engagement, mit dem man Einfluss auf gesellschaftliche Angelegenheiten nehmen kann, als anregend und sinnstiftend erlebt wird, gemeinschaftliches Erleben ermöglicht und Selbstwirksamkeit und Anerkennung stärkt (Hajek et al. 2017a). Gleichzeitig ist plausibel, dass zunehmende gesundheitliche Einschränkungen im höheren Alter die Möglichkeiten für freiwilliges Engagement einschränken. Gesundheit und freiwilliges Engagement stehen also in Wechselwirkung zueinander (Müller, D. & Tesch-Römer 2017).

Die Beteiligung am freiwilligen Engagement – und somit auch die damit verbundenen Gesundheitschancen – ist in Deutschland ungleich verteilt, zu Ungunsten von Frauen und Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES). Frauen und Menschen mit niedrigem SES sind wiederum stärker als etwa Männer oder Menschen mit hohem SES in die informelle Nachbarschaftshilfe und in informelle Sorgetätigkeiten eingebunden – Tätigkeiten, die zwar gesellschaftlich relevant sind, die aber, besonders wenn Angehörige gepflegt werden, häufig sogar mit gesundheitlichen Nachteilen und erheblichen Einschränkungen der sozialen Teilhabe verbunden sind (Bohnet-Joschko & Bidenko 2019).

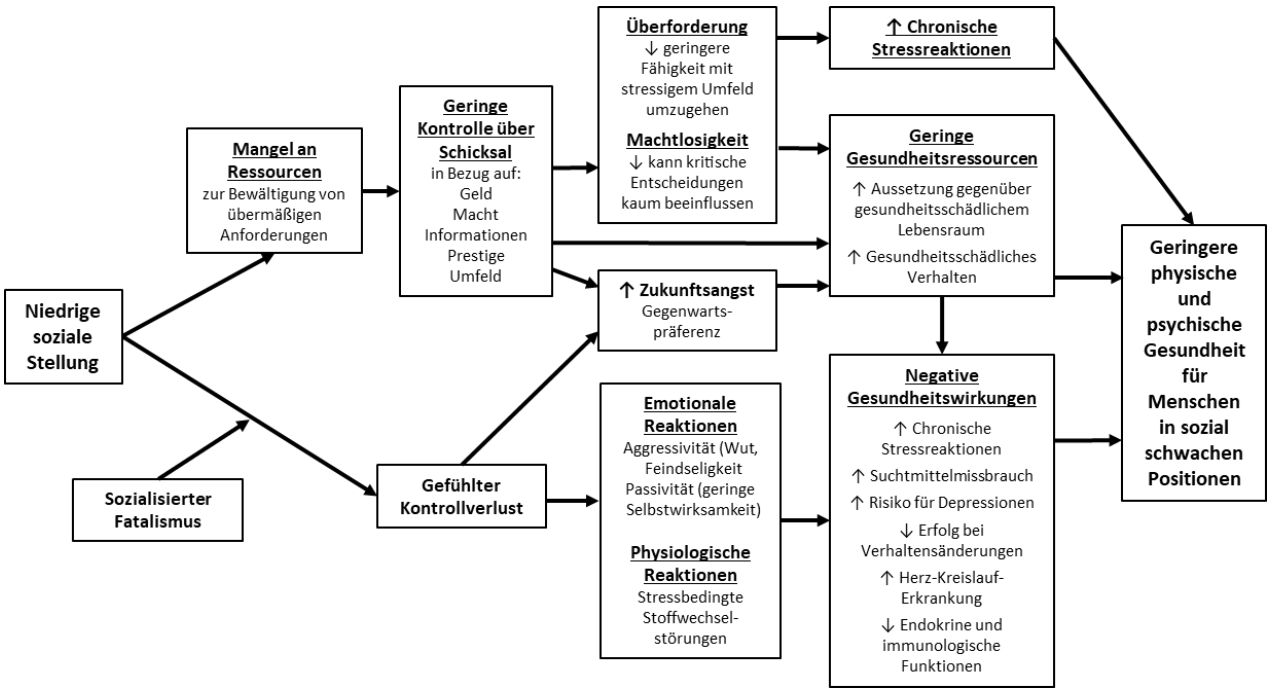
5.2.3 Wirkungspfade zwischen Ungleichheit, Teilhabe und Gesundheit

Um die Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit einerseits und Teilhabe andererseits zu erklären, werden Wirkungen und Wirkungsketten genauer untersucht. In verschiedenen Studien erwies sich das Gesundheitsverhalten, das häufig als Erklärung für gesundheitliche Unterschiede angeführt wird, als relativ wenig relevant für die Erklärung der individuellen gesundheitlichen Entwicklung (Orton et al. 2019). Dies lässt vermuten, dass sich andere Faktoren, die im Zusammenhang mit Ungleichheit stehen, gleichermaßen oder stärker auf die gesundheitliche Entwicklung auswirken, wie etwa alltägliche Erfahrungen von Unsicherheit (z. B. Arbeitsplatz, finanzielle Unwägbarkeiten), mangelnde Anerkennung sowie ein dauerhaft hoher Stresspegel aufgrund von widrigen Wohnverhältnissen. Zudem wird Gesundheitsverhalten – wie etwa Bewegung und Ernährung – deutlich von Lebenslagen beeinflusst (Lampert et al. 2017).

In den letzten Jahren wurde die Bedeutung psychosozialer Ressourcen wie Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen als Puffer im Zusammenhang mit Lebenslagen und Teilhabeerfahrungen stärker beforscht. Für ältere Menschen mit niedrigen im Vergleich zu höheren Bildungsabschlüssen wurden in einer niederländischen Studie signifikant höhere gesundheitliche (physische und psychische) Einschränkungen festgestellt (Groffen et al. 2012). Niedrige Bildungsabschlüsse waren gleichzeitig mit materiellen Nachteilen assoziiert. Bei einer genauen Analyse der Zusammenhänge erklärten psychosoziale Faktoren, insbesondere niedrige Werte für „Mastery" (Beherrschung, Können) und für Selbstwirksamkeit die negativen gesundheitlichen Assoziationen mit niedriger Bildung. Während Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugungen in psychologischen Studien oft als Eigenschaft einer

Person konzeptualisiert werden, schaut die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung eher auf Zusammenhänge zwischen tatsächlichen Kontroll- und Wirksamkeitserfahrungen und Kontrollüberzeugungen. In Studien wurden die Wirkungspfade zwischen geringer Kontrolle von Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status und negativen gesundheitlichen Folgen theoretisch systematisiert (Whitehead et al. 2016) und für unterschiedliche Altersgruppen (einschließlich älterer Menschen) empirisch überprüft. Die Zusammenhänge wurden dabei weitgehend bestätigt (Orton et al. 2019).

Abbildung 7 Pfade von geringer Kontrolle zu sozioökonomischen Ungleichheiten von Gesundheitschancen (auf der Mikro- oder Personenebene)



Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Whitehead et al. 2016.

Abbildung 7 verdeutlicht von links nach rechts Zusammenhänge zwischen niedriger sozialer Stellung, damit verbundenen Erfahrungen von Machtlosigkeit und psychosozialen Entwicklungen sowie daraus resultierenden gesundheitlichen Folgen in prekären gesellschaftlichen Kontexten. Im oberen Bereich bildet die Grafik die „objektiven" Verhältnisse ab, die Auswirkungen auf erhöhte Risiken und begrenzte Bewältigungskapazitäten von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status haben. Im unteren Bereich werden die daraus resultierenden emotionalen und die damit zusammenhängenden physiologischen Reaktionen dargestellt. Aus beidem entstehen negative Wirkungen auf Gesundheit. Dabei kann von langfristigen und kurzfristigen Zusammenhängen ausgegangen werden. Das heißt, dass lebenslange Entwicklungen die gesundheitlichen Chancen beeinflussen, dass aber auch Veränderungen in den Lebenslagen und entsprechende Erfahrungen von Teilhabe und Kontrolle im höheren Lebensalter noch positive Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben und Funktionseinschränkungen mindern oder zeitlich verschieben können. Letztlich führen die gesundheitliche Einbußen und die damit verbundenen Einschränkungen wiederum zu verringerten Teilhabechancen.

5.3 Gesundheit und Teilhabe im Kontext von Wohnquartieren

Je älter Menschen werden, desto bedeutsamer wird ihr Wohnort als Aufenthalts- und Bezugsraum und damit für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden. Dies liegt unter anderem daran, dass bei den meisten Menschen die Mobilität mit dem Älterwerden abnimmt. Dass das Wohnquartier mit dem Älterwerden an Bedeutung gewinnt, gilt insbesondere für sozial und ökonomisch benachteiligte Gruppen älterer Menschen, da diese einerseits durchschnittlich früher von Krankheit und Einschränkungen betroffen sind (siehe Abschnitt 5.1.1) und weil sie andererseits zunehmende funktionelle Einschränkungen weniger gut durch finanzielle Mittel kompensieren können als Menschen mit höherem Bildungsniveau und höherem Einkommen. Ihre Teilhabechancen werden dadurch

vermindert. Für benachteiligte Gruppen (nicht nur) älterer Menschen ist aber auch erwiesen, dass Wohnquartiere das Potenzial haben können, Teilhabe- und Gesundheitschancen zu erhöhen.

5.3.1 Gesundheitsrelevanz einzelner Wohnumfeldfaktoren

Wohnung und Wohnumfeld

Die Wohnung und die Wohnumgebung werden in höherem Alter zu zentralen Dimensionen der Lebenslage und der Gesundheit älterer Menschen (Saup 1993). Mit der Wohnsituation und dem Wohnumfeld sind – ungleiche – Gesundheitsrisiken und -potenziale verbunden. Dieser Zusammenhang wird seit einigen Jahren in der Public-Health-Forschung zunehmend diskutiert (Braubach et al. 2011; Holm 2020; WHO 2021b). Ungünstige Wohnbedingungen und Barrieren in der Wohnung sowie im Wohnumfeld wirken sich potenziell nicht nur physisch (Unfall- und Verletzungsrisiken), sondern auch psychisch (Depression und Angstzustände) sowie sozial (Isolation) aus und bringen ein erhöhtes Risiko für Institutionalisierung mit sich (Kibele & Teti 2022; WHO 2021b). In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, wie einzelne Faktoren in Wohnquartieren die gesundheitlichen Chancen älterer Menschen beeinflussen.

Subjektive und objektive Sicherheit im öffentlichen Raum

Sicherheit gilt als ein wichtiger Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden älterer Menschen im Stadtteil und für die Entwicklung altersfreundlicher Städte (van Hoof et al. 2018). Dabei werden verschiedene Sicherheitsrisiken unterschieden: eine allgemeine Unsicherheit im Stadtteil (z. B. Nachbarschaftskonflikte), Gefährdungen durch Kriminalität, Gefährdungen durch Verkehr, Vandalismus, Vermüllung, mangelnde Beleuchtung oder Geruchsbelästigung (Won et al. 2016). Zudem wird meist zwischen objektiv messbaren und subjektiv empfundenen Aspekten von Sicherheit unterschieden. In einem US-amerikanischen Überblick entsprechender Studien wurde berichtet, dass für ältere Menschen aus allen Arten der Sicherheitsgefährdung negative gesundheitliche Auswirkungen resultieren, insbesondere hinsichtlich mentaler Gesundheit, Stressempfinden, physischer Funktionsfähigkeit und Aktivität. Auch wenn diese in den USA gewonnenen Erkenntnisse nicht ohne Weiteres auf Deutschland übertragen werden können, so ist doch der Hinweis auf die gesundheitliche Bedeutung von Sicherheitsaspekten im Wohnquartier für ältere Menschen relevant (Won et al. 2016).

In Deutschland wurden bisher weniger die direkten gesundheitlichen Auswirkungen von Sicherheitsdefiziten in Wohnquartieren untersucht, sondern stärker auf Zusammenhänge zwischen Sicherheit(sempfinden) und dem Zusammenhalt in Wohnbezirken geschaut (Hahne et al. 2020; Mikula 2023; Schubert et al. 2016). Die positiven gesundheitlichen Wirkungen von sozialem Zusammenhalt (gemessen als Vertrauen, Identifikation mit dem Stadtteil und geteilten Werten) vor allem auf mentale Gesundheit älterer Menschen sind vielfach belegt (Friedrichs, J. 2017).

Umweltbelastungen in (städtischen) Wohnquartieren

Umweltbelastungen im Wohnumfeld sind ungleich verteilt und bringen eine Vielzahl gesundheitlicher Risiken mit sich. Besonders gefährdet durch solche Belastungen sind unter anderem ältere Menschen und Menschen mit chronischen Erkrankungen (wobei ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) häufiger von entsprechenden Erkrankungen betroffen sind). Umweltbelastungen sind insgesamt in (groß-)städtischen Umfeldern, insbesondere in benachteiligten verdichteten und verkehrsbelasteten Quartieren, deutlich höher als in ländlichen Bereichen (Hornberg et al. 2018), in diesem Zusammenhang wird das Konzept der Umweltgerechtigkeit relevant.[43]

Luftschadstoffe

Die Ballungsräume in Deutschland sind im Vergleich zu anderen Gebieten in Deutschland durch Luftverunreinigungen belastet. Ein großer Teil der Messstationen überschreitet Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO).[44] Dies gilt, obwohl die Belastung durch Luftschadstoffe in den 1990er bis 2010er Jahren in Deutschland deutlich abgenommen hat; allerdings hat sich diese Entwicklung in den letzten Jahren verlangsamt. Die WHO hat auf Basis neuer Erkenntnisse ihre Empfehlungen zur Luftverschmutzung verschärft (WHO 2021c). Städte mit

[43] Umweltgerechtigkeit bezieht sich auf eine faire Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen, den gleichberechtigten Zugang zu letzteren sowie Chancengleichheit hinsichtlich der Beteiligung an Entscheidungsprozessen über umweltbezogene Veränderungen (Bunge & Böhme 2024).

[44] https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/luftbelastung-in-ballungsraeumen#-entwicklung-von-2000-bis-2022 [Zugriff am 14.11.2023].

hoher Verkehrsdichte sind von Luftschadstoffen besonders betroffen, und zwar innerhalb von Stadtgebieten in kleinräumig unterschiedlichem Ausmaß. Zu schädlichen Luftschadstoffen werden insbesondere Feinstaub, Stickstoffdioxid und Ozon gerechnet, die hauptsächlich durch den Straßenverkehr emittiert werden (Augustin 2019).

Andauernde und hohe Belastungen durch Luftschadstoffe führen zur Entstehung oder Verschlimmerung von Atemwegserkrankungen, zu denen Einschränkung der Lungenfunktion, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), Asthma bronchiale, Bronchitis oder Pneumonie und eine vorgezogene Mortalität sowie Herz-Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkte, Herztod oder Schlaganfälle) gehören (Augustin 2019; Hornberg et al. 2018). Luftschadstoffe stehen zudem im Verdacht, Allergien, Diabetes mellitus Typ II und neurodegenerativen Erkrankungen (z. B. Parkinson oder Alzheimer) auszulösen oder zu verstärken (Augustin 2019).

Für ältere und vorerkrankte Personen sind dabei die gesundheitlichen Risiken höher als für jüngere und gesunde Menschen. Ältere Menschen mit niedrigem SES sind stärker betroffen und auch häufiger einer hohen Schadstoffbelastung ausgesetzt als Menschen mit hohem SES (Augustin 2019; Hornberg et al. 2018). Für Menschen mit niedrigem SES sind die gesundheitlichen Risiken deshalb besonders hoch.

Lärm

In Deutschland fühlen sich über 75 Prozent der Bevölkerung durch Straßenverkehrslärm[45] belastet und mehr als die Hälfte durch Nachbarschaftslärm[46] (Hornberg et al. 2018). In innerstädtischen Verdichtungsgebieten, in denen überproportional häufig Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, häufig mit Migrationsgeschichte und in engen Wohnverhältnissen wohnen, sind die Menschen in besonderem Maße hohem Verkehrslärm, vielfach auch Nachbarschaftslärm ausgesetzt (Hornberg et al. 2018).

In vielen Studien wurde nachgewiesen, dass Lärm vielfältig gesundheitsbeeinträchtigend wirkt (für einen Überblick siehe Grafe 2020). Zu den gesundheitlich relevanten Auswirkungen von Lärm gehören physische Probleme, wie Bluthochdruck, erhöhtes Herzinfarkt- und Schlaganfallrisiko und Schlafstörungen (Münzel et al. 2023). Auch psychische Belastungen, darunter Stress, Nervosität, psychosomatische Probleme und Depression (Beutel, M. & Möhler 2021), soziale Lärmwirkungen wie Aggressionen, erschwerte Kommunikation, nachlassendes Hilfeverhalten und soziale Distanz gehören zu den Beeinträchtigungen (Grafe 2020).

Hitze

Große Aufmerksamkeit ziehen in den letzten Jahren die Gesundheitsgefährdungen durch Hitzewellen auf sich, von denen insbesondere ältere Menschen betroffen sind. Seit den 2000er Jahren nehmen Hitzewellen infolge des Klimawandels stetig zu (Mücke & Straff 2020).

Für fünf Hitzeperioden im Zeitraum zwischen 2001 und 2015 wurde die Anzahl der hitzebedingten zusätzlichen Todesfälle vom Robert-Koch-Institut (RKI) auf 16.000 bis 37.000 geschätzt (RKI 2019; Uphoff et al. 2020). Von hitzebedingter Mortalität waren insbesondere die Altersgruppen zwischen 75 und 84 Jahren (60 von 100.000 Einwohner*innen) und Menschen ab 85 Jahren (300 von 100.000 Einwohner*innen) betroffen – im Vergleich zu 12 von 100.000 aller Einwohner*innen (An der Heiden et al. 2019; Schröder, J. & Moebus 2021). Neben der erhöhten Mortalität wird auch auf eine erhöhte Morbidität hingewiesen, die sich beispielsweise in einer erhöhten Anzahl von Krankenhauseinweisungen zeigt (Hoeckner et al. 2020). Übereinstimmend gelten ältere Menschen als am meisten durch Hitzewellen gefährdet. Dabei sind ältere Menschen besonders belastet, wenn sie zusätzlich von chronischen Krankheiten und/oder Pflegebedürftigkeit betroffen sind (Bund-Länder-Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels 2017).

Neben den personalen beziehungsweise gruppenbezogenen Risiken sind umweltbezogene Risiken zu betrachten: Hitzeperioden wirken sich am stärksten in dicht bebauten, schlecht belüfteten, mit nur wenigen Grünräumen ausgestatteten und stark durch Verkehr und Schadstoffe belasteten Stadtteilen aus; dort bilden sich sogenannte Hitzeinseln (Kemen & Kistemann 2019). Solche Stadtteile sind häufig mehrheitlich von Bevölkerungsgruppen mit niedrigem SES bewohnt; dies wurde unter anderem für Berlin nachgewiesen (Kleinschmit et al. 2011; Lakes & Klimeczek 2011). Ökonomisch und sozial benachteiligte ältere Menschen, die schon ein höheres Risiko für negative Gesundheitseffekte durch Hitze tragen, sind auch überproportional durch ungünstige Klimasituationen im

[45] https://www.umweltbundesamt.de/themen/laerm/verkehrslaerm#belastigung-durch-verkehrslarm [Zugriff am 13.11.23].

[46] https://www.umweltbundesamt.de/themen/laerm/nachbarschaftslaerm-laerm-von-anlagen/nachbarschaftslaerm [Zugriff am 13.11.2023].

Wohnumfeld belastet, wohnen häufiger in schlecht isolierten Wohnungen und haben zudem wenig Möglichkeiten, sich an weniger belastete (kühlere) Orte zu begeben (Hoeckner et al. 2020).

Die hier beschriebenen Umweltbelastungen – Luftverschmutzung, Lärm und Hitze – treten häufig in Interaktion und kumulativ auf und fördern so insgesamt die Entwicklung von kardiovaskulären und zerebralen Erkrankungen (Münzel et al. 2023). Lärm- und Luftverschmutzung haben oft gleichzeitig einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit, sie erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Angststörungen.

Sowohl Gremien der WHO als auch der EU verweisen auf die Notwendigkeit, Aspekte der Umwelt- und Klimagerechtigkeit konsequent mit zu bedenken, wenn Strategien zur Anpassung an Klimaveränderungen und Umweltbelastungen entwickelt werden (Breil et al. 2021; WHO 2023b). Dies erfordert eine explizite Fokussierung vulnerabler Gruppen und benachteiligter Quartiere, die stärker betroffen sind, obwohl sie zum Klimawandel und zur Umweltverschmutzung weniger beitragen (etwa was die Menge ihres CO2-Ausstosses betrifft) – dies gilt national wie international.

Grünflächen im städtischen Raum – Zusammenhänge mit Gesundheit und Teilhabe

In den letzten 20 Jahren wurde vielfach empirisch nachgewiesen, dass sogenannte Grünräume in Städten einen erheblichen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Stadtbewohner*innen haben. Zu Grünräumen zählen Parks, Gärten und Kleingartenanlagen, begrünte Straßen und Plätze sowie angrenzende Waldgebiete[47]. Die große Aufmerksamkeit für diese Zusammenhänge zeigt sich in einer Vielzahl von einschlägigen Publikationen, seit den 2010er Jahren auch in Form von Reviews und thematischen Überblicken, unter anderem durch die WHO/Euro im Jahr 2016 (WHO 2016).

Der Vergleich zwischen Wohnquartieren mit vielen und wenigen Grünräumen zeigt die positiven Gesundheitsfolgen von Wohnquartieren mit viel Grünräumen:

- im Bereich physischer Gesundheit: Verbesserte subjektive Gesundheit, nachgewiesene Reduktionen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes 2; eine verringerte Mortalität in allen Bereichen, insbesondere für Ältere und Todesfälle während Hitzeperioden (Hornberg et al. 2018; WHO 2016); Absenkung von Bluthochdruck sowie Cortisol und weiterer Stresshormone (Claßen & Bunz 2018)
- im Bereich psychischer Gesundheit: Reduziertes Erleben von Stress, Ängsten und Depression, sowie insgesamt eine Verringerung psychischer Belastungen und eine Verringerung des Depressionsrisikos (WHO 2016)

Dabei wurde auch beschrieben und beforscht, auf welche Weise Grünräume positiv auf die Gesundheit wirken (Markevych et al. 2017):

- Sie verringern vorhandene gesundheitsschädliche Expositionen beziehungsweise deren Wahrnehmung (insbesondere Luftschadstoffe, Lärm und Hitze)
- Sie stellen gesundheitliche Ressourcen wieder her (Stressreduktion durch positive Emotionen, Erholung von Reizüberflutung, dadurch Verbesserung kognitiver Fähigkeiten)
- Sie bauen Ressourcen und Kapazitäten wieder auf, unter anderem durch Veränderung von Lebensstil und gesundheitsrelevantem Verhalten: Ermöglichung und Förderung körperlicher Aktivitäten, Verbesserung sozialer Kohäsion (Wohlbefinden und Identifikation mit dem Wohnquartier) (Jennings & Bamkole 2019) und Unterstützung sozialer Kontakte (gemeinsamer Sport sowie andere Aktivitäten wie Spielen, Grillen, Urban Gardening usw.) (Claßen & Bunz 2018; Markevych et al. 2017).

Für ältere Menschen sind Grünräume in der Nachbarschaft von besonders großer Bedeutung, da sie aufgrund eingeschränkter Mobilität mehr als andere Gruppen auf ihr Wohnquartier angewiesen sind und nur durch adäquat gestaltete Grünräume Zugang zu Erholungs- und Bewegungsmöglichkeiten haben. So berichtet die WHO, dass ältere Menschen stärker als jüngere von Grünräumen für ihre subjektive Gesundheit und die Verringerung von Schlafdefiziten profitieren. Die WHO unterstreicht die besondere Bedeutung von Grünräumen für ältere Menschen zudem im Hinblick auf den sozialen Zusammenhalt und ein quartiersbezogenes Gemeinschaftsgefühl (WHO 2016). Für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen wird oft ein größerer positiver Gesundheitseffekt als für bessergestellte Gruppen gemessen (WHO 2016). Erstere verfügen allerdings seltener über eigene Gärten oder können weniger leicht entfernte Erholungsräume aufsuchen (Hornberg et al. 2018). Auch sind Grünräume

[47] Gelegentlich wird in diesem Zusammenhang auch sogenanntes Stadtblau (d. h. natürliche und künstliche Gewässer) mitgedacht (Kistemann 2018).

oft quantitativ und in ihrer qualitativen Ausstattung zwischen Stadtteilen ungleich verteilt; ärmere Stadtteile sind häufig stärker durch schädliche Emissionen belastet und verfügen gleichzeitig über weniger und schlechter ausgestattete beziehungsweise weniger gepflegte Grünräume. Sozial benachteiligte ältere Menschen in solchen Wohnquartieren haben deshalb weniger Möglichkeiten, von den gesundheitlichen Chancen frei zugänglicher und gut angelegter Grünräume zu profitieren (Hornberg et al. 2018).

Mobilität und Gesundheit

Mobilität ist besonders im Alter (aufgrund vermehrter funktioneller Einschränkungen) mit persönlicher Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität verbunden (Cirkel & Juchelka 2007). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, Mobilität als Ressource für den Erhalt gesellschaftlicher Teilhabe, Partizipation und Gesundheit im Alter zu erhalten und zu stärken (Schlag & Megel 2002). Dazu gehört neben einem barrierearmen ÖPNV die Förderung der „Walkability" (etwa Begehbarkeit), also die bewegungsfreundliche Gestaltung städtischer oder kommunaler Räume. Wenn ältere Menschen sich im öffentlichen Raum gut bewegen können, hat dies einen individuellen und kollektiven gesundheitsförderlichen Gehalt (Frahsa 2018) sowie maßgeblichen positiven Einfluss auf die psychische und die funktionale Gesundheit sowie die gesellschaftliche Teilhabe im Alter (Alves et al. 2020; Tuomola et al. 2024) (siehe Kapitel 4).

5.3.2 Wirkung von Sozialräumen auf Gesundheit und Teilhabe

In vielen Studien wird die gesundheitliche Bedeutung von Wohnquartieren für alle Menschen, insbesondere aber für ältere Menschen betont (Hornberg et al. 2018; Wolter 2017). Im Folgenden geht es darum, wie Wohnquartiere als Sozialräume multifaktoriell die Chancen auf Teilhabe und Gesundheit der in ihnen lebenden älteren Menschen einschränken oder auch fördern. Dabei sind folgende, sich gegenseitig beeinflussende Aspekte relevant:

- materielle Eigenschaften des Wohnquartiers wie die Beschaffenheit der Wohnungen, (fehlende) Barrierefreiheit von Wohnungen und Wohnumfeld, Vorhandensein und Nutzbarkeit von Grünflächen, Belastungen durch Lärm und Schadstoffe sowie Hitze
- Infrastruktur für Einkauf, Mobilität, soziale und gesundheitliche Dienstleistungen
- soziale und sozialpsychologische Ressourcen der Bevölkerung im Quartier wie das Vorhandensein sozialen und kulturellen Kapitals (soziale Kohäsion und Zivilgesellschaft, soziale Kontrolle sowie Vertrauen und Reziprozität).

Risiken von Wohnquartieren für Gesundheit und Teilhabe

Wohnquartiere unterscheiden sich im Hinblick auf Belastungen und Ressourcen für ältere Menschen: So sind beispielsweise dörfliche Wohnquartiere in peripheren ländlichen Gebieten oft durch die Abwanderung jüngerer Menschen, die Ausdünnung technischer (ÖPNV), sozialer und gesundheitlicher Infrastrukturen sowie hohe Armutsrisikoquoten gekennzeichnet. Unter diesen Umständen ist soziale Unterstützung weniger selbstverständlich und die gesundheitliche und pflegerische Versorgung für ältere Menschen ist gefährdet. Großstädtische benachteiligte Quartiere wiederum sind durch eine hohe Konzentration von Menschen mit Armutsrisiko und von Menschen mit Migrationsgeschichte, durch schlechte Wohnqualität, hohe Konzentrationen von Lärm, Schadstoffen und Hitzerisiken, gegebenenfalls fehlendes soziales und kulturelles Kapital und häufig höhere Kriminalitätsrisiken geprägt; auch hierdurch werden Chancen auf Teilhabe und Gesundheit der älteren Bevölkerungsgruppen eingeschränkt (Hornberg et al. 2018).

Die Häufigkeit von Depressionen bei älteren Menschen wird beispielsweise von verschiedenen Aspekten des Wohnquartiers beeinflusst (Barnett et al. 2018): Quartiersbelastungen im Allgemeinen erhöhen das Stresslevel, erschweren soziale und physische Aktivitäten und verringern damit unter anderem Resilienzen gegenüber einer Depression. Barrieren für ein aktives Leben von Menschen mit Einschränkungen erhöhen deren Risiken für Exklusion und Depression. Darüber hinaus erhöhen bestimmte physische Quartierseigenschaften, die Verkehrssicherheit sowie die Zugänglichkeit von Grünräumen die Wahrscheinlichkeit für einen physisch aktiven Lebensstil und verringern damit unter anderem das Depressionsrisiko. Verwahrlosung durch Vermüllung, starke Lärmbelastung und geringe Sicherheitsgefühle verringern wiederum den Grad an physischen (und sozialen) Aktivitäten und erhöhen damit das Risiko für Depression. Zudem ist ein großer Anteil von Menschen mit niedrigem SES an der Wohnbevölkerung und geringe Werte für kollektive Wirksamkeit mit hohen Raten von Depression assoziiert.

Materielle und soziale Eigenschaften von Wohnquartieren beeinflussen die physische und psychische Gesundheit (älterer) Menschen, so sind zum Beispiel fußgänger(un)freundliche Umgebungen mit hohen Raten von kardiometabolischen Erkrankungen (Typ-2-Diabetes, Herzerkrankungen und Schlaganfall) verbunden (Chandrabose et al. 2019). In Studien wurden Zusammenhänge zwischen der ästhetischen Attraktivität von Stadtvierteln, sozialer Kohäsion (gemessen als gegenseitiges Vertrauen und geteilten Werten) sowie wahrgenommener Sicherheit und individuell gemessenen Stresswerten nachgewiesen (Henderson et al. 2016). Benachteiligte Gruppen älterer Menschen können durch ihre insgesamt geringeren Ressourcen Belastungen in ihren Wohnquartieren schlechter kompensieren und sind stärker von gesundheitlichen Nachteilen dieser Belastungen betroffen (Hornberg et al. 2018). Als gesundheitlich besonders vulnerabel gelten hochaltrige Menschen, alleinlebende ältere Frauen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte, demenziell Erkrankte (Vidovićová & Tournier 2020) und von Armut betroffene ältere Menschen – und insbesondere solche, die mehrere dieser Risiken auf sich vereinen.

Potenziale von Wohnquartieren für Gesundheit und Teilhabe

Gut entwickelte Ressourcen in den oben angeführten, quartiersbezogenen Bereichen können individuelle und kollektive Risiken für Exklusion und gesundheitliche Nachteile teilweise kompensieren und Chancen für Teilhabe und Gesundheit erhöhen. Vielerorts werden deshalb bereits entsprechende Projekte umgesetzt. Kollektives soziales und kulturelles Kapital und zivilgesellschaftliche Initiativen als lokale Faktoren für Gesundheit, Teilhabe und Lebensqualität entstehen aus Interaktionen zwischen der Quartiersbevölkerung und ihren individuellen Ressourcen (Komposition) einerseits und den Eigenschaften der gebauten und natürlichen Umgebung sowie der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Infrastruktur (Kontext) andererseits (Häussermann et al. 2010). Klug angelegte Grünräume verringern Umweltbelastungen in Städten, fördern gemeinschaftliche Aktivitäten im Außenraum und verbessern damit soziale Kohäsion. Eine bewohnerfreundliche Verkehrspolitik und Hitzeaktionspläne bauen kumulierende Belastungen ab. Niedrigschwellig zugängliche und gestaltbare Treffpunkte (wie Stadtteilzentren) ermöglichen soziale Begegnungen und damit gegenseitige Unterstützung. Wo solche Themen in partizipativen Prozessen mit älteren Bürger*innen gemeinsam bearbeitet werden, können gleichzeitig gesundheitsschädliche Belastungen abgebaut und sozialer Zusammenhalt entwickelt werden (Friedrichs, J. 2017; Wolter 2017). Soziale Netzwerke können durch den Ausbau von quartiersbezogener Digitalisierung zusätzlich verstärkt werden und es insbesondere mobilitätseingeschränkten älteren Menschen erleichtern, den Zugang zu Kontakten und Informationen aufrecht zu halten (Deutscher Bundestag 2020a). Gesundheitsförderliche Quartiersentwicklung trägt insgesamt zu Lebensqualität und zur Aufrechterhaltung von Teilhabe bei; damit kann tendenziell auch der Eintritt von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen vermieden oder verzögert werden.

In Deutschland verfügen viele Wohnquartiere klein- und großstädtischen sowie in ländlichen, nicht peripheren Gebieten über insgesamt förderliche soziale und kulturelle Infrastrukturen und attraktive Umgebungen, auch für ein gesundes Älterwerden. Besondere Aufmerksamkeit sollte daher benachteiligten Regionen und Wohnquartieren gewidmet werden, in denen gesundheitliche Risiken kumulieren und insbesondere gesundheitlich vulnerable Gruppen betreffen.

5.3.3 Konsequenzen für Prävention und Gesundheitsförderung

Das Konzept der „Age-friendly cities“ (WHO 2007) beschreibt acht Bereiche einer alternsfreundlichen und damit gesundheitsförderlichen Entwicklung von Stadtteilen beziehungsweise Wohnquartieren (1. Öffentlicher Raum, 2. Verkehr und Mobilität, 3. Wohnen, 4. Soziale Teilhabe, 5. Soziale Inklusion und Nichtdiskriminierung, 6. Bürgerschaftliches Engagement und Beschäftigung, 7. Kommunikation und Information, 8. Kommunale Dienstleistungen und Gesundheitsleistungen). Das Instrument eignet sich sowohl zur Diagnose von Problemen und Bedarfen wie zur Entwicklung von Veränderungsstrategien und Interventionen. Das Gesunde Städte-Netzwerk Deutschland hat derzeit 92 Mitgliedskommunen.[48]

Mit dem Städtebauförderungsprogramm „Soziale Stadt“ wurde von 1999 bis 2019 die Entwicklung multifaktorieller Interventionen in benachteiligte Stadtteile gefördert. Standen bei dem Programm zunächst bauliche Investitionen im Vordergrund, wurden mit der Zeit soziale Themen und auch Gesundheit als Thema des Sozialraums relevanter. In einem Teil der Projekte ging es auch um ältere Menschen als Zielgruppe. Seit 2020 hat das Städtebauförderungsprogramm „Sozialer Zusammenhalt. Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten“ das Programm „Soziale Stadt“ abgelöst (BMWSB 2023). In der Programmstrategie werden Gesundheit und Gesundheitsförderung als Ziele ausdrücklich benannt, ältere Menschen als Zielgruppe beziehungsweise

[48] Gesunde Städte Nachrichten 2023/24 https://gesunde-staedte-netzwerk.de/wp-content/uploads/GSN_2023-2024_web-1.pdf [Zugriff am 14.03.2024].

generationenübergreifende Ansätze als Ziele allerdings nicht erwähnt. Angesichts der demografischen Entwicklung und der gesellschaftlichen Aufgabe, Wohnquartiere lebenswert und gesundheitsförderlich für alle Generationen zu entwickeln, wäre zu empfehlen, dies nachzuholen.

Grundsätzlich sind „Setting"-Ansätze, also multifaktorielle beziehungsweise intersektorale Interventionen in Lebenswelten, wie hier in benachteiligte Wohnquartiere, das Mittel der Wahl, um gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern und gesundheitliche Chancengleichheit zu fördern (Hartung & Rosenbrock 2022). Rein verhaltensbezogene Ansätze, dazu häufig noch in einer Komm- beziehungsweise Kursstruktur, haben gesundheitlich benachteiligte ältere Menschen beziehungsweise besonders vulnerable Gruppen über Jahrzehnte kaum erreicht. Bei Setting-Ansätzen sind insbesondere die Prinzipien „Empowerment" (Befähigung), Partizipation sowie Kapazitätsentwicklung („community capacity building") zu beachten. Das Konzept des Empowerment fokussiert in erster Linie auf das individuelle Lernen. Die Partizipation von Zielgruppen ermöglicht einerseits Zielgenauigkeit von Interventionen vor Ort, andererseits bildet sie eine Voraussetzung für Empowermentprozesse (Fabian et al. 2017). Das Konzept der Kapazitätsentwicklung wiederum betont Lernprozesse und Strukturentwicklung auf der Ebene der Gemeinschaft. Bei der Umsetzung dieser Prinzipien sollten die Barrieren für die Partizipation sozioökonomisch und soziokulturell benachteiligter älterer Menschen besonders reflektiert werden. Um sie zu überwinden, bedarf es einer langfristigen Netzwerkentwicklung und eines kontinuierlichen Beziehungsaufbaus vor Ort, gestützt durch professionelle Strukturen. Kurzfristig finanzierte Projekte, die nach ein oder zwei Jahren wieder aufgegeben werden (müssen), sind nicht erfolgversprechend und schlimmstenfalls schädlich, weil sie neue Frustrationen und Rückzüge bewirken können (Schaefer et al. 2021).

Im Hinblick auf den Klimawandel und damit verbundenen Hitzerisiken werden in vielen Kommunen in Deutschland Hitzeaktionspläne entwickelt, aber meistens noch nicht in allen relevanten Aspekten (Mlinarić et al. 2023). Für ältere Menschen sind – neben geeigneter Informations- und Aufklärungsstrategien, spezifisch für vulnerable Gruppen – insbesondere Hitzeschutz in Innenräumen, besonders beispielsweise in Pflegeheimen und Krankenhäusern von großer Bedeutung. Deren Mitarbeiter*innen müssen entsprechend fortgebildet und sensibilisiert werden. Für ältere Bewohner*innen von Stadtquartieren werden insbesondere die Einrichtung von „Cooling Centres", also gekühlten öffentlich zugänglichen Räumen beispielsweise in Bibliotheken, Kirchen oder Einkaufspassagen empfohlen sowie die Einrichtung oder Erhaltung von Schattenplätzen im Außenbereich, etwa durch Dächer, Pavillons oder Sonnensegel, beziehungsweise Grünanlagen mit dichten Blattkronen – bestenfalls ergänzt durch kühlende Wasserflächen (Bund-Länder-Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels 2017).

5.4 Teilhabeaspekte der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Neben Gesundheitsförderung und Prävention ist die gesundheitliche Versorgung von zentraler Bedeutung, um die Gesunderhaltung und Lebensqualität ältere Menschen trotz altersbedingter Einbußen bestmöglich zu unterstützen (Leopoldina 2015). Gesundheit im Alter hängt unter anderem von der Verfügbarkeit, Passung und Inanspruchnahme von Angeboten des Versorgungssystems ab. Für eine bedarfsgerechte medizinische und pflegerische Versorgung müssen die soziale Lage und Lebenswelten berücksichtigt sowie die Entscheidungsteilhabe von Patient*innen sichergestellt werden (Rosenbrock 2015). Da eine umfassende Analyse der medizinischen und pflegerischen Versorgungssituationen und -probleme älterer Menschen in Deutschland an dieser Stelle nicht geleistet werden kann, werden hier zunächst exemplarisch Fragen der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie Fragen der geriatrischen Versorgung aufgegriffen. Weiter wird die für ältere Menschen relevante und verbesserungswürdige Situation der integrierten Versorgung erörtert. Abschließend geht es um die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung sowie um Fragen des Zugangs zur und der Qualität der pflegerischen Versorgung.

5.4.1 Medizinische Versorgung

Ambulante allgemein- und fachärztliche Versorgung

Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu beschreiben, werden Indikatoren wie Wartezeiten, Zuzahlungen/Gebühren, Wegstrecken oder zur Verfügung stehende Angebote für diagnostische und therapeutische Verfahren herangezogen. Ein weiterer Indikator ist der Verzicht auf eine Behandlung aufgrund von Zugangsbarrieren (Klein, J. & von dem Knesebeck 2022).

Die GEDA/EHIS-Studie des Robert Koch-Instituts (siehe Abschnitt 5.1.1) verweist exemplarisch für Frauen ab 50 Jahren, differenziert nach ländlichen und städtischen Regionen, auf Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener Ärzt*innen (Haus- und Fachärzt*innen). Während auf dem Land eher weite

Anfahrtswege und ein eingeschränktes Versorgungsangebot zu verspäteten Untersuchungsterminen führen, sind in Großstädten eher längere Wartezeiten bei der Terminvergabe dafür verantwortlich. So hat jede fünfte Frau ab 50 Jahren Schwierigkeiten, einen Termin für eine medizinische Untersuchung oder eine Behandlung zu bekommen, zum Beispiel bedingt durch weite Anfahrtswege oder ein eingeschränktes Versorgungsangebot. Frauen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (SES) erlebten deutlich häufiger eine Verzögerung von Untersuchung und Behandlung als diejenigen mit einem hohen SES (8,3 % vs. 1,7 %). Zudem wurde bestätigt, was aus anderen Studien schon bekannt ist: Gesetzlich versicherte Frauen müssen häufiger als privat versicherte Frauen auf eine Untersuchung oder Behandlung warten (22,2 % vs. 13,1 %) (Krause et al. 2020).

Durch den zunehmenden Mangel an Mediziner*innen in Deutschland verstärken sich Zugangsbarrieren (nicht nur) im hausärztlichen Bereich. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) erwartet circa 20.000 nicht besetzte Stellen für Mediziner*innen bis zum Jahr 2025. Eine weitere Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung im städtischen und insbesondere im ländlichen Raum ist folglich zu erwarten (van den Bussche 2019). Damit werden sich die skizzierten sozioökonomischen und regionalen Benachteiligungen verschärfen. Ein Mangel an Ärzt*innen ist insbesondere in peripheren ländlichen Räumen bereits Realität, zudem ist der Anteil von über 60-jährigen Vertragsärzt*innen dort überproportional hoch (Graf von Stillfried et al. 2021; Strumann et al. 2020). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2014 ergänzende Maßnahmen gefordert, „um den bisher praktisch nicht stattfindenden Abbau von Überversorgung umzusetzen“ (Sachverständigenrat 2014:170). Zugunsten unterversorgter Gebiete solle der Aufkauf freiwerdender Arztsitze eine „Muss-Regelung“ werden. Dies ist jedoch erneut zu einer Soll-Regelung abgeschwächt worden – Selbstverwaltung und Gesetzgeber gehen also bisher nicht konsequent gegen die Unterversorgung insbesondere in ländlichen Planungsbereichen vor. Zusätzlich sollten Potenziale der Digitalisierung in der Versorgung gerade für den ländlichen Raum weiterentwickelt und implementiert werden, um entfernungsbedingte Zugangsprobleme zu lindern. Dabei ist stets darauf zu achten, dass diese Möglichkeiten niedrigschwellig zugänglich gemacht werden müssen, um nicht weitere Zugangsprobleme und Ausschlüsse zu produzieren (Deutscher Bundestag 2020a).

Eine vergleichende Analyse zeigte, dass über 80 Prozent der 65-Jährigen und älteren Frauen und Männer in Deutschland in den letzten zwölf Monaten in allgemeinärztlicher sowie über 60 Prozent in fachärztlicher Behandlung waren. Tendenziell nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit ansteigendem Alter zu. Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau nutzen im Vergleich zu Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau häufiger Allgemeinärzt*innen; Personen mit einem mittleren oder hohen Bildungsniveau nehmen deutlich häufiger Fachärzt*innen in Anspruch (Hoebel et al. 2016; Prütz et al. 2021). Auch der Siebte Altenbericht der Bundesregierung verweist auf den sozial ungleichen Zugang (zugunsten Bessergestellter, nach drei Bildungsgruppen) zu Fachärzt*innen europaweit (Deutscher Bundestag 2016). Dabei wurde spezifisch für Deutschland (wo der Zugang zur fachärztlichen Versorgung eher ungeregelt ist) von großen Unterschieden zwischen verschiedenen Bildungsgruppen berichtet. So ist „die Wahrscheinlichkeit eines Facharztbesuchs […] bei der Gruppe mit mittlerer Bildung knapp doppelt so hoch und bei der Gruppe mit höherer Bildung mehr als doppelt so hoch wie bei der Gruppe mit geringer Bildung“ (Deutscher Bundestag 2016). Hausarztmodelle trugen zur Verringerung des sozialen Gradienten im Hinblick auf Facharztbesuche bei (Schnitzer et al. 2011). Vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status (SES) häufiger und schwerer als solche mit höherem SES chronisch erkrankt sind, weist der Befund, dass Menschen mit niedrigem Bildungsniveau seltener Fachärzt*innen nutzen auf eine mögliche Unterversorgung hin. Zur Erklärung wird auf zwischen den Schichten variierende präventive Haltungen verwiesen, auch auf größere Belastungen einkommensschwächerer Patient*innen durch Zuzahlungen (für Medikamente, Hilfsmittel oder individuelle Gesundheitsleistungen[49]) sowie auf Unterschiede im ärztliche Kommunikationsstil und Überweisungsverhalten in Abhängigkeit von der sozialen Distanz zwischen Patient*in und Versorger*in (Hoebel et al. 2016). Hinzu kommen entlang von Bildungsunterschieden differierende Fähigkeiten, sich im Versorgungssystem zu orientieren und durchzusetzen. Daher wird „der Kompetenz, sich in der Gesundheitsversorgung orientieren und engagieren zu können sowie den Zugangsbarrieren zum ambulanten Sektor […] der größte Stellenwert beim Abbau von Ungleichheiten in der Versorgung zugeschrieben“ (Schröder, S. et al. 2019: 564). Die beschriebenen Ungleichheiten werden von den meisten Patient*innen ähnlich wahrgenommen und unter anderem auf die Ökonomisierung im Versorgungssystem zurückgeführt (Schröder, S. et al. 2019).

[49] Sogenannte IGEL-Leistungen, die nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

Ungedeckte medizinische Bedarfe geben Hinweise auf Probleme in der Versorgung. Ein Verzicht auf eine Behandlung aus finanziellen Gründen (notwendige Zuzahlungen) oder – wie weiter oben bereits erwähnt – aufgrund von schlechter Erreichbarkeit oder langen Wartezeiten sind keine Seltenheit. Erfreulicherweise nahm von 2005 bis 2014 in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland der Anteil derjenigen, die notwendige medizinische oder zahnmedizinische Untersuchungen/Behandlungen nicht in Anspruch nahmen, deutlich ab. Im EU-SILC-Survey 2014 berichteten 18 Prozent der Befragten ab 50 Jahren einen ungedeckten medizinischen oder zahnmedizinischen Versorgungsbedarf (Hollederer & Wildner 2019).

Im Folgenden werden Ergebnisse von Studien berichtet, die unterschiedliche Aspekte altersspezifischer Unterversorgung zeigen:

- Eine repräsentative Studie über ältere Menschen ab dem 75. Lebensjahr zeigte, dass ein ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf mit depressiven Symptomen assoziiert ist (Stein et al. 2019).
- Eine weitere Studie über ältere Menschen ab dem 75. Lebensjahr bestätigte einen Zusammenhang zwischen Verlusterfahrungen (z. B. Verlust des/der Partners/in oder von Freunden oder Verwandten) und einem damit verbundenen Bedarf an physischer und psychischer Versorgung, welcher jedoch häufig ungedeckt bleibt. Da Verlusterlebnisse im höheren Alter wahrscheinlich werden, sollte für diese Menschen bei Routineuntersuchungen auch darauf geachtet werden (Stein et al. 2020).
- Eine Schleswig-Holsteinische Studie zur Häufigkeit von Hausbesuchen – für ältere Menschen besonders wichtig – stellte fest, dass sich Hausärzt*innen je nach fachärztlicher Ausbildung in ihren Routinen deutlich unterschieden: So führten Allgemeinmediziner*innen im ländlichen Raum 60 Prozent mehr Hausbesuche als hausärztlich tätige Internist*innen durch (Strumann et al. 2020). Auch aus diesem Befund ergeben sich Fragen zu möglicher Unterversorgung.
- Anhand von bundesweiten AOK-Routinedaten wurde in einer Studie untersucht, inwieweit das Alter, die Pflegebedürftigkeit und der Wohnort die fachärztliche Versorgung bei älteren Menschen beeinflussen, wenn Unterschiede in der Morbidität kontrolliert werden. Für nahezu alle untersuchten medizinischen Fachgebiete zeigte sich: Je älter und je stärker pflegebedürftig eine Person war, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit einer fachärztlichen Versorgung (Schulz et al. 2021). Insbesondere dieser Befund scheint hochproblematisch.

Geriatrische Versorgung

Die geriatrische Versorgung wurde in Deutschland seit den 1990er Jahren deutlich weiterentwickelt; je nach Bundesland wurden unterschiedliche Konstellationen klinischer und rehabilitativer Versorgung (geriatrische Kliniken, Tageskliniken, stationäre, ambulante und mobile Rehabilitation) ausgebaut; dabei überwiegen die stationären Angebote. Die Versorgungsdichte unterscheidet sich dabei zwischen den Bundesländern im Allgemeinen und zwischen Flächenstaaten und Stadtstaaten erheblich: von 7,9 Plätzen pro 10.000 Einwohner*innen über 65 Jahren in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 42,5 Plätzen in Hamburg (Amrhein et al. 2023). Hinsichtlich der Erreichbarkeit und der Verfügbarkeit geriatrischer Versorgung muss insofern zumindest für manche Regionen von großen Lücken ausgegangen werden. Dies bestätigten Expert*innen in einer Umfrage in Mecklenburg-Vorpommern und im Emsland (Niedersachsen); mehr als 70 Prozent der Befragten schätzten Erreichbarkeit und Wartezeiten als problematisch ein; mehr als 50 Prozent sahen darin eine Gefährdung der Versorgung (Knorr et al. 2020).

Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (z. B. den skandinavischen Ländern, Belgien, Niederlande) ist die Geriatrie als Disziplin in Deutschland sowohl hinsichtlich der medizinischen Ausbildung als auch hinsichtlich eigener Versorgungsstrukturen insgesamt schwach entwickelt; insbesondere ist die ambulante geriatrische Versorgung in Deutschland nicht flächendeckend ausgebaut (Hower et al. 2019). Die ambulante Versorgung geriatrischer Patient*innen wird weitgehend von Allgemeinärzt*innen sowie Internist*innen durchgeführt; explizite geriatrische Qualifikationen sind selten (Amrhein et al. 2023). Seit 2000 ist ein hausärztlich-geriatrisches Basis-Assessment möglich; dieses wurde allerdings beispielsweise in Baden-Württemberg nur bei 5 Prozent der potenziell geriatrischen Patienten durchgeführt (Köster, I. et al. 2018).

Fehlende geriatrische Kompetenz in der Versorgung bringt Risiken für Patient*innen mit sich, etwa hinsichtlich unvollständiger Assessments ihrer Gesamtsituation und damit unvollständiger Therapieplanung, des Übersehens (früh)rehabilitativer Behandlungsbedarfe, nicht auf Multimorbidität abgestellte Therapieplanungen und des Übersehens vorhandener Ressourcen und Rehabilitationspotenziale (Bundesverband Geriatrie e.V. 2023) – mit negativen Folgen für die weiteren Gesundheits- und Teilhabechancen (Schulz et al. 2021). So werden Chancen auf eine primäre oder tertiäre Prävention von Pflegebedürftigkeit nicht genutzt.

Eine Studie der Charité in Berlin (Deutschbein et al. 2024) ergab, dass in Notaufnahmen tätiges Gesundheitspersonal eine strukturelle Diskrepanz zwischen den langwierigen, komplexen chronischen und psychosozialen Versorgungsbedarfen geriatrischer Patient*innen und einer traditionell auf kurze, intensive Fallbearbeitung ausgerichteten Akut- und notfallmedizinischen Versorgung erlebt. Tatsächlich sind ein großer Teil der Notaufnahmepatient*innen geriatrische Patient*innen. Die Notaufnahme wird aber nicht nur als inadäquater Ort für geriatrische Patient*innen reflektiert, sondern als ein Ort, der (durch lange Aufenthalts- und Wartezeiten, infolge von Lärm, Unruhe und vielen unbekannten Menschen) potenziell zusätzliche psychische und physische Belastungen, schlimmstenfalls dort entstehende Delire oder Stürze, verursacht. Erforderlich sind innovative, ganzheitliche Versorgungskonzepte für geriatrische Notaufnahmepatient*innen (Lucke et al. 2022).

Für die Sicherstellung der ambulanten geriatrischen Versorgung schlägt der Bundesverband Geriatrie e. V. (2023) ein flächendeckendes Netz ambulanter geriatrischer Zentren vor, die bestehende ambulante Versorgungsangebote zusammenführen und zudem unter anderem als Ansprechpartner für niedergelassene Haus- und Fachärzt*innen sowie Pflegeheime (Konsildienste) fungieren, sowie Aufgaben der Versorgungskoordination und des Case und Care Managements übernehmen. Damit könnte geriatrische Kompetenz stärker in die Fläche gebracht werden.

Interprofessionelle und integrierte Versorgung

Nicht nur innerhalb geriatrischer Strukturen, sondern über alle Sektoren hinweg ist eine interprofessionelle und integrierte Versorgung zentral für eine bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen. Unter integrierter Versorgung versteht man eine patientenorientierte interdisziplinäre medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer (z. B. ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, ärztliche Netzwerke). Hierdurch sollen Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung verbessert werden. Integrierte Versorgungsmodelle können durch digitale Anwendungen in der interprofessionellen und interorganisationellen Kommunikation sinnvoll unterstützt werden (Deutscher Bundestag 2020a).

Die Dringlichkeit für integrierte Versorgung ergibt sich aus der Alterung der Bevölkerung, zunehmender Multimorbidität und daraus folgender Komplexität der Versorgungsbedarfe (Gellert et al. 2018). Die Entwicklung einer integrierten Versorgung ist trotz vielfältiger Steuerungsversuche der Gesundheitspolitik in Deutschland bislang nicht überzeugend gelungen (Rosenbrock & Gerlinger 2024). Fehlende Koordination und Kooperation unter Leistungserbringenden kann zu doppelt erbrachten oder fehlenden Leistungen, widersprüchlicher oder fehlender Kommunikation mit Patient*innen, Medikationsfehlern (z. B. Polypharmazie) und letztendlich zu Unter- und Fehlversorgung, unter anderem problematischen Versorgungsergebnissen wie beispielsweise unnötigen Krankenhausaufenthalten und Pflegeheimverlegungen, führen (Hower et al. 2019). Integrierte Versorgungsmodelle (z. B. Case und Care Management), die sich am Bedarf und Nutzen der Patient*innen orientieren, wären sinnvoll, sind jedoch nicht zuverlässig und flächendeckend implementiert; hausärztliche Praxen können eine integrierte Versorgung nur unzureichend steuern (Hower et al. 2019).

5.4.2 Pflegerische Versorgung

Die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und wird weiter steigen. Das erhöht einerseits die Anforderungen an Angehörige, sich um die Pflege ihrer Angehörigen zu kümmern, und andererseits den Bedarf an professioneller Pflege, sei es als ambulante Pflege, als teilstationäre Tages- oder Kurzzeitpflege, als Pflege in betreutem Wohnen, Demenz-Wohngemeinschaften oder als vollstationäre Pflege in Pflegeheimen. Nachfolgend werden, nach einem Blick auf die Zahlen zur Pflege durch Angehörige, einige der aktuell drängendsten Fragen zur Langzeitpflege beleuchtet.

Entwicklung von Pflegebedürftigkeit

Zum Ende des Jahres 2021 erhielten knapp 5 Millionen Menschen Leistungen der Pflegeversicherung, davon wurden knapp 4,17 Millionen (84 %) zu Hause betreut. Hiervon wiederum wurden 2,55 Millionen Pflegebedürftige (mit Pflegegrad 2 bis 5) ausschließlich durch Angehörige versorgt und 1.047.000 Pflegebedürftige zusammen mit oder vollständig von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (Statistisches Bundesamt 2022c). Rund ein Sechstel der Pflegebedürftigen (16 % bzw. 0,79 Millionen) wurde in Pflegeheimen vollstationär betreut. Fast 80 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter, ein Drittel (33 %) war mindestens 85 Jahre alt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen war weiblich (62 %). Mit zunehmendem Alter steigt die

Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu sein: Während bei den 70- bis 74-Jährigen rund 9 Prozent pflegebedürftig waren, waren von den 90-Jährigen und Älteren 82 Prozent pflegebedürftig.

Das Pflegerisiko steigt nicht nur mit dem Alter an, sondern es ist auch von sozioökonomischen Merkmalen abhängig (Geyer et al. 2021b). So tritt bei armutsgefährdeten Männern (mit einem Einkommen von weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens) eine Pflegebedürftigkeit im Durchschnitt knapp sechs Jahre früher auf als bei Männern mit hohem Einkommen (mit einem Einkommen von mehr als 150 Prozent des mittleren Einkommens), bei Männern mit niedrigem Einkommen (60 bis 80 Prozent des mittleren Einkommens) immer noch drei Jahre früher. Bei Frauen ist die Tendenz ähnlich, aber die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen fallen etwas geringer aus. Unterschiede zeigen sich auch nach dem Versicherungsstatus: Gesetzlich pflegeversicherte Männer werden mehr als drei Jahre (Frauen mehr als zwei Jahre) früher pflegebedürftig als privat versicherte (ebd.).

Angehörigenpflege in Zahlen

Für die Menschen, die von Angehörigen gepflegt werden, gab es im Jahr 2017 schätzungsweise 2,47 Millionen Hauptpflegepersonen. Insgesamt gibt es doppelt so viele pflegende Angehörige (Rothgang et al. 2017, zitiert nach Rothgang & Müller 2018: 113).

Etwa 70 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen und etwa die Hälfte (51,7 %) ist zwischen 50 und 69 Jahren alt, weitere 33,9 Prozent sind 70 Jahre und älter (Büscher et al. 2023; Rothgang & Müller 2018). Obwohl der Anteil pflegender Männer in den letzten Jahren angestiegen ist, pflegen Frauen nach wie vor sowohl öfter als auch zeitintensiver als Männer (Bohnet-Joschko & Bidenko 2022; DAK 2015; Rothgang et al. 2017) (siehe auch Abschnitt 3.1.3).

Langzeitpflege: Regulierungs-, Zugangs- und Verteilungsfragen

Der Markt für ambulante und stationäre Pflege hat sich seit der Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1996 als ein Mix aus gemeinnützigen (Wohlfahrtsverbände) und privatwirtschaftlichen Anbietern und Einrichtungen stark entwickelt. Anbieter befinden sich grundsätzlich in einem Konkurrenzverhältnis zueinander, was wünschenswerte regionale und interprofessionelle Kooperationen – auch angesichts von Versorgungsproblemen – tendenziell behindert (Kutzner & Gerlinger 2018).

Die Regulierung des Pflegemarktes ist unzureichend: Während die Länder nach § 9 SGB XI „verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur“ sind (Greß & Jacobs 2021: 187), sind die Pflegekassen gemäß § 12 SGB XI „verantwortlich für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten“ (ebd.:188). Diese als „Verantwortungsdiffusion“ (ebd.: 187) oder „Verantwortungslücke“ (ebd.: 190) bezeichnete Aufgabenteilung lässt offen, welche Form oder welches Ausmaß von Pflegeplanung in den Bundesländern entwickelt wird. So fehlen zumindest in einzelnen Bundesländern Zahlen über fehlende Pflegekapazitäten und (drohende) Unterversorgung. Konstellationen eines Unterangebots sind „nicht vorgesehen“ (Greß & Jacobs 2021: 190) und werden bisher politisch nicht flächendeckend oder ausreichend bearbeitet. In der ambulanten und stationären Versorgung werden allerdings zunehmend Kapazitätsprobleme deutlich, erzeugt vor allem durch Personalengpässe (Greß & Jacobs 2021; Kutzner & Gerlinger 2018; Naegele 2022; Schmucker 2020), wenn auch bisher kaum umfassend mit detaillierten wissenschaftlichen Daten hinterlegt. Prognosen sagen bis zum Jahr 2035 einen Bedarf an fast 500.000 Pflegekräften im ambulanten und stationären Bereich und eine Unterdeckung von bis zu 300.000 Pflegekräften voraus.[50] Diese Entwicklungen geben nicht nur Anlass zur Sorge bezüglich der Sicherstellung pflegerischer Versorgung, sondern auch bezüglich der Versorgungsqualität: Mehr als 40 Prozent der Pflegenden in der Altenpflege gaben an, Abstriche an der Qualität ihrer Arbeit machen zu müssen, insbesondere im Zusammenhang mit hohem Zeitdruck, der sich in der Wahrnehmung der Befragten von Jahr zu Jahr verschärft (Schmucker 2020). Dies trägt zu vermehrten psychischen Problemen und zur Abwanderung der Pflegekräfte bei. Das Problem der substanziellen Personalunterdeckung wird in der Politik durchaus wahrgenommen und adressiert, effiziente Strategien, um eine deutliche Verschärfung der Situation in den nächsten Jahren abzuwenden, scheinen allerdings noch nicht gefunden. In der Diskussion geht es auch um die Frage, ob mit Digitalisierung und künstlicher Intelligenz Belastungen für professionell Pflegende und für pflegende Angehörige verringert werden könnten. Im Achten Altersbericht werden die

[50] https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/ [Zugriff am 14.06.2024].

Möglichkeiten hierfür insgesamt gering eingeschätzt, es wird aber auch darauf hingewiesen, dass die Potenziale der Digitalisierung für die Pflege bislang bei weitem nicht ausgeschöpft werden (Deutscher Bundestag 2020a).

Gleichzeitig wird – seit Jahren, aber ohne dass entscheidende Veränderungen in Gang gesetzt wurden – eine unzureichende Steuerungskapazität der Kommunen im Pflegebereich beklagt (siehe Deutscher Bundestag 2016; Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege o.J.[51]; BAGSO 2023b). Den Kommunen fehlen relevante Kompetenzen für eine Steuerung der lokalen Bedarfe und Ressourcen. Dennoch entwickeln sich, auch angesichts zunehmender Versorgungsengpässe, vielerorts Strategien kommunaler Pflegeplanung und freiwillige Akteurskooperationen (z. B. die Pflege-Modell-Region der Städteregion Aachen). Damit wird versucht, möglichst alle Ressourcen und relevanten Aufgaben zusammen zu bringen, unter anderem auch Akteure der Palliativversorgung und des bürgerschaftlichen Engagements (Braeseke et al. 2021). Informationen sollen auf diese Weise besser zugänglich und Versorgungsverläufe besser integriert werden.

Ambulante Pflege

Damit pflegebedürftige ältere Menschen länger zu Hause wohnen und leben können, muss in Ergänzung zur oder als Ersatz für Angehörigenpflege ein Zugang zu ambulanten Pflegediensten gegeben sein. Allerdings bestehen bei ambulanten Pflegediensten zum Teil dramatische Personalengpässe, sowohl in städtischen wie auch in ländlichen Gebieten (Kutzner & Gerlinger 2018). Dass es in dieser Situation zu Fällen von Unterversorgung sowie zu Ungleichheiten im Zugang kommt, zum Beispiel weil sich Ältere mit niedrigem Bildungsniveau oder anderen Nachteilen weniger gut in den Zugangswegen auskennen, ist wahrscheinlich, aber bislang weitgehend unerforscht.

Die sozioökonomischen Ressourcen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen beeinflussen auch die Inanspruchnahme ambulanter Pflegeleistungen. Die Inanspruchnahme von Pflegesachleistungen nimmt tendenziell mit steigendem Haushaltseinkommen, Vermögen und Bildungsniveau zu (Englert et al. 2023; Lera et al. 2020). Die sogenannte 24-Stundenpflege[52] ist vor allem eine Versorgungsform höherer Statusgruppen (Räker et al. 2020). Personen mit niedrigeren Einkommen wiederum pflegen ihre Angehörigen häufiger und intensiver selbst (Räker et al. 2020; Wetzstein et al. 2015).

Berichte über ambulante Pflegesituationen bei Pflegebedürftigen, die in Armut leben, legen nahe, dass die durch die Soziale Pflegeversicherung (SPV) finanzierten Pflegesachleistungen häufig nicht ausreichen, zusätzliche Leistungen aber nicht in Anspruch genommen werden (können) und auch die zusätzlichen nicht gedeckten Kosten (z. B. für Hilfsmittel) kaum erbracht werden können. In solchen Fällen ist eine Unter- oder Fehlversorgung wahrscheinlich. Die ohnehin unter Druck stehenden Pflegedienste können die von ihnen wahrgenommenen Lücken beim Bezug von Sozialhilfeleistungen oder in der medizinischen Versorgung bei den von ihnen Versorgten in der Regel nicht bearbeiten (Messer 2019) – weder ist dies ihre Kernqualifikation, noch werden sie dafür bezahlt. In Pflegehaushalten von Menschen mit niedrigem Sozioökonomischen Status (SES) wird seltener Pflegeberatung in Anspruch genommen als in Pflegehaushalten von Menschen mit höherem SES. In Pflegehaushalten von Menschen mit niedrigem SES muss ein deutlich höherer Teil des Haushaltseinkommens für Pflege aufgewendet werden als in Pflegehaushalten von Menschen mit höherem SES. Darüber hinaus werden Menschen mit niedrigem SES durchschnittlich niedrigere Pflegegrade bewilligt (Hielscher et al. 2017). Pflegebedürftigkeit verschärft für diese Gruppen also das Armutsrisiko und das Risiko für Unterversorgung. Ein sehr geringer Teil derer, die zu Hause gepflegt werden, nimmt Hilfe zur Pflege (SGB XII) in Anspruch: im Jahr 2022 waren es insgesamt 53.610 Personen in Deutschland.[53] Es liegen keine Schätzungen dazu vor, wie viele der Betroffenen tatsächlich ein Anrecht darauf hätten.

Mit (teils neuen) niedrigschwelligen Versorgungsangeboten könnte in diesen Fällen ein Teil der genannten Probleme gelöst werden. Solche Angebote gehen über reine Pflegeberatung hinaus und bieten umfassende Beratung und Unterstützung hinsichtlich des Zugangs zu und der Koordinierung von gesundheitlichen und sozialen Leistungen oder auch einer ganzheitlichen Gestaltung ambulanter Pflege. Dazu gehören die im Koalitionsvertrag vereinbarten *Gesundheitskioske*, die insbesondere in benachteiligten Stadtteilen und Regionen angesiedelt werden sollen (Deutscher Bundestag 2022a) sowie innovative Berufsbilder wie die der „Community Health Nurse“ (etwa „Gemeindeschwester/-pfleger“). Die ersten Angehörigen dieser neuen Berufsgruppe werden derzeit (Sommer

[51] https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bund-laender-ag-kommunen-und-pflege [Zugriff: 13.02.2024].

[52] in der Regel gelernte oder ungelernte Kräfte aus zumeist Osteuropa, die mit im Haushalt leben und unter mehr oder weniger geregelten Bedingungen größere Teile der Pflege übernehmen, nicht selten unter Umgehung von Arbeitsschutz- und Arbeitszeitregelungen.

[53] https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html#118728 [Zugriff am 14.06.2024].

2024) in Masterstudiengängen ausgebildet und sollen Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung sowie eines umfassenden Case und Care Managements insbesondere für vulnerable Gruppen mit komplexen Bedarfen übernehmen (DBfK Bundesverband e.V. 2022). In Rheinland-Pfalz richtet sich bereits das Angebot „Gemeindeschwester^{plus}“ an sehr alte (nicht pflegebedürftige) Menschen, um mit zugehenden Ansätzen Unterstützung und Beratung anzubieten; das Angebot soll bis zum Jahr 2026 flächendeckend ausgebaut werden.[54] Eine pflegerische Innovation wie *Buurtzorg* (niederländisch für „Nachbarschaftshilfe“; hierbei bekommen Pflegekräfte in halbautonomen Teams mehr Eigenverantwortung, um die Pflege zu organisieren und zu koordinieren – in Abstimmung mit den Pflegebedürftigen, den Angehörigen und ehrenamtlich Engagierten aus der Nachbarschaft) ist in den Niederlanden sehr erfolgreich, konnte aber in Deutschland bisher nur an wenigen Stellen (z. B. in Münster und in München) etabliert werden. Solche Angebote dienen der Gesundheitsförderung sowie der primären, sekundären und tertiären Prävention insbesondere vulnerabler Gruppen älterer Menschen. Sie sind damit geeignet, Lebensqualität zu fördern und den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verschieben.

Stationäre Pflege

Wenn die pflegerische Versorgung zu Hause durch pflegende Angehörige und/oder Pflegedienste nicht mehr aufrechterhalten werden kann und unterstützende Angebote wie Kurzzeit- oder Tagespflege oder auch betreutes Wohnen nicht mehr ausreichen, bleibt in der Regel die Aufnahme in die stationäre Versorgung, in eine Demenz-WG[55] oder in den meisten Fällen in ein Pflegeheim. Allerdings ist die Versorgung mit Pflegeheimplätzen vielerorts unzureichend: Der Bedarf steigt aufgrund der demografischen Entwicklung, die Anzahl der Plätze jedoch nicht im gleichen Maße. Im Jahr 2023 gingen durch die Schließung von 66 Pflegeheimen mehr als 3.300 Pflegeheimplätze verloren, dazu durch die Schließung von 128 Tagespflegen knapp 1.750 Tagespflegeplätze; weiterhin wurden 374 ambulante Pflegedienste geschlossen, die bis dahin knapp 20.000 Pflegebedürftige versorgt hatten.[56] Die wirtschaftliche Situation vieler Pflegeheime ist angespannt[57] – dazu tragen gestiegene Gehälter, hohe Energie- und andere Kosten bei, dazu auch Renditeerwartungen von Anteilseigner*innen. Zudem erzwingt der Mangel an Pflegekräften in manchen Einrichtungen, dass Pflegeplätze nicht belegt werden, was wiederum zu wirtschaftlichen Schieflagen beiträgt. Ein Mangel an Pflegeheimplätzen führt dazu, dass für ältere Menschen, die einen Pflegeheimplatz suchen, die Wartezeiten steigen, eine Wahlmöglichkeit faktisch kaum noch gegeben ist und dass sie oftmals keinen wohnortnahen oder überhaupt keinen Platz in einer stationären Pflegeeinrichtung finden.

Gleichzeitig sind die Eigenbeiträge, die die Pflegeheimbewohner*innen zahlen müssen, stark angestiegen. Der bundesweit durchschnittliche Eigenanteil in der stationären Pflege betrugt Anfang 2023 2.411 Euro pro Monat in den ersten 12 Monaten[58], zwischen den Bundesländern gibt es dabei zum Teil deutliche Unterschiede. Die hohen Eigenanteile führen dazu, dass mehr als 40 Prozent der Pflegeheimbewohner*innen auf Sozialhilfe (genauer: auf Hilfe zur Pflege) angewiesen sind (im Jahr 2022 betraf dies 309.920 Personen)[59]. Mehr als 60 Prozent der Bezieher*innen von Hilfe zur Pflege sind Frauen, gleichzeitig aber auch viele (vorwiegend Männer), die eine durchschnittliche Berufsbiografie aufweisen.[60] Eigentlich war in den 1990er Jahren die soziale Pflegeversicherung eingeführt worden, um genau eine solche Situation (viele Pflegebedürftige sind auf Hilfe zur Pflege angewiesen) zu verhindern. In der stationären Versorgung auf Hilfe zur Pflege angewiesen zu sein, bedeutet, dass alle Einkünfte und Vermögenswerte offengelegt und bis auf wenige Selbstbehalte angerechnet werden. Den Betroffenen steht dann nur noch ein sehr begrenzter Betrag (im Jahr 2024: ca. 150 € pro Monat) zur eigenen freien Verfügung, mit dem sie ihre eigenen Bedürfnisse und soziale Aktivitäten bestreiten können. Pflegeforscher*innen sehen

---

54 https://mastd.rlp.de/themen/soziales/gut-leben-im-alter/gemeindeschwester-plus [Zugriff am 01.02.2024].

55 Eine Demenz-WG gilt dann als stationäre Einrichtung, wenn die Vermietung der Wohnung und die Pflegeleistung aus einer Hand (Pflegedienst) erfolgen; bei getrennten Verträgen handelt es sich um eine ambulante Versorgungsform.

56 https://www.pflegemarkt.com/news/veraenderungen/anzahl-schliessungen-insolvenzen-pflege-2023/ [Zugriff am 17.06.2024].

57 Dem PflegeheimRating-Report 2023 des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung zu Folge waren im Jahr 2021 knapp 10 Prozent der Einrichtungen in erhöhter Insolvenzgefahr, nur ca. 55 Prozent galten als wirtschaftlich gesund (https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/pflegeheim-rating-report-2024-wirtschaftliche-lage-deutscher-pflegeheime-hat-sich-leicht-verbessert-personal-wird-zunehmen-knapp [Zugriff am 17.06.2024]).

58 https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2023/grafiken_eigenbeteiligung_stationaere_pflege_2023_und_2022.pdf [Zugriff am 07.02.2024].

59 https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Tabellen/liste-hilfe-pflege.html#118726 [Zugriff am 16.06.2024].

60 Rothgang H., 10.01.2024, Regionalmagazin ‚buten un binnen‘, Radio Bremen (https://www.ardmediathek.de/video/buten-un-binnen-oder-regionalmagazin/bremer-pflegeforscher-pflegeversicherung-verliert-an-legitimitaet/radio-bremen/Y3JpZDovL3JhZGlvYnJlbWVuLmRlL29wZW5tZWRpYXRlc3QvcmFkaW9icmVtZW4uZGUvb3Blbm1lZGlhL-zJfMTA0NTY3Ni9zZWN0aW9uL3VybjphcmQ6ZXBpc29kZTplMDgzZjhmMWZjYzdlOTZk)

Anzeichen dafür, dass in dieser Situation Menschen, die eigentlich dringend intensiver professioneller Pflege bedürften, weiter in problematischen Zuständen zu Hause gepflegt werden.[61]

Rehabilitationspotenziale von Pflegeheimbewohner*innen bleiben oft ungenutzt. In einem durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Modellprojekt wurde festgestellt, dass mehr als 20 Prozent eines Samples von Bewohner*innen von 16 Pflegeheimen in verschiedenen Orten und Bundesländern relevante Rehabilitationspotenziale aufwiesen. Durch eine mobile geriatrische Rehabilitation konnten die Teilnehmer*innen im Modellprojekt Rehabilitationsziele (wie etwa mehr Selbständigkeit in der Fortbewegung, eine verbesserte Nahrungsaufnahme oder Fortschritte beim Inkontinenzmanagement) teilweise oder überwiegend erreichen und für einen längeren Zeitraum (gemessen bis 6 Monate) aufrechterhalten; ebenso verbesserte sich ihre soziale Teilhabe deutlich (Janßen & Köhler 2018). Auch das Konzept der „Rehabilitativen Pflege“ ist Teil einer (mobilen) geriatrischen Rehabilitation, wird jedoch nicht flächendeckend eingesetzt; in dieser Weise behandelte beziehungsweise unterstützte Bewohner*innen erlangen ein höheres Maß an Selbständigkeit und können häufiger wieder in ihre Wohnung zurückkehren (Warnach 2018). Hierbei wird deutlich, dass spezialisierte geriatrische Versorgungskonzepte in der Fläche fehlen, insbesondere auch in Pflegeheimen. Dadurch werden erhebliche Potenziale für die Verhinderung beziehungsweise Verringerung von Pflegebedürftigkeit und Chancen der Betroffenen auf mehr Autonomie und Lebensqualität vergeben.

In der stationären Pflege ist die Tradition „totaler Institutionen“ konzeptionell seit langem überwunden. Inzwischen gibt es auch in Pflegeheimen Konzepte demokratischer Sorgestrukturen mit mehr Eigenverantwortung und Entscheidungsteilhabe der Bewohner*innen (Kremer-Preiß 2021). Die Umsetzung solcher Ideale bleibt jedoch schwierig, Selbstbestimmung und Teilhabechancen im Pflegeheim sicher zu stellen, bleibt eine kontinuierliche Herausforderung. Wie bereits erwähnt, schränkt (weit verbreiteter) Personalnotstand die Möglichkeiten der Pflegenden ein, überhaupt mit den Bewohner*innen in eine angemessene Kommunikation einzutreten. Eine ethnographische Drei-Länder-Studie in Kanada, Norwegen und Deutschland zeigt für Pflegeheime in allen drei Ländern zahlreiche Barrieren für die soziale Teilhabe auf: geographische Lagen (Teilhabeorte außerhalb des Pflegeheims können nicht erreicht werden), dünne Personaldecken, ausgedehnte Dokumentationspflichten des Pflegepersonals, sicherheitsfixierte Regelungen, die die Bewegungsfreiheit der Bewohner*innen einschränken, oft sinnfreie und nicht partizipativ entwickelte Aktivitäten und geringe Unterstützung durch das Personal, den Bewohner*innen untereinander flexiblen Kontakt zu ermöglichen. Diese Barrieren wirken umso stärker, je mobilitätseingeschränkter und abhängiger von Unterstützung die Bewohner*innen sind (Lowndes et al. 2021). In einer anderen Studie (in Deutschland) wurde deutlich, dass Pflegekräfte tatsächliche Mobilitätsmöglichkeiten der Bewohner*innen oft unterschätzen, während Bewohner*innen ihre Teilhabewünsche nur selten äußern, weil sie nicht erwarten, damit Gehör zu finden (Drubig et al. 2023). Gleichzeitig gibt es immer wieder innovative Ansätze, um soziale Teilhabe und Selbstbestimmung in Pflegeheimen zu fördern. Eine Möglichkeit besteht darin, Pflegeheime in den Stadtteil zu öffnen und beispielsweise ältere Menschen aus dem Quartier in angebotene Aktivitäten zu integrieren. Unter der Bedingung, dass Bewohner*innen über die Bedingungen der Öffnung für „Gäste“ von außen mitbestimmen können, ergeben sich Chancen für Begegnungen und neue Kontakte (Hämel & Röhnsch 2021).

Eintritte in eine Pflegeeinrichtung erfolgen häufig nach Notaufnahmen und anderen Krankenhausbehandlungen älterer, insbesondere hochaltriger Menschen (Stiefler et al. 2022); Rehabilitationspotenziale bleiben allzu häufig ungenutzt (Becker, C. et al. 2020). Jenseits morbiditätsbedingter Faktoren machen Hochaltrigkeit und Alleinleben (Luppa et al. 2012) einen Umzug ins Pflegeheim wahrscheinlicher – dies trägt mit dazu bei, dass etwa 70 Prozent der Pflegeheimbewohner*innen Frauen sind. Pflegeheimeintritte erfolgen teilweise gegen den Wunsch der Betroffenen, zum Beispiel nach Krankenhausaufenthalten. Prinzipiell gegebene Möglichkeiten der Rückkehr scheitern häufig daran, dass keine Rehabilitationsangebote gemacht werden, dass die Wohnung, auch aus finanziellen Gründen, bereits aufgegeben wurde oder dass es insgesamt an Unterstützung mangelt (Becker, C. et al. 2020; Richter, S. 2024).

[61] Rothgang H., 10.01.2024, Regionalmagazin ‚buten un binnen‘, Radio Bremen (https://www.ardmediathek.de/video/buten-un-binnen-oder-regionalmagazin/bremer-pflegeforscher-pflegeversicherung-verliert-an-legitimitaet/radio-bre-men/Y3JpZDovL3JhZGlvYnJlb-WVuLmRlL29wZW5tZWRpYXRlc3QvcmFkaW9icmVtZW4uZGUvb3Blbm1lZGlhL-zJfMTA0NTY3Ni9zZWN0aW9uL3VybjphcmQ6ZXBpc29kZTplMDgzZjhmMWZjYzdlOTZk)

5.5 Zusammenfassung

Die physische und die psychische Gesundheit ist bei älteren Menschen hochrelevant für Teilhabechancen. Die Chancen auf gute Gesundheit sind nach Geschlecht, sozioökonomischem Status und Region jedoch ungleich verteilt. Die gesundheitliche Entwicklung wird über den Lebensverlauf durch die jeweiligen Lebensbedingungen und -situationen positiv oder negativ beeinflusst:

- Menschen, auch ältere Menschen, brauchen für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit soziale Beziehungen und soziales Eingebundensein. Soziale Isolation und fehlende Unterstützung wirken sich dagegen negativ auf die gesundheitliche Situation aus.
- Geringe Kontrollerfahrungen in Bezug auf das eigene Leben (häufig verbunden mit einem niedrigen sozioökonomischen Status) ziehen langfristige gesundheitliche Nachteile nach sich.
- Für ältere Menschen sind Wohnquartiere als zentrale Lebenswelten wichtige Determinanten für Gesundheit und Teilhabe. Entscheidend sind hierbei Eigenschaften der gebauten und natürlichen Umgebung sowie der sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Infrastruktur – sowie die Beteiligung älterer Menschen an ihrer Gestaltung.

Bei allen gesundheitlichen Einschränkungen kommt es entscheidend auf die Verfügbarkeit und Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung an. Versorgungsmängel und Versorgungslücken führen dazu, dass Präventions-, Behandlungs- und Rehabilitationspotenziale nicht ausgeschöpft werden, damit entstehen Risiken für die weitere gesundheitliche Entwicklung älterer Menschen. Hinsichtlich der medizinischen und pflegerischen Versorgung ältere Menschen wiegen die folgenden Missstände besonders schwer:

- Insbesondere, aber nicht nur in peripheren ländlichen Gebieten verschärfen sich Versorgungslücken in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.
- Eine allgemeine Unterentwicklung speziell geriatrischer Versorgungsstrukturen führt bei älteren Menschen nicht selten zu nicht ausgeschöpften Behandlungs- und Rehabilitationspotenzialen sowie vorzeitiger Pflegebedürftigkeit oder vorzeitigen dauerhaften Pflegeheimeintritten.
- Fehlendes oder auch unzureichend ausgebildetes Pflegepersonal in der ambulanten und stationären Langzeitpflege führen zu Einschränkungen im Zugang zur und in der Qualität der pflegerischen Versorgung und damit von Gesundheit und Lebensqualität.

Versorgungsprobleme wirken sich bei vulnerablen Gruppen häufig besonders negativ aus. Ältere Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status erfahren nachweisbar Nachteile in der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Zudem führen steigende Zuzahlungen zu Pflegeleistungen bei finanziell schlecht ausgestatteten Haushalten zu Risiken weiterer Verarmung sowie zu Unter- oder Fehlversorgung.

III. Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen

6 Ageismus: Altersbilder, Alternsnormen und Altersdiskriminierung

Alter ist der am häufigsten erlebte Diskriminierungsgrund bei älteren Menschen (Abrams et al. 2011; Luo et al. 2012). Subtile oder offensichtliche Manifestationen der Ignoranz, Bevormundung, Infantilisierung, Ausgrenzung, Benachteiligung, des Missbrauchs und des Betruges, die Menschen allein aufgrund ihres Altseins erfahren, gefährden und beeinträchtigen gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe im Alter – auch in Deutschland. Um solche Phänomene vermeiden und eindämmen zu können, bedarf es einer systematischen Analyse der Ausdrucksformen von Altersdiskriminierung, aber auch der problematischen Altersbilder und der gesellschaftlichen Altersnormen, die dieser Diskriminierung zugrunde liegen.

Der Sechste Altenbericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2010 enthält eine umfangreiche wissenschaftliche Bestandsaufnahme der „Altersbilder in der Gesellschaft" sowie Ableitungen mit politischer und zivilgesellschaftlicher Strahlkraft. Das hier vorliegende Kapitel des Sachverständigenberichts zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung aktualisiert die Befunde im Sechsten Altenbericht auf Grundlage des wissenschaftlichen Erkenntnisgewinns im Themenfeld Altersbilder seit 2010. Darüber hinaus wird mit dem Fokus auf *Ageismus* (nach dem englischen Wort „ageism") ein Konzept in den Mittelpunkt dieses Kapitels gestellt, das in der internationalen Literatur sowie in politischen Zusammenhängen (siehe etwa WHO 2021a) zu einer immer wichtigeren konzeptionellen Klammer geworden ist, um die vielfältige Literatur zu Alterssstereotypen, Vorurteilen gegenüber älteren Menschen, subjektivem Alterserleben und Altersdiskriminierung zusammenzuführen. Analog zu anderen Konzepten wie Sexismus, Rassismus, Antisemitismus oder Queerfeindlichkeit gilt auch für Ageismus, dass Menschen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kategorie – in diesem Fall das (höhere) Alter – negative Konsequenzen erfahren. Das Ausmaß und die möglichen negativen Folgen von Ageismus werden oftmals noch durch das intersektionale Zusammenspiel mit anderen Merkmalen wie Geschlecht, ethnischer Zugehörigkeit, geringen sozioökonomischen Ressourcen sowie körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen verstärkt, mit dem Ergebnis kumulativer Benachteiligung (siehe Kapitel 9).

In diesem Kapitel geht es um Ageismus gegen ältere Menschen; es gibt aber auch Formen von Ageismus gegenüber Menschen aufgrund von jungem Alter (englisch „youngism"). Die der Diskriminierung jüngerer Menschen zugrundeliegenden psychosozialen Mechanismen und Folgen sowie die abzuleitenden Maßnahmen unterscheiden sich allerdings maßgeblich von denen, die bei Ageismus gegen ältere Menschen eine Rolle spielen (Francioli & North 2021), sodass eine eigenständige Abhandlung zu Ageismus gegen ältere Menschen sinnvoll ist.

6.1 Definition und Dimensionen von Ageismus

Ageismus ist die ungerechtfertigte, ungleiche Beurteilung und Behandlung älterer Menschen aufgrund ihres fortgeschrittenen chronologischen Alterns (Kessler im Erscheinen-a)[62]. Nährboden für Ageismus sind ein kulturell verankertes Altersbild, wonach das Leben im Alter als defizitär, kaum beeinflussbar und weniger wertvoll erachtet wird, sowie institutionelle Strukturen, die nicht mehr zu der durch den demografischen Wandel veränderten Alters- und Sozialstruktur der Bevölkerung passen.

Nach der Definition der WHO (2021a) umfasst Ageismus Stereotype (Gedanken), Vorurteile (Gefühle) und Diskriminierung (Verhalten) gegenüber anderen oder gegenüber sich selbst aufgrund höheren Alters. Neben seinen vielfältigen Manifestationen in sozialen Interaktionen wie etwa auf ältere Menschen bezogene Herabwürdigung, Ausschluss und Gewalt (*interpersonaler Ageismus*) findet Ageismus in den Köpfen von Menschen aller Altersgruppen statt – in Form stereotyper Vorstellungen von älteren Menschen, vom Altern und von der Lebensphase Alter (*individueller Ageismus*) (Hummert 2011). Ausdrucksformen hiervon sind neben gefühlsmäßigen Bewertungen alter Menschen (wie etwa Ressentiments oder Mitleid) bestimmte Meinungen und Überzeugungen über deren vermeintlich typische Eigenschaften, äußerliche Merkmale und Verhaltensweisen (wie etwa körperliche Schwäche, Rigidität, Einsamkeit und Konservatismus).

Besonders deutlich kommt Ageismus in altersbezogenen *gesellschaftlichen Verhaltensnormen* (sogenannte präskriptive Alterssstereotype) zum Ausdruck, also in kollektiv geteilten Annahmen darüber, wie Menschen im höheren Lebensalter sein sollen. Dies umfasst Vorstellungen über (erwünschte und unerwünschte) Persönlichkeitseigenschaften (etwa Bescheidenheit), Aussehen (etwa nicht jugendlich erscheinen sollen) und Verhaltensweisen älterer Menschen (etwa sich körperlich fit halten sollen) (de Paula Couto & Rothermund 2022; North & Fiske 2013). Altersnormen enthalten Erwartungen darüber, welche Verhaltensweisen für ältere Menschen angemessen

[62] Eine Diskussion von gerechtfertigter Ungleichbehandlung aufgrund von Alter findet sich in Abschnitt 3.2 „Kriterien und Maßstäbe für Bewertung von Ageismus".

oder unangemessen sind. Als solche sind sie unmittelbar relevant dafür, wie sich ältere Menschen verhalten oder wie sie glauben, sich verhalten zu sollen. Letztlich liefern Altersnormen auch die Rechtfertigungen für eine Benachteiligung und Abwertung älterer Menschen, die von diesen Normen abweichen (Martin & North 2022). Auf gesellschaftlicher Ebene beziehen sich präskriptive Altersnormen auf gesellschaftliche Erwartungen hinsichtlich des Zugangs älterer Menschen zu sozialer Teilhabe und politischer Macht sowie zu gesundheitsbezogenen Ressourcen und wohlfahrtsstaatlichen Leistungen (North & Fiske 2013).

Ageismus kann sich auch in Form von Gesetzen, Regelungen, institutionellen Praktiken und Strukturen manifestieren, von denen eine Benachteiligung älterer Menschen ausgeht (*institutionalisierter Ageismus*) (Ayalon & Tesch-Römer 2017). Beispiele hierfür sind Altersobergrenzen für Kreditvergaben oder öffentliche Ämter oder Hürden beim Zugang zu öffentlichen Angeboten etwa aufgrund eingeschränkter Barrierefreiheit oder auch anderer Zugangshürden (z. B. fehlende Alterssensitivität psychosozialer Angebote hinsichtlich der Ansprache oder der inhaltlichen Ausgestaltung). Institutionell-struktureller Ageismus umfasst auch Verhaltensweisen von Personen, die Teil von Institutionen und Strukturen sind und in ihrer Funktion altersdiskriminierend handeln. Dies kann beispielsweise dann der Fall sein, wenn in der Personalabteilung einer Firma tätige Personen Angestellte über 50 Jahren nicht zu Weiterbildungsmaßnahmen einladen (de Paula Couto & Rothermund 2019).

Wie individueller, interpersoneller und institutionell-struktureller Ageismus ineinandergreifen – das Beispiel „Gesundheit"

Ältere Menschen, die Ageismus ausgesetzt sind und die negative Altersbilder und -normen verinnerlicht haben, verhalten sich in Bezug auf ihre Gesundheit nachweislich riskanter; dazu gehört beispielsweise schlechte Ernährung, das Nicht-Befolgen von Medikationsplänen (Non-Compliance), hoher Alkoholkonsum und Rauchen (Chang et al. 2020). Auf interpersoneller Ebene lassen sich in der Interaktion zwischen Professionellen im Gesundheitswesen und älteren Menschen ageistische Verhaltensweisen wie ineffektive Gesundheitskommunikation, schlechte Aufklärung oder inadäquate Diagnostik und Therapie finden (Fialová et al. 2018; Wyman et al. 2018). Beispiele für strukturell-institutionellen Ageismus im Bereich der Gesundheit sind ein Mangel an alterssensiblen Behandlungsangeboten und die insgesamt defizitäre gerontologische Qualifikation in den Gesundheitsberufen. Diese drei Formen von Ageismus bedingen und verstärken sich gegenseitig, mit potenziell schwerwiegenden Auswirkungen für die körperliche und psychische Gesundheit älterer Menschen.

Benevolenter („gut gemeinter") Ageismus: Ageismus wird oft mit bösartig-feindseligen (hostilen) Denkmustern und exkludierenden Verhaltensweisen gegenüber älteren Menschen in Verbindung gebracht. Es existieren jedoch auch weniger offensichtliche, dafür allerdings weit verbreitete, subtile Ausdrucksformen von Ageismus, die auf dem Stereotyp des gutmütigen oder freundlichen, aber inkompetenten alten Menschen basieren. Dies umfasst „gut gemeinte" bevormundend-paternalistische Verhaltensweisen, die im Alltag oftmals als Bevorzugung von älteren Menschen oder als Rücksichtnahme auf ältere Menschen auftreten (Cuddy et al. 2005). Ein Beispiel dafür sind Situationen, in denen sich Bezugspersonen in der Versorgung und Pflege älterer Menschen auf Basis eines negativen Altersbildes und daraus resultierenden übermäßigen Mitleids engagieren, ohne die tatsächlichen Fähigkeiten und Präferenzen der älteren Person zu berücksichtigen (Baltes & Reisenzein 1986). Dazu zählen auch zweifelhafte Komplimente („für dein Alter siehst du gut aus"), verniedlichendes Sprechen mit (sogenannter „secondary baby talk") und über ältere Menschen („süße Omi") und auch infantilisierende Praktiken, wie Unterhaltungsangebote, die Kindergeburtstagen ähneln (Cary et al. 2017; Ryan et al. 1995). Einer solchen vermeintlich wohlmeinenden Behandlung liegt die Annahme zugrunde, dass ältere Menschen vor allem unattraktiv, inkompetent und hilfsbedürftig sind. Dies verstellt den Blick auf die eigentlichen Bedürfnisse und Wünsche älterer Menschen nach Individualität, Respekt und Autonomie, aber auch auf Potenziale für Selbständigkeit und Selbstbestimmung älterer Menschen. Solche Formen von *benevolentem („gut gemeintem") Ageismus* (in der Literatur auch „compassionate ageism" genannt) müssen daher von genuin positiven – im Sinne von potenzialorientierten – Praktiken und Altersbildern abgegrenzt werden. Mit letzterem sind Einstellungen gemeint, die ältere Menschen nicht (nur) als fürsorgebedürftig, sondern als Individuen mit einem Recht auf ein selbstbestimmtes Leben und eine selbstbestimmte Entwicklung (mit und ohne Unterstützung durch andere) betrachten.

Verinnerlichter Ageismus einer Person: Für das Verständnis von Ageismus ist von besonderer Relevanz und empirisch gut belegt, dass ältere Menschen als Ergebnis einer lebenslangen Sozialisation mit negativen Altersbildern, altersbezogenen Erwartungen und altersdiskriminierenden Praktiken in entsprechender Vorausschau auf ihr eigenes Altern selbst mehr oder weniger stark altersbezogene Stereotype, Vorurteile und Regeln verinnerlicht und zu Vorstellungen vom eigenen Altern gemacht haben (Levy 2009; Rothermund & Brandtstädter 2003). Solche

internalisierten Altersbilder können ältere Personen beispielsweise davon abhalten, aktiv zu werden, sich zu engagieren, Rechte einzufordern und Altersdiskriminierung als solche überhaupt wahrzunehmen (siehe Abschnitt 6.4.1). In Abgrenzung zu auf-andere-gerichtetem (fremdbezogenem) Ageismus (z. B. „Ich halte alte Menschen für wenig veränderungsfähig“) spricht man in diesem Zusammenhang auch von *gegen-sich-selbst gerichtetem (selbstbezogenem) Ageismus* (z. B. „Ich bin zu alt, um mich noch auf Veränderungen einstellen zu können“) (Voss et al. 2017; 2018). Ein Indikator für negative, auf Verlust hin orientierte *Altersselbstbilder* ist, wenn Personen ihren Alternsverlauf und ihre Potenziale im Alter als schlechter beurteilen, als sie es tatsächlich sind oder wenn sie eigene Wünsche und Bedürfnisse – etwa nach Intimität, Aufmerksamkeit oder Mitbestimmung – selbst als altersunangemessen erleben (Rothermund 2022). Prototypisch drückt sich eine solche Verinnerlichung negativer Altersbilder und -normen darin aus, dass sich eine ältere Person Sorgen macht, eine Last für andere zu sein oder zu werden, ohne sich eigene Bedürfnisse und Rechte zuzugestehen oder eigene Entwicklungsmöglichkeiten in den Blick zu nehmen (de Paula Couto et al. 2022a; North & Fiske 2013). Bezogen auf ihr eigenes Leben können ältere Menschen negative Altersfremdbilder aber auch als Rechtfertigung oder Entschuldigung verwenden, um selbst nicht aktiv werden zu müssen (z. B. „In meinem Alter muss man sich nicht mehr engagieren“) oder um eine aktive Vorsorge für das eigene Alter und eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Alter zu vermeiden (z. B. „Im Alter geht es sowieso bergab – egal, was ich tue“) (Park, J. et al. 2020).

6.2 Kriterien und Maßstäbe für die Bewertung von Ageismus

Nach Auffassung der WHO (2021a) handelt es sich bei Ageismus um ein verbreitetes, aber wenig erkanntes und oft unhinterfragtes Phänomen. Wie bei anderen -ismen besteht auch bei Ageismus die Tendenz, Manifestationen von Ageismus unter Berufung auf vermeintlich natürliche Gegebenheiten im Alter (z. B. „…, aber ältere Menschen sind ja auch nicht mehr so lernfähig“) oder vermeintlich veränderte oder nicht mehr vorhandene Bedürfnisse älterer Menschen (z. B. „In diesem Alter wollen das ältere Menschen nicht mehr“) als normal wahrzunehmen und damit zu tolerieren und zu rechtfertigen. Der häufig implizite Charakter von Ageismus (Levy & Banaji 2002) geht mit einem geringen Problembewusstsein für Ageismus einher, zuweilen auch mit Selbstrechtfertigung (z. B. „Das war doch nur gut gemeint“) und mit Zurückweisung, wenn bestimmte Verhaltensweisen als ageistisch bezeichnet werden (z. B. „Ist das nicht übertrieben?“).

Dabei schützt eine an Gleichberechtigung orientierte (egalitäre) Grundhaltung nicht unbedingt vor ageistischen Einstellungen und Verhaltensweisen. In einer einschlägigen Studie wurde gezeigt, dass die Motivation zu egalitärem Handeln eher mit der Einstellung einherging, dass alte Menschen bescheiden sein, verzichten und sich aus wichtigen Rollen und dem öffentlichen Leben zurückziehen sollen (Martin & North 2022). Hier zeigt sich, dass die Überzeugung, dass ältere Menschen und das Leben im hohen Alter keine große Bedeutung haben, so fest in den Köpfen vieler Menschen verwurzelt sind, dass eine Ungleichbehandlung älterer Menschen sogar als gerecht und geboten empfunden wird. In diesem Zusammenhang ist interessant, dass einer europäischen Umfragestudie zufolge in Deutschland nur etwa 30 Prozent der Befragten der Auffassung waren, dass Diskriminierung von Menschen über 55 Jahren ziemlich oder stark ausgeprägt sei, im Gegensatz zu mehr als 50 Prozent in Ländern wie Frankreich oder Bulgarien (Rychtaříková 2019). Sicherlich unterscheiden sich Länder darin, wie stark dort jeweils Ageismus verbreitet ist; dieser Befund könnte jedoch auch ein Hinweis darauf sein, dass in Deutschland ein geringeres Bewusstsein für Ageismus besteht als zum Beispiel in Frankreich oder Bulgarien.

Ungleichbehandlungen aufgrund eines fortgeschrittenen Alters müssen jedoch nicht immer als eine ungerechtfertigte Altersdiskriminierung interpretiert werden. Wenn unterschiedliche Behandlungen aufgrund des Alters sachlich begründet und verhältnismäßig sind und mit ihnen keine Verletzung von Würde, Autonomie und Teilhabe einhergeht (WHO 2021a), stellen sie keine Altersdiskriminierung im engeren Sinne dar. Auch das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) nennt explizit Situationen, in denen Ungleichbehandlungen zulässig sind und keinen Verstoß gegen den übergeordneten Grundsatz des Benachteiligungsverbots darstellen. Dies ist dem AGG zufolge immer dann der Fall, wenn eine Ungleichbehandlung „objektiv angemessen und durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt ist“. Das AGG nennt eine Reihe solcher Ausnahmefälle, die sich vor allem auf berufliche Kontexte beziehen, etwa vertraglich vereinbarte Regelungen zum altersbedingten Ausscheiden aus dem Berufsleben (AGG, § 10) (siehe Abschnitt 6.5.6). Ein konkretes Beispiel für eine Ungleichbehandlung aufgrund von Alter, die in der herrschenden Rechtsprechung als gerechtfertigt angesehen wird, seien hier die obligatorischen Altersgrenzen für Fluglotsen und Berufspiloten genannt. Die Altersgrenzen werden mit besonders hohen Anforderungen an Sensorik und Psychomotorik begründet, die im Alter ab 60 beziehungsweise ab 65 Jahren auch bei sehr leistungsstarken Personen nicht mehr durchweg gegeben sind sowie mit den gravierenden Risiken, die bereits kleinere Fehler in diesen Positionen für Leib und Leben anderer Menschen haben können. Als verhältnismäßig können

diese und andere Regelungen, die Altersgrenzen bezüglich des Ausscheidens aus dem Berufsleben vorschreiben, dann gelten, wenn den Beschäftigten nach Überschreitung der Altersgrenze gleichwertige Arbeitsplätze angeboten werden. Im Sinne der Gleichbehandlung sollten solche Regelungen immer wieder mit aktualisierten empirischen Erkenntnissen begründet beziehungsweise angepasst werden müssen, da jüngere Kohorten älterer Menschen über bessere körperliche und kognitive Ressourcen verfügen als ältere Kohorten (Gerstorf et al. 2023). Darüber hinaus ist es aus politischer Sicht geboten, dass Altersgrenzen vor dem Hintergrund der jeweils aktuellen Arbeitsmarktsituation (z. B. Arbeitskräftemangel) beurteilt und gegebenenfalls zurückgenommen oder angepasst werden.

Weiterhin gilt es zu berücksichtigen, dass Verhaltensweisen, durch die ältere Menschen einen Nachteil haben, nicht in jedem Fall Ausdruck dahinterliegender negativer Altersbilder sind. Sie können vielmehr auch daraus resultieren, dass pragmatischen Motiven (Gewohnheit, Einfachheit, Kostenersparnis) Vorrang gegeben wird. Zum Beispiel werden in allen Bereichen der Medizin (selbst im Fall typischer Alterserkrankungen wie Parkinson) unverhältnismäßig wenige oder oft sogar keine älteren Studienteilnehmer*innen in randomisiert-kontrollierte Studien eingeschlossen, erst recht keine multimorbiden oder hochaltrigen Patient*innen (Crome et al. 2011). Dies liegt vor allem daran, dass diese Personen häufig schwerer für eine Studienteilnahme zu gewinnen sind, sie höhere Abbruchraten aufweisen oder im Forschungsprozess andere Komplikationen wie unerwünschte Arzneinebenwirkungen eintreten können, was die Studiendurchführung kompliziert macht. Wenn Behandlungen mehrheitlich an jüngeren Menschen entwickelt und getestet werden, besteht ein großes Risiko, dass sie für ältere Menschen weniger wirksam sind und Nebenwirkungen hervorrufen (Fialová et al. 2018). Deshalb können Praktiken wie diese auch ohne ageistische Intention problematisch und gefährlich sein.

Umgekehrt können Situationen der Ungleichbehandlung, in denen ältere Menschen begünstigt werden, auf Grundlage einer sachlichen Begründung legitim sein. Ein Beispiel hierfür war die Priorisierung älterer Menschen bei der Vergabe von Impfstoffen während der Covid-19-Pandemie, als in Deutschland noch zu wenig Impfstoff für alle Altersgruppen zur Verfügung stand, und denjenigen Altersgruppen mit dem nachweislich höchsten Risiko für schwere Verläufe und Tod der Vorrang gegeben wurde. Vor dem Hintergrund, dass ältere Menschen statistisch ein höheres Risiko für schwere Erkrankungsverläufe hatten als jüngere Menschen, war eine solche Bevorzugung gerechtfertigt. Anders ist jedoch zu bewerten, wenn älteren Menschen ohne Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Lebensbedingungen aufgrund ihres generell erhöhten Erkrankungs- und Sterberisikos eine Impfpflicht auferlegt würde. Dasselbe gilt für Einschränkungen persönlicher Freiheits- und Entscheidungsrechte (z. B. Besuchsrechte in Pflegeheimen oder auch Bewegungsmöglichkeiten und Ausübung von Tätigkeiten im öffentlichen Raum) (Ayalon et al. 2021).

Die automatische Beendigung durch (tarif)vertragliche Regelungen von Arbeitsverträgen bei Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung

Ein im Hinblick auf Ageismus fragwürdiger Sachverhalt ist die Verknüpfung zwischen dem Renteneintrittsalter und der automatischen Beendigung laufender Arbeitsverträge, wie sie in vielen Tarifverträgen festgeschrieben ist. Bei der Beurteilung, ob eine solche Verknüpfung gerechtfertigt ist oder ob sie als altersdiskriminierend zu bewerten ist, geht es nicht um die Bestimmung der – wie auch immer festgelegten – Regelaltersgrenze für den Rentenbeginn selbst. Kritisch – und möglicherweise altersdiskriminierend – ist eine vertraglich vereinbarte automatische Kopplung des Ausscheidens aus dem Beruf an die Erreichung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung. Es ist nicht sofort offensichtlich, wie ein solches mit Erreichen eines bestimmten Alters zwingend vorgeschriebenes Ausscheiden aus dem Berufsleben gerechtfertigt werden kann, welches legitime Ziel dadurch erreicht werden soll und auch nur auf diesem Wege erreicht werden kann. Die meisten der hierbei typischerweise vorgebrachten Argumente erweisen sich bei näherem Hinsehen als nicht stichhaltig (Temming 2022):

- Der Verweis auf die Tatsache, dass ältere Arbeitnehmer*innen mit Erreichen des Rentenalters durch ihre Renten ausreichend versorgt seien – und somit keinen Anspruch mehr auf Teilhabe am Arbeitsmarkt hätten – ist (a) kein positives Ziel, das eine solche Regelung rechtfertigen würde, und (b) für Arbeitnehmer*innen mit geringen Rentenansprüchen auch nicht zutreffend.
- Die Behauptung, dass die Leistungsfähigkeit aller älteren Arbeitnehmer*innen nachlässt und ihr Ausscheiden aus dem Berufsleben dadurch gerechtfertigt ist, wird durch eine Vielzahl von Studien in Frage gestellt, die eine im Altersvergleich stabile und in manchen Kriterien sogar überlegene Produktivität älterer Arbeitskräfte belegen (Börsch-Supan et al. 2009; Cleveland & Lim 2007).

- Die Argumentation, dass durch ein mit Erreichen des Renteneintrittsalters vorgeschriebenes Ausscheiden aus dem Beruf die Arbeitsmarktsituation nachfolgender Generationen verbessert würde, ist angesichts der Arbeitskräfteengpässe in vielen Branchen nicht (mehr) plausibel.
- Das von Arbeitgeberseite vorgebrachte Argument, eine Kopplung von Renteneintrittsalter und Ausscheiden aus dem Arbeitsvertrag erleichtere die Personal- und Nachwuchsplanung, überzeugt ebenfalls nicht: Zur Erreichung dieses Ziels würden wesentlich flexiblere und mildere Maßnahmen ausreichen (etwa eine Äußerungspflicht der Arbeitnehmer*innen in angemessener Frist vor Erreichen der Renteneintrittsalters).

Die hier genannten Argumente, mit denen legitime Ziele für eine Kopplung des Ausscheidens aus dem Beruf an die Renteneintrittsaltersgrenze benannt und mit denen nachgewiesen würde, dass diese Ziele nur mit dieser Regelung erreicht werden könnten, überzeugen nicht. Starre Altersgrenzen (wie etwa das Renteneintrittsalter) für die Beendigung laufender Arbeitsverträge sind deshalb als altersdiskriminierend einzustufen (Temming 2022). Durch diese Regelungen werden nicht nur die Chancen vieler älterer Menschen auf eine selbstbestimmte Teilhabe am Arbeitsleben beschnitten, sondern die unhinterfragte Fortführung dieser Praxis trägt auch dazu bei, negative Altersbilder und altersdiskriminierende Überzeugungen und Strukturen zu normalisieren und zu verstetigen.

6.3 Determinanten von Ageismus

Ein hohes chronologisches Alter, Pflegebedürftigkeit, Leben in einem Land mit niedriger Lebenserwartung sowie Berufstätigkeit in bestimmten Berufszweigen, die besonders stark mit einer Jugendnorm verknüpft sind (wie High-Tech Industrie und Gastronomie), erhöhen für ältere Menschen das Risiko, Ageismus ausgesetzt zu sein (WHO 2021a). Dies bedeutet umgekehrt, dass ältere Menschen mit diesen Merkmalen in besonderer Weise vor Ageismus geschützt werden müssen.

Auch verallgemeinernde Etikettierungen bestimmter Alterskohorten (Generationen) können zu ageistischem Denken und Handeln gegenüber älteren Menschen führen. So wird die Baby-Boomer-Generation oftmals verallgemeinernd als eigennützig, überprivilegiert und rücksichtlos charakterisiert (Meisner 2020).[63] Etikettierungen von Menschen einer Generation (sogenannter „generationalism“) (North 2022; Rauvola et al. 2019) basieren auf unangemessen vereinfachenden und stereotypisierenden Darstellungen, die Generationenkonflikte provozieren und gemeinsame, kooperative Lösungen drängender gesellschaftlicher Fragen erschweren können.

Die robusteste personenbezogene Determinante, sich selbst gegenüber anderen ageistisch zu verhalten (sog. fremdbezogener Ageismus), ist nach den Ergebnissen eines umfassenden systematischen Reviews (Marques et al. 2020) die eigene Angst vor Alter und Tod. Negative Gefühle hinsichtlich des hohen Lebensalters sind der bedeutsamste Prädiktor in der Vorhersage von Ageismus. Dies impliziert, dass Ängste vor dem (eigenen) Älterwerden und Altsein, und damit verbunden vor Fragilität, Vergänglichkeit und Tod, die auf ältere Menschen projiziert werden, eine zentrale Wurzel von Ageismus darstellen (Martens et al. 2005). Umgekehrt wurde in dem Forschungsüberblick gezeigt, dass Persönlichkeitsmerkmale wie soziale Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und eine kollektivistische Wertorientierung (d. h. Loyalität, Hilfsbereitschaft, Verantwortung), individuellen fremdbezogenen Ageismus abmildern können. Auf interpersoneller Ebene erwiesen sich Kontakte zu älteren Menschen als wichtigste Determinante von Ageismus, wobei eine schlechte Kontaktqualität deutlich wichtiger als eine geringe Kontakthäufigkeit war. Auf gesellschaftlicher (Makro-)Ebene stellen eine geringe Verfügbarkeit von ökonomischen Ressourcen und ein hoher Prozentsatz älterer Menschen in der Bevölkerung zentrale Prädiktoren für fremdbezogenen Ageismus dar. Strategien der Prävention von Ageismus sollten daher an unterschiedlichen Punkten ansetzen (siehe Abschnitt 6.6).

6.4 Folgen von Ageismus

Ageismus hat Folgen für das Leben im Alter und kann die gesellschaftliche Teilhabe im Alter erheblich beeinträchtigen. Weil Ageismus viele Facetten hat, sind auch die Wirkweisen von Ageismus vielfältig. In diesem Abschnitt werden Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien über die Wirkung und die Folgen von Ageismus berichtet.

---

[63] Auch für jüngere Generationen existieren entsprechende Label (Generation Y, Generation Z, „last generation“, Covid-19 Generation), die mit spezifischen Merkmalszuschreibungen einhergehen (geringe Arbeitsmotivation, Hypersensibilität, digitales Suchtverhalten etc.).

6.4.1 Allgemeine Wirkweise von Ageismus

Individueller, interpersoneller und institutionell-struktureller Ageismus können dazu führen, dass älteren Menschen Ressourcen – materiell, psychologisch, symbolisch – vorenthalten oder entzogen werden. Im schlimmsten Fall kann ihnen auf diesen drei Ebenen Schaden zugefügt werden. Altersbilder und Altersnormen können Ageismus begünstigen, ohne dass Menschen sich diesen Einfluss bewusst machen; sie können aber auch bewusst als Legitimation dafür herangezogen werden, dass Ressourcen nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Die Konsequenzen von Ageismus können insofern gravierend sein, als Individuen aufgrund lebenslanger Internalisierung von Ageismus und daraus resultierender Selbst-Stereotypisierung Chancen und Möglichkeiten nicht ergreifen, ihre Ressourcen falsch einschätzen und die Motivation verlieren, ihr Leben zu gestalten (Levy 2009; Rothermund et al. 2021). Faktische Entwicklungspotenziale jenseits vermeintlicher Entwicklungsgrenzen bleiben im Extremfall ungenutzt, Lebensmöglichkeiten ungelebt. Teilhabe wird nicht nur verhindert, sondern wird auch nicht mehr gesucht. Neben der psychologischen Angleichung des Selbstbildes an das Altersfremdbild kann auch die Angst, einem Stereotyp zu entsprechen (Stereotypenangst), die eigene Leistung und die eigenen Entwicklungspotenziale im Alter verringern (Lamont et al. 2015).

Bemerkenswert ist, dass es keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Altersbildern „in den Köpfen“ und tatsächlichem altersdiskriminierenden Verhalten gibt. Ein wesentlicher Grund für diese, auch in anderen Bereichen der Psychologie beobachtbare „Einstellungs-Verhaltens-Lücke“ ist, dass Menschen ihr Verhalten zumeist kontrollieren können. Dazu gehört beispielsweise, dass Personen, die an sich selbst den Anspruch haben, wertfrei und gerecht über andere zu urteilen, auch egalitärer handeln (Moskowitz et al. 2000) – und oftmals dadurch anderen gegenüber auch weniger ageistisch sind. Allerdings überträgt sich die allgemeine Motivation zu einer gleichberechtigten und fairen Behandlung sozialer Gruppen nicht automatisch auf das hohe Alter. Ageismus ist auch insofern kein unvermeidliches Geschehen, als Menschen lernen können, ihre Bewertung ihres eigenen Älterwerdens zu reflektieren, zu verändern und differenziertere Einstellungen gegenüber dem Alter und ihrem eigenen Älterwerden zu entwickeln. Die Veränderung altersbezogener Selbst- und Fremdbilder durch darauf bezogene direkte Interventionen ist allerdings nicht leicht (Kotter-Grühn 2015), da diese Überzeugungen bereits in frühen Lebensphasen erworben werden und durch häufige Anwendung dann selbstverständlich werden können. Negative Altersbilder werden oftmals auch von älteren Menschen benutzt, um sich von der Gruppe der „Alten“ abzugrenzen und auf diese Weise ihr Selbstbild zu schützen oder aufzuwerten (Pinquart 2002; Weiss & Lang 2012), was allerdings langfristig negative Konsequenzen für sie hat (Kornadt et al. 2023). Dennoch besteht Spielraum für Veränderungen, etwa dann, wenn ältere Personen angeregt werden, selbst Argumente für eine neue Sichtweise zu generieren (Wirth et al. 2023). Außerdem fungieren bei älteren Menschen bestimmte psychologische Merkmale wie Stolz auf die eigene Generationszugehörigkeit, ein hohes Maß an psychischer Flexibilität und körperbezogenem Selbstwert, eine positive Sicht auf die eigene Zukunft und ein insgesamt positiver Affekthaushalt als psychologische Puffer gegen selbst- und fremdbezogenen Ageismus (Kang & Kim 2022).

Altersdiskriminierendes Verhalten führt auch nicht automatisch dazu, dass sich die betroffenen älteren Personen diskriminiert fühlen (Rothermund & Mayer 2009; Voss et al. 2018), da sie Altersdiskriminierung häufig nicht als solche bewerten. Erlebte Altersdiskriminierung meint die subjektive Erfahrung der Zuweisung von Stereotypen, Vorurteilen und diskriminierenden Verhaltensweisen als Ergebnis der Zugehörigkeit zur Gruppe älterer Menschen (Rippon et al. 2014). Zum einen sind Fälle denkbar, in denen eine ältere Person sich aufgrund ihres Alters diskriminiert fühlt, obwohl die Erfahrung, die sie gemacht hat, nicht Resultat einer objektiven Altersdiskriminierung ist (etwa wenn die Ungleichbehandlung gar nichts mit dem Alter der Person zu tun hatte, oder wenn ihr Alter tatsächlich einen sachlichen Grund für die Ungleichbehandlung darstellt, wenn zum Beispiel ein Medikament nicht verordnet wurde, das bei älteren Menschen häufig gravierende Nebenwirkungen hat). Umgekehrt kann sich eine ältere Person nicht diskriminiert fühlen, obwohl sie de facto diskriminiert wird. Neben psychologischer Immunität gegenüber altersdiskriminierenden Erfahrungen auf Basis hoher emotionaler Resilienz kann dieses Phänomen in internalisiertem Ageismus begründet sein (Kessler & Warner 2023). Das bedeutet, dass eine Person ageistische Verhaltensweisen ihr gegenüber – etwa Bevormundung, I888gnoranz oder Benachteiligung aufgrund ihres Alters – als angemessen, gerechtfertigt oder als normal betrachtet.[64] Tatsächlich sinkt nach den Befunden einer Umfrage aus dem Jahr 2022 unter Personen zwischen 16 und 96 Jahren in Deutschland die Wahrscheinlichkeit, dem eigenen Erleben nach aufgrund des Alters schlechter gestellt oder benachteiligt worden zu sein, vom jungen Erwachsenenalter bis ins mittlere Alter (ebd.). Bei den Befragten ab 75 Jahren stieg die Wahrscheinlichkeit wieder an, wobei das Erleben von Schlechterstellung unter den über 75-Jährigen dennoch deutlich geringer

[64] Ein Beispiel: Ein Arzt spricht im Krankenhaus mit der Tochter der Patientin, aber nicht mit der Patientin selbst. Die ältere Patientin nimmt das aber gar nicht als diskriminierend wahr, weil sie aufgrund von eigenen Erfahrungen das negative Altersbild verinnerlicht hat, dass man in ihrem Alter Dinge nicht mehr so gut beurteilen kann und sich außerdem zurückhaltend verhalten soll.

ausgeprägt war als bei den jungen Erwachsenen. Vor dem Hintergrund ihres vermutlich reduzierten Zugangs zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen könnte das insgesamt niedrige Niveau an selbstberichteter, erlebter Altersdiskriminierung dafür sprechen, dass ältere Menschen tatsächliche Erfahrungen von Altersdiskriminierung häufig nicht als solche bewerten.

6.4.2 Empirische Forschung zu Folgen von Ageismus

Es gibt eine Fülle qualitativ hochwertiger Studien, die belegen, dass Ageismus – vor allem selbstbezogener Ageismus – mit einer Vielzahl negativer körperlicher und psychischer Beschwerden im Zusammenhang steht (Wurm et al. 2017). Dazu gehören eine verkürzte Lebenserwartung, schlechtere körperliche Gesundheit, kognitiver Abbau, langsamere Rekonvaleszenz, weniger subjektive Lebensqualität und mehr psychische Symptome wie Depressivität und Suizidgedanken. In der bislang größten Metaanalyse (Chang et al. 2020) zum Einfluss von Ageismus auf die Gesundheit mit über sieben Millionen Teilnehmenden im Alter ab 18 Jahren wurden diverse Indikatoren von Ageismus verwendet. Dazu gehörten erlebte Altersdiskriminierung, Alterssstereotype und Selbstwahrnehmung des Alternsprozesses. Es zeigte sich in 95,5 Prozent der experimentellen, quer- und längsschnittlichen Studien ein signifikanter Zusammenhang von Ageismus mit einer Vielzahl objektiv und subjektiv erfasster Gesundheitsparameter. Dieser Zusammenhang war in allen 45 einbezogenen Ländern über elf verschiedene Gesundheitsbereiche hinweg nachweisbar, wozu unter anderem Lebenserwartung, Lebensqualität sowie psychische Gesundheit, körperliche und kognitive Gesundheit gehörten. Für ältere Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau fiel der negative Zusammenhang zwischen Ageismus und Gesundheit stärker aus als für ältere Menschen mit höherem Bildungsniveau. Die Evidenz für die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung von Ageismus zeigte sich jedoch auch unabhängig vom Alter, vom Geschlecht und von der Ethnizität.

Ein systematisches Review von 21 Längsschnittstudien untersuchte die Folgen von internalisiertem Ageismus bei Personen über 50 Jahren: Stärker verlustorientierte Altersselbstbilder hingen im Vergleich zu eher gewinnorientierten Altersselbstbildern im Zeitverlauf mit schlechterer selbstberichteter Gesundheit, mehr Übergewicht, kürzerer Lebenserwartung, schlechterer funktionaler Gesundheit, mehr Depression und schlechterem kognitiven Funktionieren sowie häufigerem Vorliegen von Demenz zusammen (Tully-Wilson et al. 2021). Ageismus ist zudem eine der zentralen Ursache für die hohe Suizidrate alter Menschen (De Leo 2022b). Personen, die sich wegen ihres hohen Alters diskriminiert fühlen, haben ein erhöhtes Risiko für Suizidgedanken und für Suizidversuche; dieser Effekt zeigt sich auch noch nach Kontrolle konfundierender Variablen wie Depressivität, Alleinleben und körperlichen Einschränkungen (Kim, G. & Lee 2020). Weiterhin gibt es empirische Hinweise darauf, dass Gesundheitspersonal ältere Patient*innen weniger nach suizidbezogenen Risikofaktoren screent als jüngere Patient*innen (Betz et al. 2016) und ihnen weniger Behandlungsangebote macht (Kessler et al. 2021) – ein Befund, der vor dem Hintergrund der hohen Suizidraten in dieser Altersgruppe besonders fatal ist (siehe Abschnitt 5.1.2).

Die beschriebenen negativen Folgen von Ageismus auf die Gesundheit lassen sich volkswirtschaftlich beziffern. Nach einer Schätzung für die USA beliefen sich die durch Ageismus bedingten Gesundheitsausgaben für die acht kostenintensivsten Erkrankungen in der Gruppe von Menschen ab 60 Jahren für den Zeitraum von einem Jahr auf 63 Milliarden Dollar (Levy et al. 2020). Davon fielen 33,7 Milliarden Doller auf die Kosten für gesundheitliche Folgen negativer Altersselbstbilder, 28,5 Milliarden auf die Kosten für gesundheitliche Folgen von Alterssstereotypen und 11,1 Milliarden auf die Kosten für gesundheitliche Folgen von Ageismus. Für Deutschland liegen noch keine Studien dieser Art vor.

Es ist ebenfalls gut belegt, dass Ageismus negative soziale Effekte hat. Dazu gehören unter anderem Einsamkeit, soziale Zurückgezogenheit bis hin zu sozialer Isolation und das Gefühl, unerwünscht zu sein oder ausgeschlossen zu werden. Ageismus gefährdet demnach die soziale Teilhabe – was sich indirekt wiederum negativ auf die Gesundheit und Lebenserwartung auswirkt (Chang et al. 2020; Shiovitz-Ezra et al. 2018). Die Benachteiligung älterer Arbeitnehmer*innen auf dem Arbeitsmarkt, die noch defizitäre Barrierefreiheit im öffentlichen Raum und die mangelnde Öffnung von Bildungsinstitutionen für ältere Menschen sind Beispiele für soziale Barrieren im Alter, die zumindest teilweise in Ageismus begründet sind. Begünstigt werden negative soziale Effekte auch durch informelle präskriptive Altersnormen wie jene, sich zurückzuziehen und Platz für jüngere Menschen zu machen (de Paula Couto et al. 2022a; North & Fiske 2013). Auch kann die Internalisierung des negativen Altersbildes des einsamen, zurückgezogenen und vor allem ungeliebten älteren Menschen eine Sich-selbst-erfüllende Prophezeiung werden, insofern ältere Menschen stereotypenkonform soziale Aktivitäten wie das Pflegen von Freundschaften oder ehrenamtliches Engagement etwa im Bereich der Nachbarschaftshilfe, in Vereinen oder der Kommunalpolitik reduzieren oder sogar aufgeben – aus Angst vor Zurückweisung oder aufgrund der negativen

Selbsteinschätzung, dass man für andere Menschen uninteressant ist. Eine solche Selbst-Stereotypisierung erhöht wiederum das Risiko, dass bei sozialen Interaktionspartner*innen ein negatives Altersstereotyp bestätigt wird.

Ein weiteres Beispiel für negative soziale Folgen von Ageismus ist ihr Einfluss auf das Erleben der eigenen Sexualität und Attraktivität. Die Verinnerlichung von Mythen und Vorurteilen in Bezug auf (vor allem weibliche) Sexualität im Alter kann bei älteren Menschen, und insbesondere bei Frauen, zu weniger sexueller Aktivität, sexuellem Genuss und weniger Selbstöffnung bezüglich sexueller Probleme etwa gegenüber Behandler*innen oder Bezugspersonen beitragen (Gewirtz-Meydan et al. 2018). Das tief verankerte, am Jungsein oder Junggebliebensein orientierte Schönheitsideal kann dazu führen, dass sich ältere Menschen, vor allem Frauen, als weniger attraktiv erleben (Chepngeno-Langat & Hosegood 2012).

Inwieweit durch Ageismus weitere Probleme für das gesellschaftliche Zusammenleben entstehen oder verstärkt werden, sollte zum Gegenstand von Forschung werden.

Die Rolle älterer Menschen in der Klimaschutz-Bewegung

Der Schutz des Klimas und die Bewältigung der Folgen des Klimawandels erfordern die gemeinsame Anstrengung aller Altersgruppen beziehungsweise Generationen. Die Forschung zu den Rollen älterer Menschen beim Klimawandel und beim Klimaschutz steckt jedoch noch in den Kinderschuhen: „In der Fachliteratur werden ältere Menschen häufig als homogene, vulnerable Gruppe eingeordnet, die dem Klimawandel ausgeliefert ist. Im Kontext von Nachhaltigkeit kommt ihnen entweder die Rolle als zentrale Verursacher*innen des Klimawandels zu, oder sie werden als Teil der Lösung von Umweltkrisen verhandelt“ (Brandt & Höppner 2024). Im Zuge solcher Pauschalisierungen besteht die Gefahr, dass ältere Menschen nicht als wichtige Akteure der kollektiven Klimabewegung betrachtet oder beachtet werden – ein anerkanntes Modell des „nachhaltigen Alter(n)s im Kontext das Klimawandels“ (Brandt & Höppner 2024) fehlt bislang in Wissenschaft und Gesellschaft.

In der öffentlichen Debatte über Klimawandel und Klimaschutz wird oftmals die These vertreten, dass sich verschiedene Altersgruppen in ihrem Umweltbewusstsein und ihrem Umweltverhalten unterscheiden und dass Klima- und Umweltschutz jüngeren Menschen wichtiger seien als älteren Menschen. Betrachtet man die Befunde aus empirischen Studien über Umweltbewusstsein und Umweltverhalten verschiedener Altersgruppen, so ergibt sich jedoch kein eindeutiges Bild. Im Überblick zeigt sich, dass viele Studien auf ein hohes Umweltbewusstsein sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Menschen hindeuten. Einige Studien zeigen ein besonders großes Umweltbewusstsein älterer Menschen (Bünning et al. 2024; CosmosDirekt 2021; Pokorny 2020). Wird nach konkretem Umweltverhalten gefragt, so sind je nach Fragestellung die Anteile derjenigen, die im Sinne des Umwelt- und Klimaschutzes handeln, mal bei den jüngeren, mal bei den älteren Menschen größer. Diese Befunde legen den Schluss nahe, dass in der öffentlichen Debatte das Umweltbewusstsein und das Umweltverhalten jüngerer Menschen tendenziell über- und das älterer Menschen unterschätzt wird – möglicherweise aufgrund der großen medialen Präsenz der Fridays-for-Future-Bewegung, in der sich vor allem junge Menschen engagieren (Striessnig et al. 2022).

Obwohl also empirisch beim Umweltbewusstsein und beim Umweltverhalten keine eindeutigen Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Menschen feststellbar sind, hat sich seit einigen Jahren eine gesellschaftliche Debatte darüber entwickelt, ob verschiedene Generationen unterschiedlich vom Klimawandel betroffen sind, ob vermeintlich generationentypische Lebensstile unterschiedlichen Einfluss auf das Klima haben, ob Angehörige verschiedener Generationen unterschiedliche Rollen beim Klimaschutz einnehmen – dies alles vor dem Hintergrund härter werdender Verteilungskämpfe aufgrund schrumpfender wirtschaftlicher und sozialstaatlicher Ressourcen. Es besteht die Gefahr, dass diese Diskurse über die unterschiedliche Betroffenheit verschiedener Generationen vom Klimawandel und die verschiedenen Rollen der Generationen im Klimawandel und beim Klimaschutz in Ageismus umschlagen. Insbesondere in den USA ist der Social-Media-Slogan „Ok, Boomer“ dafür bezeichnend – eine Titulierung jüngerer Menschen für die aus ihrer Sicht für ihre eigenen Privilegien blinden und notwendige gesellschaftliche Transformationen blockierenden Babyboomer (Meisner 2020). Auch in Deutschland drohen im Kontext des Klimawandels und des Klimaschutzes generationenspezifische Zuschreibungen von Schuld und Verantwortung: In der Studie „Ageismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Kessler & Warner 2023; siehe Abschnitt 6.5.1) fand bei 40 Prozent der Befragten die Aussage Zustimmung, dass junge Menschen von alten Menschen bei der Bewältigung des Klimawandels im Stich gelassen werden. Bei Befragten in der jüngsten Altersgruppe zwischen 16 und 24 Jahren fiel

die Zustimmung zu dieser Aussage deutlich höher aus (63 %) als bei den älteren (34 % der 65- bis 74-Jährigen, 23 % der über 75-Jährigen und 24 % der über 85-Jährigen).

Um ageistischen Tendenzen in diesen Diskursen etwas entgegenzusetzen, ist es wichtig, das Engagement älterer Menschen für den Klimaschutz (etwa bei den Grandparents for Future oder den KlimaSeniorinnen Schweiz) sichtbarer zu machen und gleichzeitig die Generativität von bisher zurückhaltenden älteren Menschen für individuellen und kollektiven Klimaschutz zu mobilisieren und sie zu Möglichkeiten der Verantwortungsübernahme und Beteiligung einzuladen. Der gerichtliche Erfolg der KlimaSeniorinnen Schweiz, die vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) die Schweiz wegen unzureichender Klimaschutzpolitik verklagt und Recht bekommen haben, ist in diesem Zusammenhang ein großer Erfolg und bedeutendes Signal.[65]

6.5 Manifestationen von Ageismus in verschiedenen Lebensbereichen

Im Nachfolgenden wird entlang verschiedener Lebensbereiche dargestellt, welche vielfältigen Erscheinungsformen Ageismus haben kann. Bei jedem einzelnen dieser Themen handelt es sich um einen komplexen, teilweise streitbaren Gegenstand, zu dem unterschiedliche Perspektiven und Meinungen existieren. Ziel dieses Abschnitts ist es, auf der Basis einschlägiger sozial- und verhaltenswissenschaftlicher Forschung für subtile und manifeste Formen von Ageismus zu sensibilisieren. Auch wenn für manche der genannten Benachteiligungen sachliche Gründe angeführt werden, die eine solche Ungleichbehandlung rechtfertigen können, liegt der Fokus in diesem Abschnitt vor allem darin, zuallererst auf die Unterschiede in der Behandlung älterer Menschen aufmerksam zu machen und potenziell altersdiskriminierende Praktiken und Strukturen zu hinterfragen.

6.5.1 Ageismus „in den Köpfen“

Ein Überblick über die umfangreiche Forschung zu individuellen Altersbildern zeigt, dass diese aufgrund ihrer Assoziation mit Mortalität, Einschränkungen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und Unattraktivität insgesamt eher negativ als positiv ausfallen (Nelson 2002). Starke Unterschiede in den Altersbildern wurden nachgewiesen, je nachdem auf welchen Lebensbereich sie sich beziehen (z. B. werden ältere Menschen im Kontext Familie wesentlich positiver eingeschätzt als in den Kontexten Fitness oder Arbeit) (Kornadt & Rothermund 2011). In experimentellen Laborstudien konnte etwa gezeigt werden, dass das Wort alt, wenn es kontextlos verwendet wird, eine negative Konnotation aufweist (Hummert et al. 2002; Nosek et al. 2002; Perdue & Gurtman 1990). Ein negativ konnotiertes Wort wie „einsam“ wird schneller wahrgenommen, wenn zuvor Sätze präsentiert werden, in denen eine fiktive Person mit hohem chronologischem Alter benannt wird, zum Beispiel der Satz „Martha K. (75) saß auf einer Parkbank“ statt „Susanne P. (25) saß auf einer Parkbank“ (Wentura & Brandtstädter 2003).

Neben solchen experimentellen, unbewussten Prozessen abbildenden Befunden sind Umfragestudien wichtige Datenquellen, um individuelle Altersbilder zu erfassen. Aufgrund ihrer Tendenz, sozial erwünschte Antworten zu produzieren, unterschätzen sie tendenziell ageistische Einstellungen von Personen. Gleichzeitig sind diese Umfragen aufschlussreich, da sie die individuellen Einstellungen, Meinungen und Bewertungen des Alterns, der Lebensphase Alter und älterer Menschen in differenzierter Form erfassen können.

Das bislang größte Review zu ageistischen Einstellungen zeigte, dass entgegen konventioneller Vermutungen südostasiatische Länder die vergleichsweise negativsten Altersfremdbilder aufwiesen (North & Fiske 2015). Für Europa wurden eher unterdurchschnittliche ageistische Einstellungen gefunden. Allerdings zeigte das Review auch, dass Generalisierungen über größere geographische Regionen Gefahr laufen, die Besonderheiten in der Ausprägung von Ageismus in einzelnen Ländern zu übersehen. Eine zwischen 2010 und 2014 durchgeführte Umfrage (Officer et al. 2020) mit über 83.000 Personen aus 57 Ländern aller sechs WHO Weltregionen kam zu dem Schluss, dass gut jeder zweite Mensch moderate bis starke ageistische Einstellungen aufwies. In der Studie wurden Länder als niedrig, moderat und hoch klassifiziert, je nachdem, wie stark individueller Ageismus im jeweiligen Land ausgeprägt war. Danach fällt Deutschland – wie die Mehrheit der Länder mit hohem Durchschnittseinkommen – in die Kategorie „niedrige ageistische Einstellung“. Ähnliche Ergebnisse liefern auch Studien, die für Deutschland im Vergleich zu den USA leicht negativere, im Vergleich zu asiatischen oder osteuropäischen Ländern jedoch tendenziell positivere Altersbilder (de Paula Couto et al. 2022b; Rothermund 2022) und auch im

[65] https://www.klimaseniorinnen.ch/ [Zugriff am 06.05.2024].

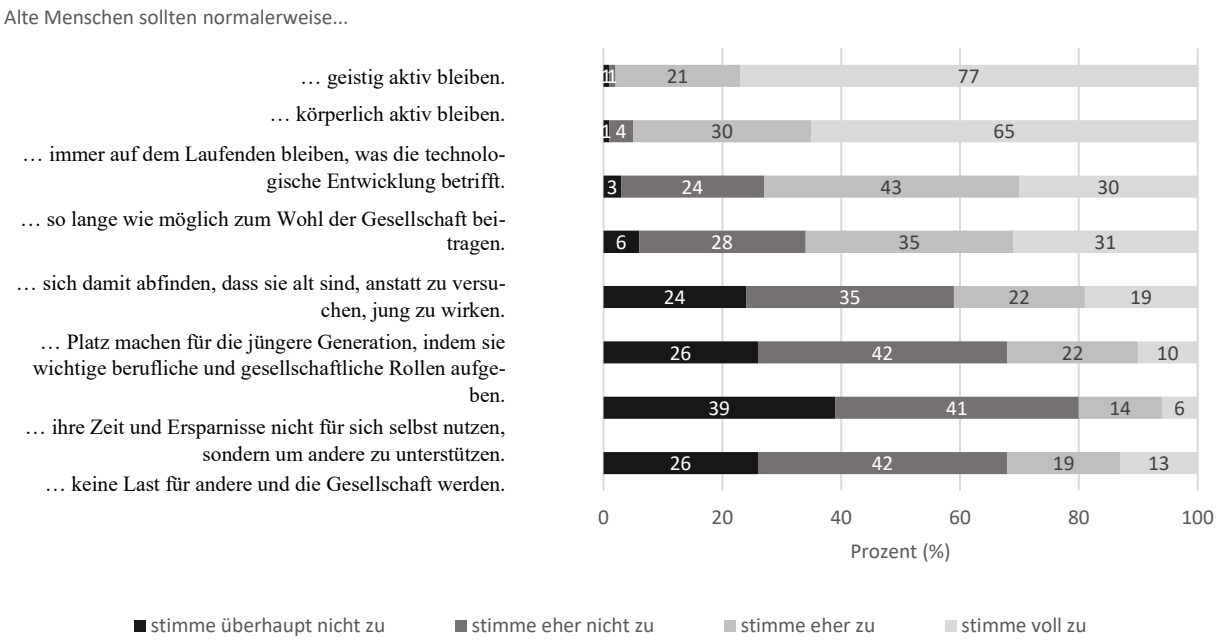
Vergleich zu asiatischen Ländern und der USA ein niedrigeres Niveau selbstberichteter Erfahrungen von Altersdiskriminierung zeigten (de Paula Couto et al. 2023).

Die Studie „Ageismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Kessler & Warner 2023) liefert Erkenntnisse darüber, welche Vorstellungen, Einstellungen und Bewertungen über ältere Menschen in Deutschland vorherrschen. Im Jahr 2022 wurde bundesweit eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe von 2.000 Personen zwischen 16 und 96 Jahren telefonisch befragt. Ein zentrales Ergebnis war, dass Befragte aller Altersgruppen nicht nur ein Altersbild aufwiesen und dass ihre Altersbilder nicht nur negativ ausfielen. Die Altersbilder der Befragten waren vielmehr ambivalent. Einerseits stimmten etwa zwei von drei Befragten der Aussage zu, dass die meisten alten Menschen durch gesundheitliche Probleme im Alltag stark eingeschränkt und einsam seien und sich nicht mehr auf Veränderungen einstellen könnten. Andererseits war eine überwältigende Mehrheit der Befragten (94 %) der Überzeugung, dass es Menschen im Alter möglich sei, im Alter geistig und körperlich fit zu bleiben; 73 Prozent der Befragten sprachen alten Menschen einen gelassenen und besonnenen Umgang mit wichtigen Fragen des Lebens zu. Im Folgenden werden einige weitere wichtige Erkenntnisse aus der Studie berichtet:

- In der Umfrage zeigte sich, dass die individuellen Altersbilder stark vom jeweiligen Alter der befragten Person abhingen: Ältere Befragte hatten einen differenzierteren Blick auf ältere Menschen und das Alter als jüngere Befragte. Die Befragten sahen mit zunehmendem Alter häufiger die Potenziale im Alter, aber gerade die über 74-Jährigen sahen auch gleichzeitig häufiger die Probleme des höheren Alters wie Einsamkeit und Einschränkungen.
- In der Studie wurde auch nach der Wahrnehmung des gesellschaftlichen Beitrags und der gesellschaftlichen Rolle der älteren Menschen gefragt. Diese wurden mehrheitlich nicht als volkswirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft wahrgenommen. Es zeigte sich eine zugewandte und solidarische Einstellung jüngerer Befragter, wenn es um das Zugestehen von Rechten für ältere Menschen ging, wie etwa altersfreundliche Arbeitsplätze, das Verbot von Eigenbedarfskündigungen im Fall älterer Mieter*innen und von Altersdeckelungen bei der Vergabe von Krediten.
- Gleichzeitig wurden ältere Menschen von vielen Befragten als wenig innovativ und insbesondere von den jüngsten Befragten eher als Blockierer*innen des gesellschaftlichen Fortschritts wahrgenommen. Die Aussage „Alte Menschen tragen zum Fortschritt unserer Gesellschaft entscheidend bei“ wurde mit 53 Prozent von einer leichten Mehrheit der Befragten abgelehnt. Bei Befragten zwischen 16 und 24 Jahren stimmten 37 Prozent der Aussage zu, dass alte Menschen zum Fortschritt der Gesellschaft beitragen, bei den über 74-Jährigen waren es 54 Prozent. Besonders negative Einstellungen fanden sich bezüglich der wahrgenommenen gesellschaftlichen Rolle älterer Menschen im Kontext des Klimawandels (siehe Abschnitt 6.4.2).
- Befragte mit niedrigem Bildungsniveau hatten insgesamt ein positiveres Bild von älteren Menschen als Befragte mit mittlerem oder höherem Bildungsniveau, nahmen allerdings ältere Menschen öfter als körperlich eingeschränkt und einsam wahr und schrieben ihnen ein geringeres gesellschaftliches Ansehen zu.
- In der Umfrage zeigten sich geringe Unterschiede zwischen den Befragten mit und ohne Migrationsgeschichte: Das Altersbild der Menschen mit Migrationsgeschichte war häufiger durch gesundheitliche Einschränkungen, Einsamkeit und geringere Flexibilität gekennzeichnet, und sie hatten leicht negativere Einstellungen gegenüber älteren Menschen. Auch waren sie etwas seltener davon überzeugt, dass die Lebensphase Alter gestaltbar ist und eigene Stärken hat. Insgesamt fielen diese Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte allerdings weniger ins Gewicht als die Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden Gruppen. Die Gruppe der Post-/Migrant*innen in der Studie war äußerst divers und setzte sich sowohl aus Befragten zusammen, die entweder selbst in ihrem Leben zugewandert waren, wie auch Personen, deren Elternteil[e] zugewandert war[en]. So lassen sich keine Aussagen über individuelle Altersbilder in bestimmten ethnischen Zielgruppen machen. Gleichzeitig zeigen die wenigen Studien über Altersbilder, die vornehmlich bei türkischstämmigen Menschen, Russlanddeutschen und russischen Jüd*innen sowie Menschen aus Vietnam, Korea und Japan durchgeführt wurden (z. B. Kim, M.-S. 2019; Meyer, R. et al. 2011), dass die individuellen Altersbilder in diesen spezifischen Gruppen von Post-/Migrant*innen tendenziell ebenso heterogen sind wie in der Gesamtgesellschaft in Deutschland.

– In Bezug darauf, was ältere Menschen (nicht) tun sollen (d. h. präskriptive Altersnormen) gaben fast alle Befragten an, dass alte Menschen geistig und körperlich aktiv bleiben sollten (98 % bzw. 95 %).[66] 73 Prozent der Befragten stimmten eher oder voll und ganz der Aussage zu, dass alte Menschen auf dem Laufenden über neue Technologien bleiben sollten. Die ebenfalls mehrheitliche, aber im Vergleich zu den zuletzt genannten Normen geringste Befürwortung fand die Erwartung, dass alte Menschen so lange wie möglich zum Wohl der Gesellschaft beitragen sollten (66 %) (siehe Abbildung 8). Immerhin jeweils etwa ein Drittel der Befragten stimmte der Aussage zu, dass alte Menschen wichtige berufliche und gesellschaftliche Rollen zugunsten Jüngerer aufgeben und keine Last für die Gesellschaft werden sollten. Die Tatsache, dass die Zustimmung zur zuletzt genannten Aussage bei älteren und vor allem sehr alten Befragten besonders stark war, ist ein Hinweis darauf, dass viele Menschen dieser Altersgruppe internalisiert haben, anderen nicht zur Last fallen zu sollen.

Abbildung 8 Erwartungen an ältere Menschen



Quelle: Kessler & Warner 2023, eigene Darstellung.

Anmerkung: Der Anteil an fehlenden Angaben für die Aussage „Alte Menschen sollten normalerweise keine Last für andere und die Gesellschaft werden" beträgt 3,1 Prozent („keine Angabe": 1,5 % und „weiß nicht": 1,6 %) und wurde in der Grafik nicht abgebildet. Bei den restlichen Aussagen beträgt der Anteil an fehlenden Angaben („weiß nicht" und „keine Angabe") unter 2 Prozent und wurde ebenfalls weder einberechnet noch abgebildet.

Die Einstellungen und Wahrnehmungen bezüglich des eigenen Alterns (Altersselbstbilder) wurden im Rahmen der bundesweiten Repräsentativbefragung Deutscher Alterssurvey (DEAS) seit 1996 und zuletzt 2014 bei Personen über 40 Jahre erhoben (Beyer et al. 2017). Über die Altersgruppen hinweg (40- bis 54 Jahre, 55- bis 69 Jahre und 70- bis 85 Jahre) nahm die Zustimmung zu verlustorientierten Altersbildern zu, also zu Aussagen wie „Älterwerden bedeutet für mich, weniger vital und fit zu sein". Gleichzeitig nahm das gewinnorientierte Altersselbstbild querschnittlich über die Altersgruppen ab – ältere Befragte stimmten also seltener Aussagen wie „Älterwerden bedeutet für mich, dass sich meine Fähigkeiten erweitern" zu. Ältere Menschen assoziierten das eigene Älterwerden im Vergleich zu jüngeren Menschen eher mit körperlichen Verlusten und weniger mit Möglichkeiten persönlicher Weiterentwicklung. Es zeigten sich außerdem starke Bildungsunterschiede: Personen mit einem

[66] Auch die Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 belegen eine über alle Altersgruppen hinweg sehr hohe Zustimmung zur Norm des aktiven Alterns (körperlich, geistig, sozial, technologisch) (ca. 85 % Zustimmung). Die einzige Ausnahme war hier die deutlich niedrigere Zustimmung (60 %) zur Aktivierungsnorm in der Gruppe der armutsgefährdeten „jungen Alten" (50-69 Jahre) (Kortmann 2025).

höheren Bildungsniveau betrachteten das eigene Älterwerden eher mit einer gewinnorientierten Sicht und weniger mit einer verlustorientierten Sicht als Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau.

Trotz der Tatsache, dass Menschen heute nicht nur länger, sondern durchschnittlich auch länger gesund und zufrieden altern, scheinen nach den Befunden einer umfangreichen linguistischen Analyse Alterssstereotype über das letzte Jahrhundert hinweg bis heute negativer geworden zu sein (Ng, R. et al. 2015). Dies trifft allerdings nicht auf die Selbstwahrnehmung älterer Menschen zu, die im Vergleich zwischen den 1990er Jahren und den 2010er Jahren zumindest nicht schlechter geworden ist (Wahl et al. 2021), möglicherweise sogar positiver (Beyer et al. 2017). Mit anderen Worten: Über die letzten 150 Jahre hat anscheinend eine Entkopplung zwischen sich objektiv und subjektiv verbessernden Realitäten des Alterns und sich verschlechternden Fremdwahrnehmungen stattgefunden.

6.5.2 Ageismus in der Arbeitswelt

Der Befragung Eurobarometer[67] zufolge war im Jahr 2015 jede*r zweite Befragte der Auffassung, dass in der Arbeitswelt Alter ein Nachteil für Bewerber*innen über 55 Jahre ist, im Gegensatz zu 16 Prozent, die meinten, dass Bewerber*innen unter 30 Jahre benachteiligt würden (Europäische Union 2015). Ein systematisches Review (Cebola et al. 2023) ergab, dass im Arbeitskontext das Alterssstereotyp des/der unproduktiven und unflexiblen älteren Arbeitnehmer*in dominiert und dazu führt, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren von Arbeitgeber*innen seltener Arbeitsplatzangebote und weniger Angebote für Weiterbildung, Beförderungen und neue Aufgabenbereiche erhalten. Die Benachteiligung bei Bewerbungen zeigt sich branchenübergreifend, vor allem aber in Bereichen mit starkem technologischem Wandel. Dabei zeigt sich Ageismus am Arbeitsplatz nicht nur in Form dieses sogenanntem „harten“ Ageismus. Nach einer Befragung 45- bis 65-jähriger angestellter Personen kam nach deren Wahrnehmung „weicher“ Ageismus – wie ageistische Witze, herabwürdigende Kommentare aufgrund von Alter, fehlendes Zutrauen älterer Angestellter in die eigenen Fähigkeiten – doppelt so häufig vor wie „harter“ Ageismus (Stypinska & Turek 2017). In dieser Studie zeigte sich auch der bereits bekannte Befund, dass ältere Frauen – auch solche in Positionen mit hohem Status – am Arbeitsplatz häufig eine doppelte Benachteiligung (Ageismus und Sexismus) erleben.

Ageismus am Arbeitsplatz hat nach dem Ergebnis einer systematischen Meta-Analyse negative Folgen für die Gesundheit. Durch Altersdiskriminierung bedingter Stress erhöht das Risiko für Gesundheitsprobleme und mittel- und längerfristig Arbeitsausfälle (Viitasalo & Natti 2015). Ein negatives internalisiertes Altersbild kann nachweislich dazu führen, dass Arbeitnehmer*innen die Erwerbstätigkeit früher aufgeben, als sie es sonst tun würden – oder, nachgeordnet, dass sie nur erwerbstätig bleiben, um körperlichen und geistigen Abbau zu verhindern, auch aus Angst heraus, einem negativen Alterssstereotyp zu entsprechen (Vickerstaff & Van der Horst 2021). Die Internalisierung negativer Alterssstereotype birgt die Gefahr, dass diskriminierendes Verhalten von älteren Arbeitnehmer*innen häufig nicht als solches bewertet und stattdessen normalisiert wird.

6.5.3 Ageismus in den Medien

Ein konsistenter internationaler Befund ist, dass ältere Menschen quer durch alle Medienformate wie Magazine, Zeitungen, Spielfilme, Fernsehserien, Werbung und Talkshows unterpräsentiert sind (Loos & Ivan 2018). Eine Studie auf der Grundlage von Spielfilmen mit den höchsten Einspielzahlen im Jahr 2015 in den USA identifizierte nur 11 Prozent Charaktere über 60 Jahre (Smith et al. 2016). Eine andere Studie fand, dass in den erfolgreichsten Filmen und beliebtesten Fernsehsendungen in den Jahren von 2010 bis 2020 in den USA Charaktere ab 50 Jahren weniger als ein Viertel aller Charaktere ausmachten (Geena Davis Institute o.J.). Für Deutschland zeigte sich dieses Muster ebenfalls, etwa im Bereich von Fernsehserien (Kessler et al. 2004) und in der Fernsehwerbung (Kessler et al. 2010) und hier insbesondere für weiblich gelesene, hochaltrige Charaktere. Ältere Charaktere erscheinen meistens in Nebenrollen (z. B. Atkinson & Plew 2017). Die Diversität von Lebenssituationen und Lebensstilen im Alter wird weitgehend ausgeblendet. Eine Analyse ergab, dass von etwa 1200 älteren Charakteren in Filmen nur jede zehnte Person einer ethnischen Minderheit angehörte (Center for Ageing Better 2023).

Demografischer Wandel wird in Informationsmedien typischerweise in Form von Bedrohungsszenarien dargestellt, die sich sprachlich in Begriffen wie „Überalterung der Gesellschaft“ und „Pflegelast“ sowie visuell in Darstellungen von Gebrechlichkeit, Einsamkeit und Abhängigkeit widerspiegeln. In der bisher umfassendsten Analyse von Spielfilmen auf Basis von 25.000 Filmdrehbüchern weltweit zwischen 1930 und 2018 zeigte sich, dass in allen elf untersuchten geografischen Regionen wenig positive Darstellungen älterer Charaktere zu finden sind

[67] Das Eurobarometer ist eine in regelmäßigen Abständen von der Europäischen Kommission in Auftrag gegebene öffentliche Meinungsumfrage in den Ländern der EU.

(Ng, R. et al. 2023). Am wenigsten negativ waren die Darstellungen in Ostasien und am negativsten im Nahen Osten und in Nordafrika. Spätestens seit der Jahrtausendwende wurden ältere Charaktere in deutschen Fernsehformaten wie Serien und Werbung aber auch als aktive, glückliche, starke, finanziell wohlhabende, geistig rege und gut sozial integrierte Gruppe dargestellt (Hoppe et al. 2016; Kessler et al. 2004; Kessler et al. 2010).

Ein Experiment auf Grundlage einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe zeigte, dass eine mediale Darbietung von Altern als einer Lebensphase von Abbau und Senilität – im Gegensatz als einer Lebensphase von Aktivität, Weisheit und Produktivität – die implizite (unbewusste) Wahrnehmung älterer Menschen bei den Studienteilnehmer*innen negativ beeinflusste (Hestres et al. 2022b). Die Konfrontation mit medial präsentierten negativen Altersdarstellungen führte zu schlechteren Gedächtnisleistungen (Appel & Weber 2017); darüber hinaus sind negative Konsequenzen für den Selbstwert und andere Dimensionen von Gesundheit und Wohlbefinden zu erwarten. Allerdings werden auch unauthentisch positive Darstellungen von „Supersenior*innen“, die sich ausschließlich an dem Ideal des Jungbleibens orientieren (trendy, technikaffin, vital), von Rezipient*innen negativ wahrgenommen, und können ein negatives Altersstereotyp sogar eher verstärken (Hestres et al. 2022b). Ergebnisse einer quasi-experimentellen Rezeptionsstudie auf Grundlage von aus deutschen Nachrichtenmagazinen gewonnenem Stimulusmaterial zeigten, dass mediale Altersdarstellungen eine ambivalentere Wirkung haben können, als ihr Inhalt vermuten lässt. So können negative Altersdarstellungen auch hervorrufen, dass „sich ältere Personen in ihrer vermeintlichen Abgrenzung von der Kategorie „alt“ leichter bestätigt fühlen („Alt sind immer nur die anderen“), wohingegen (über)positive Altersrepräsentationen diese Abgrenzung unter Umständen erschweren“ (Wangler & Jansky 2021: 683).

Im Bereich von Social Media zeigte eine Studie aus den USA, dass jedes zweite Video über ältere Menschen negative Inhalte aufwies (Ng, R. & Indran 2023). Thematisch ging es darin um Abwertung älterer Menschen im Bereich von Werten und Überzeugungen (Behauptung der moralischen Überlegenheit junger Menschen etwa hinsichtlich Einstellungen zu Sexismus, Rassismus und LGBTIQ) und Umgangsformen mit jungen Menschen (Vorwurf, dass junge Menschen von älteren Menschen ungerechtfertigt als hypersensitiv und narzisstisch wahrgenommen werden). Dieser Befund deckt sich mit älteren Studien zur Thematisierung älterer Menschen auf anderen Social-Media-Kanälen (Facebook, Twitter) (Levy et al. 2014; Ng, R. et al. 2022). Parallel dazu treten immer mehr ältere Influencer*innen „Granfluencer“, wie zum Beispiel die 83-jährige Fitness-Influencerin Erika Rischko oder die als typisch fränkische Oma auftretende 93-jährige ‚lisbeth_lissi‘ (†) in Erscheinung.

„Covid-Ageismus“ in der medialen Öffentlichkeit

Während der Covid-19-Pandemie kam es in der medialen Öffentlichkeit zu einer Wiederkehr des Altersbildes des vulnerablen und schutzbedürftigen alten Menschen (Ayalon et al. 2021). Besonders prononciert bildet sich dies in der notorischen Verwendung der Begriffe „vulnerable Gruppe“ und „Risikogruppe“ ab. Es liegen inzwischen eine Reihe von Studien vor, die für die Pandemie ageistische Darstellungen älterer Menschen (vor allem älterer Frauen) und „Othering“ (aus dem englischen „other“ = „andersartig”) auf der Ebene von Sprache und Bild belegen (Myrczik et al. 2023). Dieses Phänomen kann als Reflex jüngerer Menschen auf Konfrontation mit Tod und Sterblichkeit auf Basis kulturell tief verankerter negativer Altersbilder interpretiert werden. Das medial vermittelte negative Altersnarrativ während der Covid-19-Pandemie ist problematisch, da es nachweislich negative Konsequenzen für die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen und nicht zuletzt auch für ihr Altersselbstbild hatte.

Obwohl am stärksten betroffen und im Scheinwerfer der medialen Öffentlichkeit, wurde älteren Menschen gleichzeitig aber am wenigsten Gehör geschenkt. Ein Beispiel für diese ageistische Praktik war ihre starke Unterrepräsentation in Polit-Talkshows während der Covid-19-Pandemie. Wenn ältere Talkshowgäste eingeladen wurden, waren es männliche, in Deutschland geborene „junge Alte“, die sich nicht mehr als jüngere Talkshowgäste für die besonderen Bedarfe älterer Menschen während der Pandemie engagierten, sondern vielmehr für den Abbau – alle Altersgruppen betreffender – staatlicher Regulierungen (Myrczik et al. 2022).

Drei Jahre nach Beginn der Covid-19-Pandemie stehen ältere Menschen nun wieder deutlich weniger im Mittelpunkt. Der Fokus der medialen Öffentlichkeit wie auch gesundheitspolitischer und sogar wissenschaftlicher Fachdiskussionen hat sich auf Kinder und Jugendliche verschoben. Dieser „Bounceback“-Effekt erfolgte auf Grundlage der (mit Verweis auf die Verschlechterung der psychischen und körperlichen Gesundheit in dieser Altersgruppe) gut begründeten und dennoch zu kurz greifenden Einsicht, dass von Pandemiebeginn an die „eigentlich“ vulnerable Gruppe die Gruppe der jungen Menschen war. Übersehen werden dabei allerdings die vielen an Covid-19 Verstorbenen vor allem unter den Hochaltrigen sowie das Leiden von in Pflegeheimen

lebenden Menschen insbesondere in den ersten anderthalb Jahren der Pandemie. In der Diskussion wird außerdem die Tatsache ausgespart, dass es innerhalb der nachweislich durchschnittlich emotional resilienten Population älterer Menschen während der Covid-19-Pandemie bestimmte Gruppen älterer Menschen gab, die stark und langfristig von der Pandemie beeinträchtigt waren und sind und deren Leiden gerade deshalb leiser ausfällt, weil sie sozial weniger sichtbar sind. Dazu gehören unter anderem zu Hause lebende ältere Menschen mit eingeschränkter Mobilität und psychischen Erkrankungen.

6.5.4 Ageismus in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

Immer wieder steht die explizite oder implizite Behauptung im Raum, dass ältere Menschen das Gesundheitssystem über Gebühr beanspruchen würden und deshalb für eine starke finanzielle Belastung der Krankenkassen sowie für Engpässe in der Gesundheitsversorgung verantwortlich seien. Dies spiegelt die Annahme wider, dass die „Überalterung der Gesellschaft" die Ursache für viele volkswirtschaftliche Herausforderungen und Problemlagen ist. Tatsächlich belegen verschiedene, in der Öffentlichkeit allerdings wenig bekannte Untersuchungen, dass unabhängig vom Lebensalter ein Großteil der Krankheitsausgaben (ca. ein bis über zwei Drittel), die ein Mensch in Deutschland während seines gesamten Lebens in Anspruch nimmt, in den letzten zwei Jahren vor seinem Tod anfallen (Brockmann 2002). Es ist also tatsächlich nicht das höhere Alter für eine höhere Belastung des Gesundheitssystems verantwortlich, sondern in erster Linie die Nähe zum Tod. Ältere Menschen sind für das Gesundheitssystem teuer, aber eben nur, weil sie sich häufiger in einer todesnahen Phase befinden als etwa 50-Jährige (die sogenannte Sterbekostenthese). Ferner muss berücksichtigt werden, „dass die Sterbekosten mit zunehmendem Alter sinken, wenn nicht die pro-Kopf-Kosten aller Personen einer Altersgruppe betrachtet werden, sondern die Behandlungskosten je Gestorbenen. Dies hat damit zu tun, dass es bei jungen Menschen mit schweren Krankheiten relativ häufiger zu einer intensiv-medizinischen Behandlung kommt als bei Älteren" (bpb 2022[68]).

Die Rationierung von Gesundheitsleistungen nach Alter ist ein Indikator für strukturellen Ageismus. Offizielle und explizite Regelungen zu einer altersabhängigen Einschränkung medizinischer Leistungen gibt es im deutschen Gesundheitswesen zwar nicht. Dies galt auch während der Covid-19-Pandemie, während der das Alter kein Kriterium für die Priorisierung beim Erhalt intensivmedizinischer Maßnahmen war. Eine Ausnahme bildet die Altersgrenze beim Mammographie-Screening; diese wurde mit Wirkung ab dem 1. Juli 2024 von bis dahin 69 Jahren auf 75 Jahre angehoben, dennoch erscheint auch diese Altersgrenze medizinisch nicht begründet. Faktoren, die darüber hinaus zu einer indirekten Benachteiligung älterer Patient*innen im Gesundheitssystem führen können, sind das pauschale Abrechnungssystem (pauschale Beträge ohne Berücksichtigung des individuellen medizinischen Aufwands) sowie die Tatsache, dass sich schwer kranke und beeinträchtigte Patient*innen tendenziell weniger erfolgreich für ihre Belange einsetzen können.

Jenseits von strukturellem Ageismus sind in medizinischen und pflegerischen Settings *ageistische Interaktions- und Kommunikationspraktiken* weit verbreitet (Ben-Harush et al. 2017). Es ist davon auszugehen, dass auf ältere Menschen bezogener Behandlungspessimismus auf Basis negativer Altersbilder, unhinterfragter Handlungsroutinen in der Gesundheitsversorgung und fehlenden Fachwissens das Risiko birgt, dass ältere Patient*innen nicht leitliniengerecht behandelt werden oder schlimmstenfalls sogar ärztlich verursachten Gesundheitsschäden ausgesetzt sind (Wyman et al. 2018). Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen passen ihre Kommunikation häufig zu stark an pauschal unterstellte sensorische und kognitive Defizite älterer Patient*innen an und verwenden paternalistische Formen der Kommunikation, indem sie ältere Personen wenig direkt ansprechen, ihre Bedürfnisse und Präferenzen nicht ausreichend berücksichtigen und Unselbständigkeit verstärken (Bugental & Hehman 2017). Ein typisches problematisches Kommunikationsmuster ist die „Alten-Ansprache" („Secondary baby talk": hohe Stimme, lautes und überdeutliches Sprechen, oberflächliche und banale Inhalte, Ansprache direktiv oder übermäßig „vertraut").

Ageismus in der psychotherapeutischen Versorgung älterer Menschen

Eine Analyse vertragsärztlicher Abrechnungsdaten im deutschen Gesundheitssystem zeigte, dass im Jahr 2016 weniger als 5 Prozent der als depressiv diagnostizierten Versicherten mit einem Alter von über 65 Jahren in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren, obwohl es sich bei Psychotherapie bei Depression im Alter um eine Leitlinienempfehlung (Empfehlungsgrad A) handelt; bei den hochaltrigen Patient*innen waren es sogar weniger als 1 Prozent, im Vergleich zu etwa 25-30 Prozent bei den jungen Erwachsenen (Kessler & Tegeler

[68] https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/ [Zugriff am 27.06.2024]

2018). Dass die geringere Behandlungsprävalenz zumindest nicht primär Ausdruck von mangelnder Therapiemotivation seitens älterer Patient*innen ist, sondern auch ein Indikator für inadäquate Überweisungs- und Behandlungspraktiken, zeigt eine Analyse von Umfragedaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von 12.000 Versicherten im Jahr 2019 (Gellert et al. 2021). Bei den älteren Befragten über 75 Jahren mit subjektivem Behandlungsbedarf waren die Raten der Nicht-Behandlung deutlich höher als bei den jüngeren Befragten; der Alterseffekt war größer als etwa der von Geschlecht, Bildung, Alleinleben und Wohnen auf dem Land. Die nachgewiesene Tendenz zur Pharmakologisierung psychischer Erkrankungen im Alter ist in Verbindung mit der hohen Prävalenz unerwünschter Arzneimitteleffekte und Polypharmazie bei älteren Menschen ein weiteres Beispiel für ageistische Behandlungspraktiken im Bereich der Gesundheit im Alter (Fialová et al. 2018).

Äquivalent zu diesen Ergebnissen ist gut belegt, dass Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen psychische Symptome älterer Patient*innen häufiger fehldiagnostizieren. In einer Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) konnte die gestellte Diagnose Depression bei älteren Menschen oft nicht durch die Ergebnisse eines standardisierten klinischen Interviews bestätigt werden (Hapke et al. 2017). Eine Ursache dafür ist, dass psychische Symptome als Ausdruck von Alter per se bewertet werden, verbunden mit einer Unterschätzung ihrer klinischen Relevanz. Umgekehrt kommt es auch vor, dass aus dem schieren Vorliegen von Lebensereignissen, die normativ oder zumindest gehäuft im Alter auftreten wie Verwitwung oder Multimorbidität, bei älteren Patient*innen von psychischen Problemen ausgegangen wird, verbunden mit einer Tendenz zur Überschätzung der Symptomatik. Weiterhin haben Psychotherapeut*innen älteren Patient*innen gegenüber negativere Gefühle, halten sie für weniger therapiefähig und gehen von einer schlechteren Prognose aus; gleichzeitig fühlen sie sich auch weniger behandlungskompetent (Kessler & Blachetta 2020). Das geringere Kompetenzerleben hat dabei nicht nur in negativen Altersbildern ihren Ursprung, sondern spiegelt insbesondere auch die defizitäre gerontologische Qualifikation im Bereich der akademischen Ausbildung in Gesundheits- und Medizinberufen in Deutschland generell wider.

Ageismus und Gewalt in der Pflege

Ageismus kann das Risiko für Gewalt gegen ältere Menschen generell (Yon et al. 2017) sowie spezifisch im Bereich der Pflege erhöhen. Anders herum kann Gewalt gegen pflegebedürftige ältere Menschen ein Ausdruck von Ageismus sein. Insbesondere wenn pflegebedürftige ältere Menschen als Belastung empfunden werden, steigt die Gefahr, dass die Pflege nicht respektvoll und wertschätzend erfolgt (Pillemer et al. 2016). Im Nachfolgenden wird empirische Evidenz zu Gewalt in der Pflege beschrieben, dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass Gewalt in der Pflege ein komplexes, multikausales und multidirektionales Phänomen ist, das nicht allein auf Ageismus zurückgeführt werden kann.

Menschen in Pflegekontexten sind unterschiedlichen Studien aus Deutschland zufolge nicht selten Gewalt ausgesetzt – sowohl in der stationären Pflege als auch im ambulanten Bereich. Gewalt in der Pflege hat viele Facetten. In einer einschlägigen Studie wurde, um Gewalt gegen Bewohner*innen stationärer Einrichtungen zu erfassen, die folgende Definition verwendet: „Unter gewaltsamem Verhalten sind Handlungen zu verstehen, die Bewohnern schaden oder Leid zufügen können. Dazu gehören zum Beispiel psychische oder körperliche Gewalt sowie erhebliche pflegerische Vernachlässigung“ (Eggert et al. 2023: 69). Darunter können aber auch finanzielle Ausbeutung und Freiheitseinschränkungen (etwa Fixieren oder Türen abschließen) fallen. Gewalt in Pflegekontexten kommt in allen möglichen Konstellationen und in alle möglichen Richtungen vor. In einschlägigen Studien über Gewalt in der stationären Pflege zeigt sich, dass der mit Abstand größte Teil der von den Befragten berichteten Gewaltvorfälle Gewalt zwischen Bewohner*innen betrifft. Es gibt in der stationären Pflege aber auch Gewalt zwischen Angehörigen und Besucher*innen einerseits und Bewohner*innen andererseits sowie zwischen Pflegepersonal und Bewohner*innen.

Einer Studie über Gewalt gegen Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen zufolge, bei der 205 Mitarbeitende aus zwölf stationären Pflegeeinrichtungen befragt wurden, gaben 87 Prozent der Befragten an, Gewalt von Kolleg*innen gegenüber Bewohner*innen beobachtet zu haben. 72 Prozent gaben an, selbst Gewalt gegenüber Bewohner*innen ausgeübt zu haben (Dorn & Blättner 2021). In einer anderen Studie gaben 25 Prozent der befragten Leitungskräfte an, sich an einen Vorfall sexualisierter Gewalt in den letzten zwölf Monaten zu erinnern, wobei in zwei Prozent der Vorfälle die Gewalt durch Mitarbeiter*innen ausgeübt wurde. 19 Prozent der Leistungskräfte gaben an, Kenntnis von konkreten Gewalthandlungen von Pflegepersonal gegenüber Bewohner*innen aus den letzten zwölf Monaten zu haben (Eggert & Teubner 2023).

Gewaltsames Verhalten von Mitarbeiter*innen führte nicht immer dazu, dass die Mitarbeiter*innen entlassen wurden, auch da die Personallage häufig bereits sehr angespannt war. Je angespannter in einer Einrichtung die Personalsituation und je schwieriger die Personalsuche war, desto mehr wurde von Gewalt in der Einrichtung berichtet, da aus Personalnot auch Personen eingestellt wurden, die nicht über entsprechende Kompetenzen verfügen (Eggert & Teubner 2023). Generell gilt, dass strukturelle Probleme im Bereich der professionellen Pflege wie Personalmangel und fehlende Qualifikationen im Alltag zu Überforderung und zu Situationen von Hilflosigkeit auf Seiten der professionell Pflegenden führen und damit Gewalt in der Pflege begünstigen können (Jacobs et al. 2020).

Auch die häusliche Pflege kann trotz Beratungs- und Entlastungsangeboten eine Risikosituation für Gewalt darstellen. Es gibt keine gesetzlichen Vorschriften zur Vermeidung von Gewalt in der häuslichen Pflege (Schwedler et al. 2017). In einer Befragung unter informell Pflegenden ab 60 Jahren gaben 32 Prozent an, in den letzten sechs Monaten psychische Gewalt gegenüber der zu pflegenden Person ausgeübt zu haben. Darüber hinaus gaben 11 Prozent der Befragten Vernachlässigung und 12 Prozent physische Gewalt der pflegebedürftigen Person gegenüber an. Zugleich berichteten 45 Prozent der Pflegenden von psychischer und 11 Prozent von physischer Gewalt, die sie in den letzten sechs Monaten durch die zu pflegende Person erlitten hätten (Eggert et al. 2023).

Da das Thema Gewalt in der Pflege und gegenüber Älteren weithin tabuisiert ist, erhält es weder in der Wissenschaft noch gesellschaftlich, politisch oder medial den Raum, der nötig wäre, um Möglichkeiten zur Prävention oder zur Abhilfe zu schaffen.

6.5.5 Ageismus und digitale Technologien

Es ist eindeutig belegt, dass ältere Menschen beim Zugang zu digitalen Technologien benachteiligt sind, was zu eingeschränkten oder gar fehlenden Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe führt (Deutscher Bundestag 2020a). In den Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) aus dem Jahr 2020/2021 zeigen sich große Altersunterschiede beim Anteil der Menschen in Deutschland, die über einen Internetzugang verfügen: Von den 50- bis 59-Jährigen verfügen 98,3 Prozent über einen Internetzugang, von den 60- bis 69-Jährigen 96,1 Prozent, von den 70- bis 79-Jährigen 80,5 Prozent und von den 80-Jährigen und älteren 54,9 Prozent (Kortmann 2025). Von dieser digitalen Spaltung sind hochaltrige Frauen und Männer (80 Jahre und älter) mit niedrigem Bildungsniveau besonders betroffen. Bei diesen Gruppen beträgt der Anteil derjenigen mit Internetzugang etwa 50 Prozent. Dagegen ist der Anteil derjenigen mit Internetzugang bei den hochaltrigen Männern mit hohem Bildungsniveau mit 80,7 Prozent deutlich größer (Kortmann 2025). Benachteiligungen beim Zugang zum Internet ergeben sich also aus der Verschränkung (Intersektionalität) von hohem Alter, weiblichem Geschlecht und niedrigem Bildungsniveau.

Auch wenn ein Zugang zum Internet vorhanden ist, sinkt mit dem Alter der Anteil derjenigen, die das Internet regelmäßig (täglich) nutzen: Bei den 50- bis 59-Jährigen sind es 74,5 Prozent, bei den 60- bis 69-Jährigen 65 Prozent, bei den 70- bis 79-Jährigen 59,7 Prozent und bei den 80-Jährigen und älteren 47,3 Prozent (Kortmann 2025). Möglicherweise liegt dies auch an der selbst wahrgenommenen Kompetenz im Umgang mit dem Internet, bei der sich ebenfalls prägnante Altersunterschiede abzeichnen: Im Alter von 50- bis 59 Jahren schätzen sich 52,9 Prozent als kompetent im Umgang mit dem Internet ein, im Alter von 60- bis 69 Jahren sind es 49,7 Prozent, im Alter von 70- bis 79 Jahren 28,6 Prozent und im Alter von 80 Jahren und älter 8,9 Prozent (Kortmann 2025). Gerade Nicht-Nutzerinnen schreiben sich fehlende Kompetenzen im Umgang mit digitalen Technologien zu, verweisen aber auch auf deren geringe Relevanz und das ungewohnte Design, möglicherweise ein Resultat von selbstbezogener Altersdiskriminierung (Köttl et al. 2021). Offen ist dabei, ob es sich um eine Benachteiligung älterer Menschen aufgrund von Stereotypen und Diskriminierung handelt (Ageismus) oder ob sich hier eine durch soziale Ungleichheit verschärfte Kohortenproblematik manifestiert (neue Technologien werden zunächst von jüngeren, einkommensstärkeren, höher gebildeten Menschen übernommen).

Im Bereich der Entwicklung digitaler Technologien hat Ageismus eine nicht zu unterschätzende Bedeutung. Empirische Untersuchungen zeigen deutlich die Rolle von negativen Altersbildern und Altersdiskriminierung beim Design digitaler Technologien. Selbst bei der Entwicklung digitaler Technologien, die für die Nutzung durch Ältere bestimmt sind (z. B. Apps zur Überwachung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Wearables zur Erkennung von Stürzen), kommt es im Design-Prozess häufig zu einer selektiven, potenziell altersdiskriminierenden Auswahl älterer Menschen als Expert*innen oder Ko-Produzent*innen der Technologieentwicklung. In einer Studie, bei der 60 Veröffentlichungen, in denen die Abläufe bei der Entwicklung des Designs verschiedener digitaler Technologien beschrieben wurde, zeigte sich, dass Entwicklungsteams bei der Auswahl von älteren Menschen als Teilnehmer*innen des Designprozesses zum Teil Altersobergrenzen verwendeten oder eher aktive, gesunde und technikaffine ältere Menschen zur Mitarbeit am Designprozess einluden (Mannheim et al. 2023). Viele

digitale Technologien werden zudem mit Blick auf jüngere Zielgruppen entwickelt, ein integratives „Design für Alle“ fehlt in der Regel. Dies könnte auch daran liegen, dass sich die Entwicklungsteams in der Regel aus jüngeren Entwickler*innen zusammensetzen. Schließlich kommt es auch in der Anwendung von digitalen Technologien zu einer Benachteiligung älterer Menschen, was sich an den Suchalgorithmen digitaler Plattformen zeigt, die auf den Daten von eher jungen Nutzergruppen basieren (Rosales & Fernandez-Ardevol 2020). Ageismus scheint also in den Strukturen der Entwicklung digitaler Technologien angelegt.

Dies zeigt sich auch im Bereich der künstlichen Intelligenz, wo Benachteiligung und Diskriminierung älterer Menschen wahrscheinlich sind. Im Zusammenhang mit künstlicher Intelligenz werden fünf Formen von Ageismus unterschieden (Stypinska 2023): (1) altersbedingte Verzerrungen in Algorithmen und Datensätzen (z. B. bei der automatisierten Gesichtserkennung, die bei älteren Menschen in größerem Maße fehlerbehaftet ist), (2) Altersstereotype von Entwickler*innen künstlicher Intelligenz, (3) Unsichtbarkeit des Alters im Diskurs über künstliche Intelligenz, (4) diskriminierende Auswirkungen der Nutzung von künstlicher Intelligenz auf ältere Menschen sowie (5) Nicht-Berücksichtigung älterer Menschen als Nutzer*innen von künstlicher Intelligenz. Empirische Forschung zu den Auswirkungen von Ageismus innerhalb der künstlichen Intelligenz liegen zurzeit (Sommer 2024) aber noch nicht vor.

6.5.6 Ageismus und Recht

Das Recht hat in zweierlei Hinsicht Bedeutung für das Thema Ageismus, also für die ungerechtfertigte Ungleichbehandlung aufgrund von Alter. Einerseits kommt rechtlichen Regelungen und deren Anwendung und Auslegung eine erhebliche Bedeutung für die Bekämpfung von Ageismus zu. Andererseits stellt sich die Frage, ob rechtliche Regelungen selbst altersdiskriminierend wirken oder Altersdiskriminierung begünstigen können. Wie in diesem Abschnitt gezeigt wird, können rechtliche Regelungen tatsächlich unter bestimmten Umständen zu einer Ungleichbehandlung von älteren Menschen bis hin zu struktureller Altersdiskriminierung führen. Potenziell gehören hierzu gesetzlich festgelegte Altersgrenzen sowie altersneutrale Regelungen. Auch das Fehlen rechtlicher Regelungen kann Altersdiskriminierung bewirken.

Es geht in diesem Abschnitt vor allem darum, ageistische Wirkungen des Rechts und seiner Anwendung zu benennen und diese aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive zu diskutieren. Dabei wird vor allem der Frage nachgegangen, inwiefern rechtliche Altersgrenzen durch empirische Befunde begündet sind oder ob sie auf bloßen Annahmen ohne empirische Evidenz beruhen und damit Ageismus und Altersdiskriminierung begünstigen[69]. Im Vordergrund der Betrachtung stehen der mangelnde Schutz älterer Menschen, die Fortschreibung und Aufrechterhaltung negativer Altersbilder und -normen sowie die Gefährdung der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen aufgrund von Ageismus im Bereich Recht.

a) Altersbezogene Antidiskriminierungsregelungen in Deutschland

Das Merkmal „Alter“ ist erst seit wenigen Jahrzehnten Teil von internationalen Menschenrechtsdokumenten, die Diskriminierung aufgrund persönlicher und sozialer Merkmale verbieten. Im Jahr 2000 wurde vom Europäischen Rat die Richtlinie 2000/78/EG vorgelegt, in der auch das Merkmal Alter unter das Diskriminierungsverbot im Bereich von Erwerbstätigkeit und Berufsausbildung fällt. In der Europäischen Grundrechtscharta wurde das Merkmal „Alter“ der Liste von Merkmalen hinzugefügt, die dem Diskriminierungsverbot unterliegen. Im Jahr 2009 erlangte diese Charta mit dem Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon Rechtskraft in der Europäischen Union. Im Jahr 2006 trat in Deutschland das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in Kraft, das zum Ziel hat, „Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“ (§ 1 AGG).

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) enthält jedoch Ausnahmeregelungen für Ungleichbehandlungen aufgrund von Alter. Nach § 10 AGG ist eine Ungleichbehandlung aufgrund des Alters zulässig, wenn sie objektiv, durch ein legitimes Ziel gerechtfertigt und angemessen ist: Eine Ungleichbehandlung ist nach § 10 AGG also dann erlaubt, wenn sie durch alternswissenschaftliche Evidenz belegt (objektiv) ist, wenn der Nutzen der Ungleichbehandlung die Kosten für Individuum und Allgemeinheit überwiegt (also ein legitimes Ziel hat) und

[69] Empirische Studien, die sich in sozial- und/oder verhaltenswissenschaftlicher Sicht mit der Auswirkung gesetzlicher Regelungen auf Ageismus beschäftigen, werden hier nicht behandelt, insbesondere weil es im deutschsprachigen Raum kaum Forschung zu diesem Thema gibt. International gibt es einige Arbeiten, z. B. zu Auswirkungen der Einführung einer großzügigen Gesundheitspolitik für ältere Menschen auf Ageismus im Mediendiskurs in Singapur (Ng, et al. 2021) oder zu Auswirkungen unterschiedlicher Antidiskriminierungsgesetze in den 50 Staaten der USA auf Altersdiskriminierung in Einstellungsverfahren (Neumark, et al. 2019).

wenn sie angemessen ist (also keine unzumutbaren Nachteile für die betroffene Person mit sich bringt). Die Ausnahmeregelungen in § 10 AGG beziehen sich vor allem auf das Arbeitsrecht, wie zum Beispiel die Vereinbarung einer allgemeinen Altersgrenze oder altersdifferenzierende Sozialplanansprüche (Preis 2013). In der herrschenden deutschen Rechtsprechung zur Altersdiskriminierung, in der in erster Linie arbeitsrechtliche Fälle verhandelt werden, wird nach wie vor ein Altersbild zu Grunde gelegt, das von einer generellen Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im höheren Alter ausgeht (Rothermund & Temming 2010; Temming 2022). Diese Annahmen stehen jedoch im Widerspruch zu empirischen Befunden über die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit älterer Menschen im Arbeitsleben (Börsch-Supan et al. 2009; Cleveland & Lim 2007) wie auch zur generell deutlich verbesserten geistigen Leistungsfähigkeit älterer Menschen im historischen Vergleich (Gerstorf et al. 2023). Durch die Auslegung und Anwendung von Ausnahmeregelungen im Sinne defizitärer Altersbilder werden die Teilhabechancen älterer und hochaltriger Menschen eingeschränkt und negative Alterssstereotype und Rückzugsforderungen an ältere Menschen normalisiert.

Es sollten deshalb Regelungen und Maßnahmen zur Vermeidung von Altersdiskriminierung deutlich gestärkt werden – der Schutz älterer Menschen vor Diskriminierung sollte verbessert werden. So wurde in einer aktuellen Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) der § 10 des AGG als „nicht mehr zeitgemäß“ kritisiert (BAGSO 2022a). Von der BAGSO wird eine Individualisierung und damit Flexibilisierung in der Beurteilung von Zugangs- und Teilhabemöglichkeiten älterer und hochaltriger Menschen gefordert, die der zunehmend besseren gesundheitlichen Situation älterer Menschen entspricht und die ihre Potenziale, Ziele und Teilhabewünsche respektiert.

b) Ageismus durch Altersgrenzen in Gesetzgebung und Rechtsprechung

Altersgrenzen finden sich in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen. Sie definieren den Beginn oder das Ende von Pflichten (z. B. die Schulpflicht), Berechtigungen (Wahlrecht oder Wählbarkeit für ein Amt ab einem bestimmten Alter), Ansprüchen (etwa auf Versorgungsleistungen) oder Verboten und Limitierungen (Ausschluss der Ausübung eines Amtes oder der Wählbarkeit für ein Amt ab einem bestimmten Alter). Altersgrenzen werden mit Blick auf ihre Funktionen begründet (Igl 2012). Intendierte Funktionen von Altersgrenzen sind beispielsweise Schutzfunktionen für ältere Menschen (z. B. tarifvertragliche Kündigungsschutzklauseln, die ab einem bestimmten Alter in Kombination mit einer bestimmten Dauer der Unternehmenszugehörigkeit greifen), Schutzfunktionen für die Allgemeinheit (z. B. Höchstalter für besonders belastende Berufe im Sicherheitswesen) oder Regulierungsfunktionen (z. B. für den Arbeitsmarkt oder soziale Sicherungssysteme). Eine ausführliche Darstellung unterschiedlicher Typen von Altersgrenzen im Recht und ihrer unterschiedlichen Funktionen gibt das Kapitel 11 des Sechsten Altenberichts der Bundesregierung (Deutscher Bundestag 2010; Klie 2013).

Altersgrenzen, mit denen das Ende einer Tätigkeit definiert wird, werden in der Regel mit der Annahme einer allgemeinen altersbedingt nachlassenden Leistungsfähigkeit älterer Menschen begründet. Dabei wird davon ausgegangen, dass Personen „ab einem bestimmten Alter ohne Rücksicht auf ihre individuelle Leistungsfähigkeit Anforderungen nicht mehr genügen, die ihnen in der jeweiligen Tätigkeit abstrakt abverlangt werden“ (Igl 2013: 184). Allerdings muss diese Annahme durch gerontologische, arbeits- oder sportmedizinische Erkenntnisse belegt werden (Preis 2013). Die Alternsforschung hat jedoch gezeigt, dass es zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmer*innen nur wenige mit dem Lebensalter zusammenhängende Unterschiede in verschiedenen Parametern der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit gibt, und dass vor allem die Unterschiede innerhalb der Gruppe der älteren Personen so groß sind, dass das Lebensalter keinen Rückschluss auf die Leistungsfähigkeit einer Person erlaubt (siehe Metaanalyse von Ng, T. W. & Feldman 2008). So kommt bereits der Sechste Altenbericht der Bundesregierung zu dem Fazit, dass „[i]m Sinne differenzierter Altersbilder […] Flexibilisierungen bei den Altersgrenzen sowohl im Berufsrecht als auch bezogen auf ehrenamtliche Betätigungen dringend geboten [sind]“ (Deutscher Bundestag 2010: 404f.). Insbesondere unbegründete, willkürlich oder uneinheitlich festgesetzte Altersgrenzen sind als Altersdiskriminierung anzusehen.

Einige Beispiele mögen dies belegen:

- Uneinheitliche Altersgrenzen für politische Ämter in den verschiedenen Bundesländern (Deutscher Bundestag 2010).
- Altersobergrenzen für das Ausüben von Ämtern (Schöff*in, Landrät*in, Bürgermeister*in).
- Die Altersgrenze für den Erhalt eines Gründungszuschusses nach § 93 Absatz 5 SGB III (mit Erreichen der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung können Personen keinen Gründungszuschuss mehr erhalten).

Diskussionen über diese rechtlich fixierten Altersgrenzen haben bereits begonnen. So wurden die Altersgrenzen für Bürgermeister*innen und Landrät*innen in Bayern aufgehoben. In Hessen wurde die Altersgrenze für Bürgermeister*innen aufgehoben; auch im Bundestag wird die Angemessenheit dieser Grenzen diskutiert[70]. Auch mit dem seit 2017 geltenden Flexirentengesetz ist im Recht der Gesetzlichen Rentenversicherung (SGB VI) bereits ein wichtiger Schritt hin zu einer Flexibilisierung von Altersübergängen und somit zu einer verbesserten selbstbestimmten Teilhabe am Berufsleben gemacht. Dies ist mit dem „Achten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ (2022) weiter ausgebaut worden (komplette Abschaffung der Hinzuverdienstgrenzen bei vorgezogener Altersrente). Dennoch haben die bisherigen Diskussionen und Veränderungen noch nicht zu einer systematischen Überprüfung oder gar zu einer Aufhebung nicht mehr zeitgemäßer Altersgrenzen geführt. Auch die nach wie vor im Arbeitsrecht bestehenden tarifvertraglichen Bindungen des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben an das Erreichen der allgemeinen Regelaltersgrenze verhindern eine faktische Inanspruchnahme der durch das Flexirentengesetz angestrebten Flexibilisierungen und stehen einer autonomen Gestaltung von Teilhabe am Arbeitsmarkt entgegen (Temming 2022).

Mit Blick auf Arbeitsmarkt und den Übergang in den Ruhestand sind zwei Überlegungen zu bedenken:

- Einerseits hat sich in den letzten Jahrzehnten die Gesundheit und Leistungsfähigkeit vieler älterer Menschen deutlich verbessert (Gerstorf et al. 2023; Infurna et al. 2021). Auch die Grenzen, ab wann man andere Personen und sich selbst als alt wahrnimmt oder bezeichnet, liegen deutlich höher als etwa die Rentenaltersgrenze (z. Zt. im Schnitt bei etwa 75 Jahren, bei älteren Personen nochmals deutlich darüber) und haben sich auch historisch in den letzten Jahrzehnten um mehrere Jahre nach oben verschoben (Wettstein et al. 2024). Angesichts dieser alterswissenschaftlichen Befunde muss die Begründung für Altersgrenzen mit der Annahme eines allgemeinen altersbezogenen Leistungsabfalls als Altersdiskriminierung gewertet werden (Klie 2013).
- Andererseits ist darauf hinzuweisen, dass auch heutzutage — trotz eines sich durchschnittlich verbesserten Gesundheitszustands nachwachsender Geburtsjahrgänge — viele Menschen in unteren Einkommensschichten bereits vor dem gesetzlichen Renteneintritt gesundheitlich eingeschränkt sind. Viele Menschen, die lange in belastenden Berufen gearbeitet haben, können nicht bis zur gesetzlichen Altersgrenze arbeiten, werden also auch kaum über die gesetzliche Altersgrenze hinaus arbeiten können oder wollen. Altersgrenzen haben für diese Gruppe eine wichtige sozialpolitische Schutzfunktion, deren Aufhebung nicht ausschließlich positive, sondern auch negative Konsequenzen (auch und gerade für die individuelle Selbstbestimmung der Arbeitnehmer*innen) haben könnte.

Es sollte also Diskriminierung verhindert werden, ohne die Schutzfunktion der Regelaltersgrenze aufzuheben. Die Regelaltersgrenze soll deshalb nicht generell aufgehoben werden, sondern die mit der Regelaltersgrenze verbundenen Versorgungsansprüche sollten erhalten werden, ohne dass die Regelaltersgrenze jedoch mit einem diskriminierenden kategorischen Ausschluss von der Teilnahme am Erwerbsleben verbunden wird, wie er in vielen Tarifverträgen festgeschrieben ist. So können schutzbedürftige Personen ab einem bestimmten Alter von ihrem Anspruch auf Versorgung Gebrauch machen und sich aus dem Erwerbsleben zurückziehen, während gleichzeitig die Möglichkeit bestehen sollte, auch nach Erreichen dieses Alters selbstbestimmt über eine weitere Teilnahme am Berufsleben mitzuentscheiden oder auch andere gesellschaftliche und politische Rollen und Funktionen übernehmen zu können.

Es ist nicht eindeutig abzusehen, welche sozialen Implikationen es hätte, wenn die mittels Altersgrenzen von vornherein festgelegte Beendigung von Tätigkeiten nicht mehr zulässig wäre. Wenn etwa das Ende einer Beschäftigung nicht durch eine arbeitsvertraglich oder tarifvertraglich festgelegte Altersgrenze bestimmt wäre, müsste für jeden individuellen Fall eine Regelung für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und den Übergang in den Ruhestand gefunden werden. Bei einer Erwerbstätigkeit im Angestelltenverhältnis müssen sich der/die Arbeitnehmer*in mit der Frage „Wie lange will oder muss ich weiterarbeiten?“ und der Arbeitgeber mit der Frage „Wie lange will ich diese Person weiter beschäftigen?“ befassen – in gewisser Weise müssen beide Seiten jeweils die Vor- und Nachteile der verschiedenen Optionen überprüfen und jeweils den Arbeitsvertrag entweder einseitig kündigen oder eben verhandeln und sich einigen. Für viele Arbeitnehmer*innen wäre dabei sicherlich ein entscheidendes Kriterium, ab wann sie ein Renteneinkommen beziehen können, das sie für ausreichend halten. Die derzeit bestehenden Möglichkeiten des vorgezogenen Ruhestandes und des Hinzuverdienstes neben einem Rentenbezug machen es ja auch heute schon möglich, das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in einem gewissen Rahmen individuell zu gestalten – bei einem Wegfall arbeits- oder tarifvertraglicher Altersgrenzen müssten

[70] Siehe hierzu etwa die Ausarbeitung WD 3 - 3000 - 357/18 der wissenschaftlichen Dienste des Bundestages vom 25.10.2018.

allerdings sehr viel mehr Menschen in sehr viel größerem Maße als bislang die hierbei nötigen Überlegungen anstellen und Entscheidungen treffen. Auf der anderen Seite würde es bei einem Wegfall der arbeits- oder tarifvertraglichen Altersgrenzen für viele Arbeitgeber möglicherweise wichtiger als bislang, die individuelle Leistungsfähigkeit der weiterhin arbeitswilligen Arbeitnehmer*innen nach Erreichen der Regelaltersgrenze regelmäßig zu überprüfen und eine Entscheidung über eine Weiterbeschäftigung an das Ergebnis einer solchen Überprüfung zu knüpfen: „Der allgemeine Genuss der schönen Früchte der Individualisierung der Leistungsfähigkeit könnte dann im konkret veranlassten Fall für den einzelnen älteren Menschen durch den Biss in den sauren Apfel einer individuellen Überprüfung der Leistungsfähigkeit getrübt werden“ (Igl 2013: 190). Angesichts des Fachkräftemangels und der derzeit ohnehin nicht allzu weit verbreiteten Bereitschaft, über das gesetzliche Rentenalter hinaus weiter zu arbeiten, ist jedoch nicht damit zu rechnen, dass ein solches Szenario arbeitgeberseitig verordneter Leistungsprüfungen Realität wird. Eher ist zu erwarten und auch zu wünschen, dass Arbeitnehmer*innen wenigstens die Möglichkeit erhalten, ihre Weiterbeschäftigung nach Erreichen der Rentenaltersgrenze – falls gewünscht – einzufordern, bestenfalls ohne, nötigenfalls aber eben auch mithilfe eines Nachweises ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Aus individueller Perspektive würde die Planung der eigenen Altersphase in Zukunft wahrscheinlich aufwändiger werden als dies gegenwärtig der Fall ist. Ob durch den Wegfall der arbeits- und tarifvertraglich festgelegten Bindung der Beendigung von Beschäftigung an das Erreichen der Rentenaltersgrenze neue soziale Verwerfungen entstehen würden und wie groß diese wären, ist eine empirische Frage, die nur auf der Grundlage von sozialwissenschaftlicher Forschung beantwortet werden könnte. Sicherlich wäre die strenge Überprüfung und die Abschaffung von möglicherweise vielen Altersgrenzen sinnvoll und wichtig, um selbstbestimmte Teilhabe im Alter aussowie negative Alterssstereotype abzubauen. Allerdings hätte der Wegfall entsprechender Regelungen eben möglicherweise nicht nur befreiende Folgen für die Organisation der Gesellschaft (Stracke 2023).

c) Benachteiligung älterer Menschen aufgrund altersneutraler Regelungen

Benachteiligungen älterer Menschen sind nicht allein dort möglich, wo explizite Altersgrenzen (oder kategoriale Nennungen des „hohen Alters“) zu finden sind. Auch altersneutral formulierte gesetzliche Regelungen können diskriminierende Wirkungen haben. Im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz wird dies als mittelbare Benachteiligung gefasst: „Eine mittelbare Benachteiligung liegt vor, wenn dem Anschein nach neutrale Vorschriften, Kriterien oder Verfahren Personen wegen eines in § 1 genannten Grundes gegenüber anderen Personen in besonderer Weise benachteiligen können“ (§ 3 AGG). Ältere Menschen können Nachteile haben, wenn in formalen Regelungen oder ihrer Umsetzung die besonderen Bedarfe älterer Menschen nicht berücksichtigt werden. Zwei Beispiele für formale Regelungen mögen dies verdeutlichen:

- Digitalisierung: Werden im kommunalen Bereich Zugänge zu Behörden zunehmend digital organisiert, so könnten sich diese altersneutralen Regelungen zum Nachteil älterer Menschen auswirken, da diese häufiger als jüngere Menschen keinen Zugang zum Internet haben (siehe Abschnitt 6.5.5).
- Medizinische Versorgung: Wenn der Zugang zu medizinischer Versorgung mit dem Hinweis auf die Erfolgsaussicht der Behandlung oder auf die prognostizierte Lebensdauer begründet (oder verwehrt) wird, so kann sich diese auf den ersten Blick altersneutrale Regelung für Ältere negativ auswirken, da das Lebensalter mit diesen Größen korreliert ist (vgl. die Triage-Diskussion während der Covid-19-Pandemie; Deutscher Ethikrat 2020).

Für die Identifikation von mittelbarer Diskriminierung ist sozialwissenschaftliche Forschung notwendig, mit der die Auswirkungen formaler Regelungen nachgewiesen werden können. Zudem sollten bei Behebung solcher Regelungslücken die oben diskutierten Probleme von Altersgrenzen beachtet werden. Die Altersneutralität gesetzlicher Regelungen müsste behoben werden, ohne in die Falle der Altersdiskriminierung zu tappen.

d) Stärkung der Antidiskriminierungsregelungen durch Änderung des Grundgesetzes

Das Grundgesetz ist altersblind. In Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes werden Benachteiligungen aufgrund von Geschlecht, Abstammung, Rasse, Sprache, Heimat und Herkunft, Glauben, religiöser oder politischer Anschauungen oder aufgrund von Behinderung verboten – nicht aber aufgrund von Alter. Um Altersdiskriminierung zu bekämpfen, könnte es sinnvoll sein, das Merkmal „Alter“ in Artikel 3 GG aufzunehmen. Wie eine aktuelle Studie der Antidiskriminierungsstelle des Bundes belegt, entspricht eine Aufnahme des Lebensalters in Artikel 3 des Grundgesetzes auch den Wünschen der Bevölkerungsmehrheit (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2019).

Von Gegnern einer Aufnahme des Alters in den Katalog der in Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes genannten Merkmale wird häufig darauf hingewiesen, dass eine Ungleichbehandlung aufgrund des Alters nicht ungerecht

sein kann, da sie jeden mit annähernd gleicher Wahrscheinlichkeit treffen wird (Huster 2010). Dieser Einwand übersieht jedoch, dass Benachteiligungen, die berechtigte Ansprüche auf Teilhabe untergraben, selbst dann ungerecht sind, wenn sie gleichverteilt auftreten und alle betreffen können. Deutlich ernster zu nehmen ist der Verweis auf mögliche legitime Gründe für Ungleichbehandlungen aufgrund des Alters, die in alterskorrelierten Defiziten ihre Wurzel haben (Payandeh 2023). Dieses Argument weist darauf hin, dass – anders als bei den anderen in Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes genannten Merkmalen – nicht jede Ungleichbehandlung aufgrund des Alters als ungerechtfertigte Diskriminierung anzusehen ist. Es wäre allerdings sehr zu begrüßen, wenn es über diese Frage eine stärkere gesellschaftliche Debatte gäbe und die Normalisierung von historisch überlieferten Alterszuschreibungen stärker in Frage gestellt würde. Ähnlich wie bei dem Merkmal der Behinderung, für das im Grundgesetz lediglich ein Benachteiligungs- und kein Bevorzugungsverbot festgeschrieben ist, wäre es zumindest wünschenswert, ein explizites Verbot der Benachteiligung aufgrund des Alters explizit in das Grundgesetz aufzunehmen, um individuelle Benachteiligungen aufgrund des Alters zu verbieten, ohne dabei Ungleichbehandlungen aufgrund alterskorrelierter Merkmale (Einschränkungen, Bedürftigkeit) – aber eben nicht aufgrund des Alters selbst – auszuschließen.

Das (hohe) Lebensalter ist ein Merkmal, an dem sich oftmals ungerechtfertigte Ungleichbehandlung und Benachteiligung fest macht, nicht nur in Vorstellungen, Normen und Erwartungen, sondern auch in diskriminierenden Verhaltensweisen. Eine explizite Nennung des Alters im Artikel 3 des Grundgesetzes könnte dabei helfen, allen Formen der Altersdiskriminierung in unserer Gesellschaft entgegenzutreten. Aufgrund seiner Bedeutung sollte das Thema „Ageismus im Bereich Recht“ in Zukunft weiter behandelt werden, etwa in künftigen Altersberichten.

e) Forderungen nach gesetzlichen Maßnahmen zur Bekämpfung von Ageismus

Ageismus beeinträchtigt für ältere Menschen die Verwirklichung der im Grundgesetz und in der allgemeinen Menschenrechtscharta verbrieften Rechte, es besteht deshalb akuter Handlungsbedarf auch im Bereich des Rechts und der Gesetzgebung. Dieser Handlungsbedarf ist umso dringender, als ältere Menschen mit ihren Anliegen, Wünschen, Zielen und Bedürfnissen in öffentlichen und politischen Diskussionen wenig Gehör finden und weitgehend unsichtbar bleiben. Rechtliche Regelungen können zum Abbau von der Diskriminierung aufgrund von Alter wesentlich beitragen. Es gibt – wenn auch mangels ausreichender Forschung nur wenige – Evidenz dafür, dass nationale und internationale Gesetze und politische Maßnahmen zum Schutz vor Altersdiskriminierung in der Vergangenheit dazu beitragen konnten, Ageismus abzubauen (WHO 2021a). Als Beispiel kann hier der „Age Discrimination in Employment Act“ dienen, ein Gesetz, das im Jahr 1967 in den Vereinigten Staaten verabschiedet wurde. Dieses Gesetz verbietet obligatorische Ruhestandsregelungen auf Grundlage des chronologischen Alters (mit einigen Ausnahmeregelungen für Berufsgruppen wie Feuerwehrpersonal oder Fluglotsen). Die Einführung des Age Discrimination in Employment Act hatte einen statistisch signifikanten, wenn auch eher kleinen bis moderaten Effekt auf die Beschäftigungsrate älterer Arbeitnehmer*innen (Adams 2004).

Einige der in diesem Abschnitt 6.5.6 empfohlenen gesetzlichen Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung aufgrund des Lebensalters und damit zur Bekämpfung von Ageismus wurden im Jahr 2023 auch von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes gefordert:

„Dazu zählen:

- die Aufnahme des Merkmals ‚Lebensalter‘ in Artikel 3 Abschnitt 3 Satz 1 Grundgesetz, um das Diskriminierungsverbot auch verfassungsrechtlich zu verankern,
- Änderungen im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) wie zum Beispiel:
  - ein Anspruch von Bewerber*innen gegenüber Arbeitgeber*innen auf Auskunft über die Gründe ihrer Ablehnung,
  - die Einschränkung der Rechtfertigungsmöglichkeiten für privatrechtliche Versicherungen für unterschiedliche Behandlung insbesondere wegen des Lebensalters sowie einfachere Möglichkeiten für Betroffene zu prüfen, ob und wie ihr Alter bei der Berechnung von Versicherungstarifen berücksichtigt wurde, und
  - die Verbesserung des Schutzes vor Altersdiskriminierung im Zivilrecht,
- Überwindung von Höchstaltersgrenzen beim Zugang zu ehrenamtlichen Tätigkeiten“.

(Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2023: 14).

Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Neunten Altersberichts der Bundesregierung unterstützt diese Forderungen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Zusätzlich zu diesen Maßnahmen sollte eine Flexibilisierung von Altersgrenzen beim Ausscheiden aus dem Berufsleben gestärkt und eine Bindung der Beendigung von Arbeitsverträgen an die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung geprüft werden. Die Wirksamkeit aller Gesetzesänderungen und Regelungen zum Schutz vor Altersdiskriminierung sollte in wissenschaftlichen Studien untersucht werden.

Über die genannten Maßnahmen hinaus empfiehlt die Antidiskriminierungsstelle des Bundes in ihrem Forderungskatalog auch die „Verabschiedung einer Konvention der Vereinten Nationen für die Rechte Älterer, um weltweit einen besseren Schutz der Menschenrechte älterer Menschen zu erreichen“ (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2023: 14). Die Sachverständigenkommission hält diese Forderung für so bedeutsam, dass sie der Konvention der Vereinten Nationen für die Rechte älterer Menschen (UN-Altenrechtskonvention) einen eigenen Abschnitt widmet (siehe unten, Abschnitt 6.7).

6.6 Evidenzbasierte Strategien gegen individuellen Ageismus

In diesem Abschnitt werden Strategien gegen Ageismus beschrieben, die auf bereits positiv evaluierten Maßnahmen und Programmen gegen *individuellen Ageismus* basieren. Die Darstellung der spezifischen Maßnahmen bezieht sich auf den Global Report on Ageism der WHO (2021a), der einen guten Überblick über weltweite Initiativen gegen Ageismus bietet.[71] Die im Folgenden dargestellten Maßnahmen und Programme zum Abbau von individuellem Ageismus müssen auf politischer Ebene stets gemeinsam mit Strategien gegen strukturell-institutionellen Ageismus in Form eines Maßnahmenbündels konzipiert und realisiert werden.[72]

6.6.1 Bildungsformate zum Thema Alter

Einem systematischen Review zufolge, in dem die Autor*innen die Wirkungen von 63 Interventionen zur Reduktion negativer Altersfremdbilder bei insgesamt 6.124 Teilnehmenden zusammenfassten (von einmaligen Sitzungen bis zu einem Hochschulsemester), sind pädagogische Bildungsformate eine wirksame Strategie zum Abbau von Ageismus bei jüngeren Menschen (Burnes et al. 2019). Dazu gehören Programme, in denen Informationen hinsichtlich der Lebensphase Alter und älterer Menschen vermittelt werden, am besten in Kombination mit tatsächlichen Kontakten mit älteren Menschen. Zentrales Ziel dieser Programme ist es, durch die Vermittlung von Faktenwissen und die Korrektur typischer Fehleinschätzungen Ageismus abzubauen. Dazu ist es hilfreich, primär positive, kontra-stereotype Informationen zu vermitteln, auch unter Heranziehung prominenter Gegenbeispiele (Rothermund et al. 2021). Neben Quizzen, Gruppendiskussionen und Virtual Reality haben sich Rollenspiele bewährt, in denen Teilnehmende neben der professionellen Rolle auch die Rolle älterer Menschen einnehmen können. Damit wird die Fähigkeit zur Perspektivübernahme und Empathie gegenüber älteren Menschen gefördert. Eine besonders gut evaluierte, effiziente Intervention ist das für Studierende der Medizin konzipierte „Aging Game“ (Varkey et al. 2006). Es dauert nur einen halben Tag, ist kostengünstig und liegt mittlerweile auch in einer digitalen Version vor (Geier et al. 2022). Ein systematisches Review von Eost-Telling et al. (2021) zu sogenannten Alterssimulatoren, die (jüngeren) Teilnehmer*innen die Möglichkeit bieten sollen, in die physische Erfahrungswelt älterer Menschen einzutauchen (etwa durch Einsatz einer Brille, die Sehbeeinträchtigungen simuliert), fand überwiegend positive Effekte auf altersbezogene Einstellungen von Studierenden im Gesundheits- und Sozialwesen. Allerdings zeigt das Review auch, dass Alterssimulatoren nicht vorbehaltlos zum Einsatz kommen sollten, um nicht ungewollt Altersängste zu verstärken.

---

[71] Gleichwohl ist zu konstatieren, dass es bislang an theoriebasiert entwickelten, wirksamen und ökonomisch effizienten Programmen zur Prävention von und Intervention gegen Ageismus mangelt.

[72] Um Ageismus in Unternehmen und anderen Organisationen abzubauen, ist es wichtig, für mögliche Altersdiskriminierung zu sensibilisieren und explizite Regeln und Maßnahmen zu entwickeln, um Ageismus zu verhindern und zu überwinden. Eine experimentelle Studie zu Einstellungsentscheidungen zeigte, dass bereits die bloße Erwähnung, dass eine Firma mehr Diversität in der Belegschaft anstrebt und den Anteil von Frauen, älteren und nicht-weißen Arbeitnehmern*innen erhöhen möchte, die Auswahlchancen für ältere Bewerber*innen mehr als verdoppelte und zu einer gleichberechtigten Auswahl älterer und jüngerer Bewerber*innen führte (Jolles, et al. 2023). Untersuchungen zur Effektivität solcher Maßnahmen in angewandten realen Arbeitskontexten sind jedoch bislang noch kaum vorhanden. Eine Maßnahme gegen Ageismus im Bereich der digitalen Medien ist es, im Bereich von Bürger*innenberatung, Verwaltung und anderer Monopolanbieter im Finanz- und Verkehrswesen (Sparkasse, Deutsche Bahn) weiterhin analoge Zugangsmöglichkeiten anzubieten sowie die telefonische und persönliche Beratung zu erhalten und auszubauen. Außerdem bedarf es eines größeren Angebots an niedrigschwelligen, von älteren Menschen selbst mitgestalteten Unterstützungsangebote bei der Benutzung digitaler Technologien (etwa Internetkurse von älteren Menschen für ältere Menschen) (Deutscher Bundestag 2020a, Kortmann, et al. 2023, Mannheim, et al. 2019).

6.6.2 Intergenerationale Programme

Programme, die den Kontakt zwischen älteren und jüngeren Menschen fördern, stellen grundsätzlich wirksame Maßnahmen gegen Ageismus dar. In einem Review von 21 Studien zu solchen Programmen zeigte sich ein kleiner, aber substanzieller positiver Effekt auf Einstellungen gegenüber älteren Menschen sowie ein moderater Effekt auf das Wissen über die Lebensphase Alter und den Prozess des Älterwerdens (Burnes et al. 2019). Dass intergenerationale Programme Ageismus reduzieren können, zeigt sich auch in einem neuen Review zur Förderung des Kontakts zwischen älteren Menschen und Jugendlichen auf der Grundlage einer Analyse von 13 Studien (Webster et al. 2023). Solche Programme fördern bei Jugendlichen die Wahrnehmung, Perspektiven mit älteren Menschen zu teilen und von älteren Menschen nicht als junger Mensch selbst negativ bewertet zu werden. Diese positive Wirkung von intergenerationalen Programmen ist allerdings an Voraussetzungen geknüpft, die in der Praxis häufig nicht hinreichend berücksichtigt werden. Dazu gehört, dass ältere und jüngere Menschen gleichberechtigt partizipieren, gemeinsame Ziele verfolgt werden und Kooperation gefördert wird, optimalerweise entlang einer vorgegebenen Programmstruktur und durch Moderator*innen geleitet (WHO 2021a). In Deutschland reduzierte das Programm „Lebensgeschichten“, bei dem in 10 Sitzungen zu je 90 Minuten ältere und jüngere Menschen gemeinsam über existenzielle Fragen nachdachten, Altersstereotype bei Jugendlichen (Kranz et al. 2021).

Die Ageismus-reduzierende Wirkung intergenerationaler Programme kann erhöht werden, wenn sie mit Bildungsprogrammen zum Thema Alter kombiniert werden. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Ausbildungen in Gesundheits- und Medizinberufen mit umfasst, dass sich Auszubildende in konkreten Begegnungen mit älteren Menschen über Gesundheit und Krankheit im Alter austauschen und ältere Menschen von ihren persönlichen Erfahrungen berichten.[73]

6.6.3 Aufklärungs- und Anti-Ageismus Kampagnen

Unter Berufung auf Belege für ihre Wirksamkeit im Bereich von schädlichem Gesundheitsverhalten im Zusammenhang mit anderen Diskriminierungsformen könnten nach Auffassung der WHO (2021a) Kampagnen, wie sie von politischen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen durchgeführt werden, zumindest potenziell eine vielversprechende Strategie zum Abbau von Ageismus sein. Bisher liegt allerdings noch keine substanzielle Forschung zur Wirkung von Anti-Ageismus Kampagnen vor. Daher empfiehlt die WHO groß angelegte Kampagnen unter dem Vorbehalt gleichzeitiger Evaluierung. Aus gerontopsychologischer und kommunikationswissenschaftlicher Sicht sollten nicht primär „Altershelden“ (etwa der 85-jährige Marathonläufer) im Mittelpunkt solcher Kampagnen stehen. Vielmehr sollte dazu angeregt werden, ageistisches Denken und Handeln infrage zu stellen und zu problematisieren (Hestres et al. 2022a). Beispiele für fortlaufende Anti-Ageismus Kampagnen sind das digitale europäische Erasmus+ Bildungsprojekt „Smart Against Ageism“ (SAA) und die „Age without limits“-Kampagne des Center for Ageing Better in Großbritannien.

Zu den Aktivitäten im Rahmen solcher Kampagnen können Veranstaltungen gehören, um Parlamentarier*innen dazu zu verpflichten, sich gegen Ageismus und für eine altersinklusive Gesellschaft einzusetzen. Neben Social-Media-Aktivitäten finden Begleitveranstaltungen vor Ort statt. Um die Kampagne interaktiv zu gestalten, werden Materialien wie ein Quiz („Bin ich altersfeindlich?“) und eine Zeitschrift („The real old“) in Umlauf gebracht, die Menschen dazu ermutigen sollen, über Ageismus nachzudenken und sich dagegen auszusprechen. „Take a Stand Against Ageism“ ist eine internationale Kampagne von HelpAge International, einem globalen Netzwerk von Senior*innen-Organisationen. Es werden dabei unter anderem Materialien zur Verfügung gestellt, wozu auch Leitfäden für die Durchführung von Workshops zur Sensibilisierung und für Rollenspiele zum Thema Ageismus gehören. Das im Zuge des Sechsten Altenberichts der Bundesregierung ins Leben gerufene „Programm Altersbilder“ des BMFSFJ regt unter dem Motto „Alter neu denken“ mit vielfältigen Aktionen und Initiativen dazu an, über die eigene Sicht auf das Alter und auf ältere Menschen nachzudenken. Um gesellschaftlichen Ageismus abzubauen, haben Medienschaffende die Möglichkeit im Sinne eines „reframing aging“ (GSA 2023), neue, interessante und positive Altersbilder zu vermitteln und dadurch überholte Stereotype und traditionelle Altersnormen zu hinterfragen.

[73] Die im Jahr 2023 erschiene Publikation „Connecting generations: planning and implementing interventions for intergenerational contact“ liefert fundierte Praxisanleitungen für Akteur*innen, die intergenerationelle Programme umsetzen (WHO 2023a).

6.7 Eine Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer

Die Ausführungen im Abschnitt 6.5 belegen die weite Verbreitung altersbedingter Benachteiligungen in verschiedenen Lebensbereichen. Dabei lassen sich in grober Zusammenfassung zwei Formen von Ageismus unterscheiden: Zum einen werden mit dem hohen Alter einhergehende Verletzlichkeiten und Vulnerabilitäten, die ein selbstbestimmtes Leben bedrohen, nur unzureichend wahrgenommen, berücksichtigt und aufgefangen. Zum anderen werden ältere Menschen vielfach von gesellschaftlicher Teilhabe und Aktivitäten ausgeschlossen, sodass Potenziale des Alters aufgrund von Negativstereotypen, Altersgrenzen und Altersnormen des Rückzugs nicht genutzt werden. Beide Formen von Ageismus sollten vor dem Hintergrund des im Grundgesetz für alle Menschen verankerten Rechts auf ein menschenwürdiges und selbstbestimmtes Leben kritisch betrachtet werden. Vor diesem Hintergrund gibt es eine Reihe von Diskussionen und Initiativen, die darauf hinweisen, dass Ansprüche auf ein diskriminierungsfreies Leben insbesondere älterer Menschen rechtlich nur unzureichend geschützt sind, da entweder bestehendes Recht nicht konsequent angewandt wird, um Altersdiskriminierung zu unterbinden, oder weil eine explizite Erwähnung des Alters als besonders schützenswerte Kategorie in aktuellen Gesetzen fehlt (Deutsches Institut für Menschenrechte 2023).

Im Mittelpunkt der Debatte zur Verbesserung des menschenrechtlichen Schutzes älterer Menschen steht die Erarbeitung einer Konvention zum Schutz der Menschenrechte älterer Menschen. Im Jahr 2010 war von der Generalversammlung der Vereinten Nationen eine offene Arbeitsgruppe zum Thema „Altern“ eingesetzt worden (die sogenannte Open-Ended Working Group on Aging, OEWG-A).[74] Diese Arbeitsgruppe hat sich seitdem mit dem bestehenden internationalen Rahmen für die Menschenrechte älterer Menschen befasst, mögliche Lücken im Menschenrechtsschutz älterer Menschen zusammengetragen sowie Möglichkeiten zur Beseitigung dieser Lücken erörtert. In bislang 14 Sitzungen hat die Arbeitsgruppe ein weites Themenspektrum bearbeitet, etwa die Themen Schutz vor Altersdiskriminierung, das Recht älterer Menschen auf eine angemessene Gesundheitsversorgung, das Recht älterer Menschen auf soziale Sicherheit, der Schutz älterer Menschen vor Gewalt und Missbrauch sowie das Recht älterer Menschen auf soziale und gesellschaftliche Teilhabe.

Analog zu der bereits vor einiger Zeit verabschiedeten UN-Behindertenrechtskonvention soll mit einer UN-Altenrechtskonvention die Grundlage für entsprechende Gesetzesänderungen zur Sicherung der Menschenrechte älterer Menschen auf regionaler und staatlicher Ebene geschaffen werden (als Folge der Behindertenrechtskonvention wurde etwa „Behinderung“ als explizite Kategorie zum Benachteiligungsverbot in Artikel 3 Absatz 3 des Grundgesetzes aufgenommen). Auf europäischer Ebene existiert bereits eine Direktive (European Council 2010) und eine explizite Empfehlung des Europarates (European Council 2014), dass „ältere Personen ihre Rechte und Freiheiten ohne einschränkende Diskriminierung durch irgendwelche Gründe, einschließlich des Alters, genießen sollen“. Allerdings sind diese Empfehlungen für die Mitgliedstaaten nicht bindend und haben in Deutschland noch nicht zu entsprechenden Gesetzesänderungen oder zur verbindlichen Etablierung von stützenden und sichernden Maßnahmen geführt, die die Gewährleistung der in der Empfehlung genannten Rechte älterer Menschen garantieren sollen.

Seit die Open Ended Working Group on Ageing der Vereinten Nationen (OEWG-A) im Jahr 2010 eingesetzt wurde, hatten die jeweiligen Bundesregierungen zum Thema UN-Altenrechtskonvention eine abwartende Haltung eingenommen. Dies hat sich Ende 2023 geändert: Nach der dreizehnten Tagung der OEWG-A wurden die an der Arbeitsgruppe beteiligten Staaten gebeten, mithilfe eines Fragebogens den bestehenden internationalen Rahmen für die Menschenrechte älterer Menschen systematisch zu prüfen und mögliche Lücken beim Schutz der Menschenrechte älterer Menschen zu identifizieren. Im Rahmen der Beantwortung dieses Fragebogens kam die Bundesregierung zu dem Schluss, dass ein neues Übereinkommen über die Rechte älterer Menschen keinen normativen Mehrwert gegenüber den bereits bestehenden Menschenrechtsabkommen bieten würde. In ihrer Begründung verwies die Bundesregierung darauf, dass die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR), die Internationale Konvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICSECR), der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR), die Frauenrechtskonvention (CEDAW) sowie auf regionaler Ebene die Europäische Menschenrechtskonvention uneingeschränkt für ältere Menschen gelten.

Allerdings enthält keines dieser Dokumente ausdrückliche Verbote der Diskriminierung aus Altersgründen. Zudem finden sich in anderen internationalen Menschenrechtssystemen nur partielle Schutzmechanismen. Im Behindertenrechtssystem findet sich zwar ein ausdrückliches Verbot der Altersdiskriminierung, dies bezieht sich aber nicht auf alle älteren Menschen, sondern nur auf ältere Menschen mit Behinderungen. In der UN-Wanderarbeiterkonvention wird Alter als nicht zulässiges Diskriminierungsmerkmal erwähnt. Auch diese Konvention

[74] https://social.un.org/ageing-working-group/index.shtml [Zugriff am 20.06.2024].

bezieht sich aber eben nur auf Wanderarbeiter*innen (migrant workers) und ist zudem von Deutschland nicht ratifiziert worden.

Insgesamt gibt es vier zentrale Argumente für die Etablierung einer Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer:

a) Altersdiskriminierung bekämpfen: Das zentrale Argument für eine Altenrechtskonvention ist der Schutz vor Altersdiskriminierung. Das Problem der Altersdiskriminierung durchzieht alle Lebensbereiche älterer Menschen und wird in keinem der bestehenden menschenrechtlichen Konventionen und Verträge ausdrücklich thematisiert. Eine Altenrechtskonvention würde präventiv auch jüngere Altersgruppen schützen.

b) Konzeptuelle Lücken schließen: Auch wenn aus den bestehenden menschenrechtlichen Dokumenten die Rechte älterer Menschen abgeleitet werden können, wird in nur wenigen dieser Dokumente das Thema „Ältere Menschen“ explizit aufgegriffen. Daher erscheint es nicht nur sinnvoll, sondern auch notwendig, eine gesonderte Konvention zu erstellen, in denen Menschenrechte mit Blick auf die Lebenssituationen älterer Menschen explizit behandelt werden.

c) Alle Rechte in einem Vertrag vereinen: Das System der internationalen menschenrechtlichen Dokumente ist komplex. Es wird nur wenigen älteren Personen möglich sein, die eigenen Rechte aus diesem Geflecht von Dokumenten zu erschließen. Daher sollten – ähnlich wie bei der UN-Behindertenrechtskonvention – die Rechte älterer Menschen mit Blick auf deren spezifische Situation kohärent in einem Dokument dargestellt werden.

d) Ältere Menschen als Träger*innen von Rechten stärken: In vielerlei Hinsicht werden ältere Menschen in der Interpretation der bestehenden Dokumente als hilfebedürftig dargestellt. Eine UN-Altenrechtskonvention würde hingegen ältere Menschen als Rechteträger definieren.

Aus diesen Gründen spricht sich die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Neunten Altersberichts der Bundesregierung mit Nachdruck für die Erarbeitung einer UN-Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer aus. Eine solche Konvention hat nicht das Ziel, spezifische Rechte für ältere Menschen zu definieren. Vielmehr geht es dabei ausschließlich darum, die bestehenden allgemeinen Menschenrechte für die besonders schützenswerte und bislang häufig übersehene Gruppe älterer Menschen durch entsprechende Maßnahmen zu sichern. Das Vorhaben kann als überfälliger Schritt angesichts der vielfältigen Evidenz für ageistische Praktiken und Benachteiligungen älterer Menschen gesehen werden. Unterstützt wird die Erarbeitung einer solchen Konvention für die Rechte ältere Menschen etwa durch das Deutsche Institut für Menschenrechte, durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) sowie die Allgemeine Diskriminierungsstelle (ADS).

6.8 Gesamtbetrachtung: Maßnahmen gegen Ageismus

Die aktuelle gesellschaftliche Krisensituation (Klimawandel, Pandemie, Inflation, Kriege) im Sommer 2024 birgt die Gefahr, dass Ausgrenzung, Benachteiligung und Stigmatisierung sozialer Gruppen – so auch älterer Menschen – zunehmen wird. Betrachtet man Prävention von Ageismus aus einer universellen und gesamtpolitischen Perspektive, dann ist entsprechend der in Abschnitt 6.3 dargestellten Befunde volkswirtschaftliche Stabilität und eine positive wirtschaftliche Entwicklung auch hinsichtlich der Prävention von Ageismus von Bedeutung. Längst überholt geglaubte Altersstereotype – sei es das Stereotyp des gebrechlichen und hilfebedürftigen älteren Menschen (Covid-19-Pandemie) oder die des „Boomers“ (Klimakrise) – werden in einer durch Populismus und „Fake News“ geprägten Atmosphäre schnell wieder aktiviert und richten sich gegen die ganze Gesellschaft (Meisner 2020). Hinsichtlich der Prävention von Ageismus, der sich gegen ältere Menschen richtet, wäre eine pädagogische Orientierung in Kindertagesstätten, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen wichtig, die soziale Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit und eine kollektivistische Wertorientierung fördert. Die dazu komplementäre Form der Prävention von auf-sich-selbst-bezogenem Ageismus umfasst das gesamte Bündel an Präventionsmaßnahmen, die es Individuen erlauben, länger psychisch und körperlich gesund zu bleiben (Marques et al. 2020).

Die Tatsache, dass altersbezogene Einstellungen und Praktiken in den letzten Jahrzehnten insgesamt betrachtet nicht positiver, sondern eher negativer geworden sind – und das, obwohl die Menschen in Deutschland im Durchschnitt nicht nur länger, sondern auch länger gesund und zufrieden leben – bedeutet, dass diese universellen Maßnahmen nicht ausreichend sind, um Ageismus zu bekämpfen. Die Bekämpfung von Ageismus ist eine komplexe und langfristige gesellschaftliche Aufgabe. Es ist deshalb dafür ein gezieltes Maßnahmenbündel erforderlich, das die vielschichtigen Ausdrucksformen, Bedingungen und Konsequenzen von Ageismus berücksichtigt.

Eine direkt an Altersbildern und -normen ansetzende übergeordnete Strategie gegen alle Formen von Ageismus ist dabei sicherlich die Umsetzung aller politischer und zivilgesellschaftlicher Maßnahmen, die ein gesellschaftliches Altersklima befördern, das ältere Menschen nicht primär als defizitäre Fürsorgeobjekte adressiert, sondern als Individuen mit Recht auf und Streben nach Selbstbestimmung und Entwicklung, und dies auch unter Inanspruchnahme von Unterstützung (Kessler & Warner 2023). Kollektiv geteilte Altersbilder, die Altern nicht als Stillstand oder Rückschritt, sondern als Entwicklungsphase mit Potenzialen trotz Herausforderungen begreifen, sind eine hoch bedeutsame Ressource, die es ermöglicht, dass Menschen aller Generationen die Individualität älterer Menschen erkennen und auch in Bezug auf ihr eigenes Altern Entwicklungspotenziale verwirklichen können (Kessler & Warner 2023). Dabei darf die über das Altersbild der „körperlich und geistig fitten Alten" vermittelte Norm der körperlichen und geistigen Eigenverantwortung im Alter trotz aller Bedeutsamkeit im öffentlichen Diskurs nicht überstrapaziert werden. Ansonsten besteht das Risiko, dass sich gerade sozioökonomisch und damit gleichzeitig gesundheitlich benachteiligte Personen Ansprüchen und Anforderungen ausgesetzt sehen, die zu befriedigen sie nicht in der Lage sind und die sie deshalb als Überforderung und Bedrohung erleben werden (Pavlova & Silbereisen 2012). Auch besteht die Gefahr, dass es im Fall unzureichender Befolgung durch alte Menschen – sei es wegen Unvermögen oder Unwilligkeit – zu Kritik oder gar zu Sanktionen und Exklusion kommt. Vor diesem Hintergrund werden einseitig auf Aktivierung und „Produktivität" bezogene Konzeptionen erfolgreichen Alters zunehmend als einseitig und unangemessen kritisiert (Rothermund et al. 2021), insbesondere insofern sie die Unterschiedlichkeit älterer Menschen und ihrer Lebensbedingungen nicht hinreichend in den Blick nehmen (Denninger et al. 2014; Tesch-Römer et al. 2022). Umgekehrt muss in Anbetracht immer noch diffuser Erwartungen an ältere Menschen hinsichtlich ihrer sozialen Rollen die Förderung von Möglichkeiten der Beteiligung und Mitverantwortung älterer Menschen eine wichtige politische Stoßrichtung in der Ausgestaltung der Gesellschaft des längeren Lebens sein (Kessler & Warner 2023).

Die in diesem Kapitel referierte Evidenz für Ageismus, die mangelnde Wahrnehmung der prekären Situation älterer Menschen und die weit verbreitete Altersnorm des Rückzugs und des Nicht-zur-Last-Fallens, die einer gleichberechtigten Teilhabe älterer Menschen entgegenstehen, bilden zudem die empirische Grundlage für die Forderung der Sachverständigenkommission an die Bundesregierung, auch weiterhin konstruktiv an der Erarbeitung einer UN-Konvention zum Schutz der Menschenrechte Älterer und konkreten Maßnahmen zum Schutz der Menschenrechte älterer Menschen mitzuwirken.

7 Migration und Rassismus

Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Deutschland wird außer durch verringerte Geburtenraten und einer höheren Lebenserwartung (Aburto et al. 2020; Vaupel et al. 2021) auch durch das Migrationsgeschehen getrieben. Migration hat eine längere Geschichte als das Altern der Bevölkerung und prägte zu unterschiedlichen Zeiten die demographischen Entwicklungen in Nationalstaaten mit. So waren es vor allem jüngere Menschen, die im Rahmen der Anwerbeabkommen in den 1950er bis 1970er Jahren als Arbeitskräfte nach Deutschland kamen. Inzwischen hat der demographische Wandel in verschiedenen Ländern Europas die zugewanderte Bevölkerung erreicht. Dies geht mit der Frage einher, wie Alternsprozesse im Migrationskontext gestaltet sind und inwiefern ein Migrationskontext Teilhabechancen im Alter beeinflusst. Solche Verflechtungen von Migration, Alter und Teilhabe stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels. Mechanismen und Folgen einer strukturellen Benachteiligung werden hierbei ebenso in den Blick genommen wie Potenziale und Ressourcen, die mit einem Migrationskontext einhergehen. Bevor die Lebenssituation älterer (Post-)Migrant*innen anhand aktueller empirischer Befunde aufgefächert wird, werden dem Kapitel zugrunde liegende konzeptuelle und begriffliche Erläuterungen vorausgeschickt.

7.1 Begriffsbestimmung, Begriffsbezeichnung und Messung

Als „Migrationskontext“ definieren wir einen Erfahrungsraum, der sich aus lebensgeschichtlichen Prägungen des Herkunftskontextes, einer grenzüberschreitenden Lebensmittelpunktverlagerung (dem Migrationsereignis), den jeweils spezifischen Erfahrungen im Zuwanderungskontext sowie aus transnationalen Erfahrungen konstituiert (Schenk & Peppler 2020). Letztere Dimension des Migrationskontextes hat Konsequenzen für den Teilhabebegriff, da dieser sich auf mehr als nur einen Kontext beziehen kann – auf Zuwanderungs- und Herkunftskontext (Weiß 2017). Dies trifft insbesondere auf Zugewanderte zu, die sowohl im Herkunfts- als auch Zielland leben, sogenannte Pendelmigrant*innen. Ein „Migrationskontext“ charakterisiert also die zugewanderte Bevölkerung und zu Teilen ihre Nachfahren, wenngleich in verschiedener Art und Weise. Zuwanderungsgruppen unterscheiden sich unter anderem hinsichtlich ihrer Herkunftsländer, ihres Migrationszeitraumes, ihrer sozioökonomischen Platzierung und des ihnen zugewiesenen Aufenthaltsstatus. So erhielten (Spät-)Aussiedler*innen nach ihrer Zuwanderung die deutsche Staatsbürgerschaft und „Integrationsangebote“, während Arbeitsmigrant*innen der Anwerbeländer zunächst ein befristeter Aufenthaltsstatus zugewiesen wurde. „Undokumentierte“ ohne legalisierten Aufenthaltsstatus und Asylbewerber*innen sehen sich wiederum anderen arbeitsmarktrechtlichen Zugangsbarrieren gegenüber als beispielsweise Zugewanderte aus EU-Ländern. Weitere den sozialen Raum eines Migrationskontextes strukturierende Dimensionen sind unter anderem „soziales Geschlecht“[75], „Klasse“, „Alter“ und „(Einwanderer-)Generation“. Schließlich entscheiden Ein- und Ausschlüsse, mit denen soziale Gruppen und Individuen in unterschiedlichem Maße konfrontiert sind, über Anschluss- und Teilhabechancen im Zuwanderungskontext. Diese Kategorien sozialer Markierung und Positionierung sind vielfach miteinander verwoben (siehe Kapitel 9).

Trotz der skizzierten Mehrdimensionalität und Komplexität des „Migrationskontextes“ nutzen wir den klassifikatorischen und analytischen Begriff „Post-/Migrant*in“, eben aufgrund des geteilten und von der nicht-migrierten Bevölkerung unterscheidbaren Erfahrungsraums. Dieser gestaltet sich weder homogen noch statisch, sondern als historisch veränderbar. Von einer solchen Begriffsbestimmung zu unterscheiden ist seine Operationalisierung, das heißt die Frage, anhand welcher Indikatoren das Definierte messbar und empirisch zugänglich gemacht wird. Hierbei lassen sich verschiedene Konzepte finden, die im wissenschaftlichen und politischen Diskurs Aushandlungsprozessen unterliegen. In letzter Zeit unter Druck geraten ist die seit 2005 als „Migrationshintergrund“ bezeichnete Operationalisierung im Mikrozensus, einer bevölkerungsrepräsentativen Haushaltsbefragung des Bundesamts für Statistik. Der „Migrationshintergrund“ wird im Mikrozensus folgendermaßen definiert: „Eine Person hat einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ (Statistisches Bundesamt 2022b: 5). Damit werden unter einem „Migrationshintergrund“ selbst zugewanderte und nicht zugewanderte Menschen mit nichtdeutschem Pass, zugewanderte und nicht zugewanderte Menschen, die eingebürgert wurden, (Spät-) Aussiedler*innen, Nachkommen der benannten

[75] Soziales Geschlecht (auch Gender) steht in Abgrenzung zum biologischen Geschlecht für soziale Eigenschaften und Chancen, die damit im Zusammenhang stehen, ob jemand weiblich oder männlich ist, und die die Beziehungen zwischen Frauen und Männern und Mädchen und Jungen sowie jene zwischen Frauen und zwischen Männern mit formen. „Diese Eigenschaften, Chancen und Beziehungen sind sozial konstruiert und werden durch Sozialisationsprozesse erlernt. Sie sind kontext- und zeitspezifisch und veränderbar. Das soziale Geschlecht bestimmt, was von einer Frau oder einem Mann in einem gegebenen Kontext erwartet wird, was ihr oder ihm erlaubt ist und was an ihr oder ihm wertgeschätzt wird“ (European Institute for Gender Equality 2024, Onlinequelle: https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1046?language_content_entity=de#:~:text=Das%20soziale%20Geschlecht%20bestimmt%2C%20was,ihr%20oder%20ihm%20wertgeschätzt%20wird) [Zugriff am13.03.2024].

Gruppen, die selbst mit der deutschen Staatsbürgerschaft geboren wurden, zusammengefasst. Kritisch diskutiert wird bezüglich dieser Messung einerseits, ob Nachkommen von Eingewanderten, insbesondere, wenn nur ein Elternteil zugewandert ist, überhaupt statistisch zu erfassen seien. Andererseits wird kritisiert, dass Menschen, die aufgrund ihres Aussehens oder ihres Namens Diskriminierung erleben, nicht abgebildet werden, weil sie Menschen der vierten oder fünften Einwanderungsgeneration sind (Ahyoud et al. 2018, zitiert nach Will 2018). Deutsche, die derzeit als „ohne Migrationshintergrund" klassifiziert sind, deren Familien und Vorfahren in ihrer Biografie Migration und Flucht erfahren haben, bleiben unsichtbar. Zudem, so ein weiterer Kritikpunkt, sind keine Aussagen zu Ungleichheiten und kolonialen Zusammenhängen (auch zu früheren Migrationsbewegungen vor 1950) möglich. Schließlich lassen die aktuellen Indikatoren keine subjektiven Zugehörigkeitsbestimmungen zu einer Gruppe zu (Will 2018).

In diesem Kapitel werden empirische Ergebnisse aus verschiedenen Datenbeständen zusammengetragen. Wie das Konstrukt „Migrationskontext" jeweils operationalisiert wurde und welche Limitationen damit einhergehen können, wird dabei transparent gemacht. Von der inhaltlichen Bedeutung eines Begriffs – hier eingangs als spezifischer Erfahrungsraum gefasst – ist schließlich seine Bezeichnung, das Begriffswort, abzugrenzen. In den letzten Jahren wurden aus unterschiedlichen Perspektiven Alternativen zum Begriffswort „Migrationshintergrund" vorgeschlagen, die von „Einwanderer und ihre Nachkommen", „Menschen aus Einwandererfamilien", „Menschen mit internationaler Geschichte" hin zu „türkeistämmig" oder „postmigrantisch"[76] reichen. Es wird bilanziert, dass sich der Begriff „Migrationshintergrund" in seiner Bedeutung von einer statistischen zu einer tendenziell ausgrenzenden und fremd zugeschriebenen Kategorie verändert hat (Kajikhina et al. 2023). Die Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit schlug daher vor, sich von „Migrationshintergrund" abzuwenden und stattdessen von „Eingewanderten und ihren (direkten) Nachkommen" zu sprechen.[77]

Für die folgenden Ausführungen werden wir die Begriffsworte „(Post-)Migrant*innen" und dazu synonym „Menschen mit Migrationsgeschichte, -erfahrungen und -biografie" nutzen. Im Kontext von rassistischer Diskriminierung sprechen wir von „potenziell rassifizierten Menschen", um sowohl den selbst oder intergenerational erlebten biografischen Erfahrungen Rechnung zu tragen als auch Menschen einbeziehen zu können, die rassifiziert werden oder potenziell gefährdet sind, durch zugeschriebene Kategorisierung abgewertet und sozial ausgegrenzt zu werden (siehe Abschnitt 7.4).

Empirische Datengrundlage

Von Baykara-Krumme und Vogel (2020) sowie Bartig (2022) liegen zwei Übersichtsarbeiten vor, in denen bis dahin vorliegende empirische Befunde zur sozialen, gesundheitlichen und pflegerischen Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland zusammengetragen wurden. Darüber hinaus nutzt die folgende Zusammenschau aktuelle Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von 2020 (Cardozo Silva 2025) und Ergebnisse der Studie „Hohes Alter in Deutschland" (D80+) (Wenner & Albrecht 2025).

Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) und die Migrationsstichproben[78]

Seit dem Jahr 1984 werden circa 30.000 Personen in rund 15.000 Haushalten jährlich aufs Neue befragt, sodass Betrachtungen über zeitliche Verläufe möglich sind. Von Beginn an wurden in Teilstichproben gezielt Menschen mit Migrationsgeschichte einbezogen, um über deren Situation aussagekräftige Daten zu gewinnen. Die erste Stichprobe von Migrant*innen, die im SOEP durchgeführt wurde (Stichprobe B), umfasst Haushaltsmitglieder mit einem Haushaltsvorstand türkischer, griechischer, jugoslawischer, spanischer oder italienischer Herkunft. Diese repräsentierten 1984 die Hauptgruppen ausländischer Staatsbürger*innen in der Bundesrepublik Deutschland. In die SOEP-Stichprobe D wurden ab 1994 Haushalte eingeschlossen, in denen mindestens eines ihrer Mitglieder in den Folgejahren ab 1984 nach Deutschland migriert ist. Somit deckt sie Fluchtmigration aus Ländern wie Bosnien-Herzegowina, Serbien, Kroatien und dem Kosovo ab. Im Jahr 2013 startete eine Migrationsstichprobe, M1, die Post-/Migrant*innen der zweiten Generation (Kinder von Zugewanderten)

[76] Neue deutsche Medienmacher (2013): Dokumentation des Workshops „Neue Begriffe für die Einwanderungsgesellschaft" am 29. und 30. April in Nürnberg (zitiert nach Mediendienst Integration 2020: 6).

[77] Siehe: https://www.fachkommission-integrationsfaehigkeit.de/resource/blob/1786706/1827682/179cfd2c05ba58a7f13aeb1ace139454/kernaussagen-data.pdf?download=1 [Zugriff am 25.06.2024].

[78] Die folgenden Ausführungen lehnen sich an die im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission erstellten Expertise „Alt werden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen Alternsprozesse im Migrationskontext. Vergleich der in Deutschland lebenden Bevölkerung mit und ohne Migrationshintergrund über 50 Jahre basierend auf den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)" (Cardozo Silva 2025) an.

umfasst sowie Personen, die nach 1995 nach Deutschland eingewandert sind. Im Jahr 2015 wurde M1 um die Stichprobe M2 erweitert, die sich auf Neuzugewanderte konzentriert, die im Zeitraum zwischen 2009 und 2013 nach Deutschland immigrierten. Die Stichproben M3 bis M6 beziehen sich explizit auf Schutzsuchende, die seit 2013 nach Deutschland gekommen sind und einen Asylantrag gestellt haben oder im Rahmen spezifischer Programme der Bundesländer als Geflüchtete aufgenommen wurden. Die Stichproben M7 und M8 bieten zum einen eine Auffrischung der ursprünglichen Migrationsstichproben und zum anderen Informationen über Einwander*innen aus Drittländern. Für die nachfolgenden Analysen wurden Daten aus allen zuvor genannten Stichproben berücksichtigt. Betrachtet werden die Teilhabechancen von Menschen im Alter von mindestens 50 Jahren, die eine *eigene* Migrationserfahrung haben (n=2.124), im Vergleich zu jenen, die nicht selbst nach Deutschland zugewandert sind (n=11.248).

Die Studie „Hohes Alter in Deutschland" (D80+)[79]

Migrationserfahrungen vor 1950 werden in Statistiken und Studien zumeist nicht berücksichtigt, da diese Migration, insbesondere Flucht und Vertreibung vor, während und nach dem 2. Weltkrieg, als Binnenmigration und nicht als internationale Migration gewertet wird. Bei der Studie D80+ handelt es sich um eine bevölkerungsbezogene Stichprobe, deren Ziehung über die Einwohnermeldeämter der bevölkerungsproportional zufällig ausgewählten Gemeinden realisiert werden konnte. Personen mit Migrationserfahrung sind daher in gleicher Weise Teil der Stichprobe. Allen zufällig ausgewählten 40.209 Personen wurde zunächst ein Fragebogen zugeschickt. Von 10.360 Personen lagen verwertbare Fragebögen vor. Zusätzlich konnten 218 Personen telefonisch zu den Inhalten des Fragebogens befragt werden (CATI 1), sodass insgesamt 10.578 Personen an der Studie teilgenommen haben. Anhand der Frage „Seit wann leben Sie in Deutschland, gemeint sind alte und neue Bundesländer?" wurde die Klassifizierung der Migrationserfahrung abgeleitet in „Keine Migrationserfahrung", „Migrationserfahrung bis 1949", „Migrationserfahrung ab 1950" und „Migrationserfahrung mit unbekanntem Datum". 22 Prozent der befragten Hochaltrigen hatten eine Migrationserfahrung. Bei der Analyse von Teilhabechancen im hohen Alter ist zu berücksichtigen, dass schon die Chancen, das hohe Alter zu erreichen, sehr unterschiedlich verteilt sind (Lampert & Kroll 2014). In Querschnittstudien gefundene Unterschiede bilden also Ungleichheiten zwischen den noch Lebenden einer Kohorte ab und zeigen so unter Umständen nur die Spitze des Eisbergs.

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS)

Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) erfasst seit 1996 Daten zu in Deutschland lebenden Menschen im Alter von 40-85 Jahren in einer Längsschnittstudie.[80] Hier beurteilten die Interviewer*innen im Vorfeld, ob die Deutschkenntnisse der befragten Person für eine Teilnahme an der Studie genügen würden. Somit war der Zugang von Menschen mit unzureichenden Deutschkenntnissen – wobei nicht deutlich wird, ab wann Deutschkenntnisse als unzureichend oder ausreichend bewertet wurden – zum DEAS eingeschränkt, sodass die Repräsentativität der Studie in ihrer Aussagekraft auf die post-/migrantische Bevölkerung nicht gewährleistet ist.

[79] Die folgenden Ausführungen sind der im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission erstellten Expertise „Diskriminierung und Teilhabe im Hinblick auf Migrationserfahrungen von hochaltrigen Menschen: Ergebnisse der D80+-Studie" (Wenner & Albrecht 2025) entnommen.

[80] https://www.dza.de/forschung/deas [Zugriff am 25.06.2024].

7.2 Migrationsbewegungen: Kontextfaktoren und Anschlusschancen

7.2.1 Ein Blick in die Geschichte der Migration in Deutschland

Wie andere Länder auch ist Deutschland durch eine typische Zuwanderungsgeschichte und -struktur charakterisiert. Tabelle 20 gibt einen Überblick über die zentralen Migrationsbewegungen seit dem Zweiten Weltkrieg. Diese unterscheiden sich hinsichtlich Herkunftsregion, Migrationsmotiven und Migrationszeitraum der Zuwandernden sowie hinsichtlich politischer, rechtlicher und ökonomischer Rahmenbedingungen, in die eine Migrationsbewegung eingebettet ist und die über Anschlusschancen im Zuwanderungsland mitbestimmen. Möglichkeitsräume für Teilhabe in der Ankunftsgesellschaft hängen insofern vom historisch betrachteten Einreisezeitpunkt eines Menschen ab.

Tabelle 20 Phasen deutscher Migrationsgeschichte seit 1945

Zeit	Beschreibung	Rahmenbedingungen
1944 bis 1949	Circa 1 bis 14 Mio. Menschen fliehen aus den ehemals deutschen Ostgebieten Richtung Westen; sogenannte Vertriebene Es kommt zu Konflikten mit angestammter Bevölkerung, die u. a. wegen wirtschaftlicher Hochkonjunktur in den 1950er und 60er Jahren befriedet werden können.	Deutsche Kriegsverbrechen in Ostmitteleuropa und Südosteuropa; erneute Gebietsabtrennungen und Grenzverschiebungen 1952 durch Lastenausgleichs-, ab 1953 durch Bundesvertriebenengesetz geregelt
1945 bis 1950	Circa 10 bis 12 Mio. sogenannte Displaced Persons[81] sind nach Kriegsende in Deutschland, zumeist Zwangsarbeiter*innen und Kriegsgefangene aus dem 2. Weltkrieg.	Repatriierung durch UNRRA[82] (ein Großteil kann in Heimatländer rückgeführt oder umgesiedelt werden) Weitere rund 1,7 Mio. durch IRO[83] u. a. in die USA, Großbritannien, Frankreich umgesiedelt.
1949 bis 1961	Erste Hochphase der Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland (circa 2,7 Mio. Übersiedler*innen)	Aufteilung Deutschlands unter den Alliierten in vier Sektoren nach dem Zweiten Weltkrieg: – Osten: sowjetischer Sektor (später DDR) – Westen: französischer, britischer und amerikanischer Sektor (später BRD)
seit 1950	BRD: Zuwanderung von (Spät-)Aussiedler*innen und ihren Familienangehörigen (circa 4,5 Mio.) aus Ländern der früheren Sowjetunion, Polen und Rumänien	Dauerhaft angelegte Migration Familienmigration „Deutsche Volkszugehörige“ im Sinne des Grundgesetzes (Artikel 116 GG) Erhalt der deutschen Staatsangehörigkeit Staatliche Integrationshilfen Bundesvertriebenengesetz
1955 bis 1973	BRD: Anwerbung von Arbeitsmigrant*innen (circa 14 Mio. „Gastarbeiter*innen“) vornehmlich aus Italien, Griechenland, Türkei und dem ehemaligen Jugoslawien	Staatliche Anwerbeabkommen Zuweisung und angelernte Tätigkeiten Temporär angelegter Aufenthalt (Rotationsprinzip) Hohe Rückkehrorientierung (ca. 11 Mio. kehrten zurück)
1965 bis 1990	DDR: Anwerbung von Arbeitsmigrant*innen (circa 94.000 „Vertragsarbeiter*innen“) vornehmlich aus Polen, Ungarn, Angola, Kuba, Mosambik und Vietnam	Staatliche Anwerbeabkommen Zuweisung und angelernte Tätigkeiten Temporär angelegter Aufenthalt (Rotationsprinzip) Hohe Bleibeorientierung nach Mauerfall

[81] Eine Displaced Person ist eine „Zivilperson, die sich aus Kriegsgründen außerhalb ihres Heimatsstaats befindet“ (Supreme Headquarters, Allied Expeditionary Forces, SHAE, Administrative Memorandum Nr. 39, November 1944).

[82] United Nations Relief and Rehabilitation Administration [Nothilfe- und Wiederaufbauverwaltung der Vereinten Nationen (1943–1947)].

[83] IRO (Internationale Flüchtlingsorganisation), wurde 1950 aufgelöst. Dann noch in Deutschland lebende Displaced Persons verloren ihren Status als Displaced Person und wurden als „heimatlose Ausländer unter deutscher Verwaltung“ kategorisiert.

Zeit	Beschreibung	Rahmenbedingungen
1973 bis 1985	BRD: Einwanderung der Familien der Arbeitsmigrant*innen aus den ehemaligen Anwerbeländern (sog. Familiennachzug)	Anwerbestopp im Jahr 1973 aufgrund drohender Arbeitslosigkeit (Rezession) Arbeitsmigrant*innen, die nicht in ihre Herkunftsländer zurückkehrten, holten ihre Familien in die BRD nach Wiedereinreiseverbot für Personen aus Herkunftsstaaten von außerhalb der Europäischen Gemeinschaft (z. B. Türkei)
1981 bis 1998	BRD: Fluchtmigration aus Krisengebieten innerhalb und außerhalb Europas (Asylsuchende) bis circa 1990 vornehmlich aus afrikanischen und asiatischen Herkunftsländern, danach vornehmlich aus Ost- und Südosteuropäischen Herkunftsländern	restriktive Migrationspolitik seit 1987: fünfjähriges Arbeitsverbot für Asylsuchende seit 1991: Vorrang von Inländer*innen bei der Besetzung von Arbeitsstellen („Inländer*innenprimat“) Änderung des Asylrechts durch die „Drittstaatenregelung“ im Jahr 1993
1988 bis 1991	Zweite Hochphase der Wanderungen von Ost- nach Westdeutschland (circa 1,4 Mio.)	Wiedervereinigung Deutschlands, Grenzöffnung 1989/90
seit 2005	Freizügigkeit innerhalb der Europäischen Union (EU) Circa jede dritte in Deutschland lebende Person ohne deutsche Staatsbürgerschaft kommt aus einem anderen Land der EU	Zuwanderungsgesetz zur einheitlichen Regelung von Integrationsangeboten für Zugewanderte (Ausländer*innen, Spätaussiedler*innen, Unionsbürger*innen) Freizügigkeitsgesetz/EU: Bürger*innen der EU haben grundsätzlich das Recht, sich in jedem Mitgliedsstaat aufzuhalten und dort erwerbstätig zu sein
seit 2015	Fluchtmigration aus Krisengebieten außerhalb Europas (Asylsuchende) vornehmlich aus Syrien, Irak, Nigeria, Afghanistan und Eritrea (2018: circa 1,1 Mio.)	Grundgesetz (Artikel 16a) Aufenthaltsgesetz (§ 23) Genfer Flüchtlingskonvention UN-Anti-Folterkonvention
2022 bis heute	(Vorläufiger) Höhepunkt der Fluchtmigration seit 1950 Großteil aus der Ukraine (circa 1,1 Mio.), Zahlen sind seit Mitte 2022 rückläufig Anstieg der Fluchtmigration außerhalb Europas (vor allem Syrien, Afghanistan und Türkei)	Russischer Angriffskrieg auf die Ukraine Aktivierung der Massenzustrom-Richtlinie 2001/55/EG zur Gewährung vorübergehenden Schutzes von Vertriebenen Visafreie Einreise für ukrainische Geflüchtete Machtübernahme der Taliban in Afghanistan 2021 Beschluss der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) 2023

Quelle: Erweiterung von Münz et al. 1997 und von Schenk & Peppler 2020.

Die folgenden drei eingehender vorgestellten Gruppen repräsentieren die zahlenmäßig größten Migrationsbewegungen in Deutschland mit zugleich hohen Anteilen an Personen, die im Zielland alt werden oder bereits alt geworden sind.

Migration vor 1950

Der Zweite Weltkrieg bedeutete für weite Teile der Bevölkerungen Europas leidvolle Erfahrungen von Flucht, Vertreibung und Deportation. Nach Kriegsende hielten sich allein 10 bis 12 Millionen Zwangsarbeiter*innen und Kriegsgefangene (sogenannte Displaced Persons) in Deutschland auf (Berlinghoff 2018). Gesetzlich waren diese nicht mit deutschen geflüchteten und vertriebenen Menschen gleichgestellt und erhielten zumeist keine Entschädigung (Oltmer 2016). Von den 500.000 aus dem deutschsprachigen Europa ins Exil geflohenen Juden und Jüd*innen kehrte mit 5 Prozent nur ein kleiner Teil zurück (Aschkenasi 2014). Ende 1947 waren knapp ein Viertel der Bevölkerung der sowjetisch besetzten Zone Geflüchtete, in der amerikanisch besetzten Zone waren es knapp 18 Prozent und in der britischen knapp 15 Prozent, während die französischen Besatzungsbehörden keine Geflüchteten und Vertriebenen aufnahmen (Berlinghoff 2018).

Mit dem Überfall der deutschen Reichswehr auf die damalige Sowjetunion – trotz des bestehenden Nichtangriffspakts zwischen beiden Ländern – war der Zweite Weltkrieg in eine neue Phase eingetreten, in deren Verlauf zwischen 24 und 40 Millionen Bewohner*innen der Sowjetunion den Tod fanden. Der Begriff „Vertreibung“ impliziert einen mehrschichtigen, regional sich unterscheidenden und mehrere Phasen umfassenden Prozess mit „Evakuierungen seit Herbst 1944, die allgemeine Flucht im Frühjahr 1945 mit Trecks und/oder über die See, die

teilweise Rückkehr in die Wohngebiete, die Deportationen in die Sowjetunion, die Einrichtung von Internierungslagern und die Ausweisung“ (Faulenbach 2002: 44). Zwischen 12 und 14 Millionen Menschen flohen vornehmlich aus den östlichen ehemals deutschen Staats- und Siedlungsgebieten vor der heranrückenden Roten Armee sowie vor spontanen, teils organisierten Vertreibungsaktionen in Richtung Westen. Diese Fluchtbewegung verband sich, wovon viele Einzelschilderungen zeugen, mit schmerzlichen Verlusterfahrungen, mit Entbehrungen und Traumatisierungen infolge von Kriegs- und Gewalterleben, Erfrierungen, Krankheiten, Verfolgung und Misshandlung (Beutel, M. E. et al. 2007). Schätzungen zur Zahl derer, die auf der Flucht ihr Leben ließen, schwanken zwischen 600.000 und zwei Millionen Menschen (Jahn 2012). Die „Vertriebenen“ durften sich wenig willkommen fühlen in einem kriegszerstörten Deutschland, in dem es an Lebensmitteln und Wohnraum mangelte. Ihre Eingliederung wurde in der Bundesrepublik mit dem Lastenausgleichsgesetz von 1952 und dem Bundesvertriebenen- und Flüchtlingsgesetz von 1953 rechtlich geregelt. Die tatsächlichen Teilhabechancen der „Vertriebenen“ werden unterschiedlich bewertet. Die Perspektive einer allgemein „gelungenen Integration“ in der Bundesrepublik spätestens mit der Hochkonjunktur in den 1950er und 1960er Jahren differenzieren Studien (Gerhardt & Hohenester 1997; Lüttinger 1986), wenn diese zumindest für die Erste Generation Nachteile beim Eintritt in den Arbeitsmarkt in Form von längerer Erwerbslosigkeit und Dequalifizierungsprozessen zeigen können.

Arbeitsmigrant*innen und ihre Familien

Im Zuge der ab den 1950er Jahren zunehmend prosperierenden Wirtschaft und der damit steigenden Nachfrage nach Arbeitskräften wurden auf Druck der Industrie Anwerbeabkommen mit zahlreichen Ländern Süd- und Südosteuropas, der Türkei und Nordafrikas geschlossen. Zwei zentrale Umstände formten hierbei die Teilhabechancen der angeworbenen Arbeitsmigrant*innen in der Bundesrepublik: Zum einen die als temporärer Arbeitsaufenthalt angelegte Migration („Rotationsprinzip“), zum anderen die Zuweisung niedriger sozialer Statuspositionen. Das „Rotationsprinzip“ – nach zwei Jahren sollten die Angeworbenen wieder in ihre Herkunftsländer zurückkehren – sollte den Bedarf an Arbeitskräften in Zeiten der Hochkonjunktur in Deutschland absichern, den Arbeitsmarkt in den Herkunftsgesellschaften entlasten und qualifizierte Arbeitskräfte zum Beleben der dortigen Volkswirtschaft rückführen (Baykara-Krumme & Vogel 2020). Dieser temporäre Charakter des Migrationsprojektes schlug sich in einer hohen Rückkehrorientierung der Arbeitsmigrant*innen nieder. Somit war weder seitens der Aufnahmegesellschaft noch seitens der Zuwandernden der Verbleib auf langfristige gesellschaftliche Teilhabe ausgerichtet. Von den 14 Millionen angeworbenen Arbeitskräften remigrierten 11 Millionen in ihre Herkunftsländer (Kohlmeier & Schimany 2005, Oltmer 2016, zit. nach Baykara-Krumme & Vogel 2020: 11). Die Zuweisung unattraktiver Arbeitsplätze mit geringen Qualifikationsanforderungen – und das ist der zweite die Teilhabechancen der zugewanderten Arbeitskräfte bestimmende Mechanismus – verknüpfte sich mit prekären Erwerbsverläufen, die von Diskontinuitäten, einem niedrigen Lohnniveau und hohen Gesundheitsrisiken gekennzeichnet waren. In der Folge tragen die ehemaligen Arbeitsmigrant*innen bis heute ein hohes Armutsrisiko (siehe Abschnitt 7.3.2, Baykara-Krumme & Vogel 2020: 16). Als Reaktion auf die Weltwirtschaftskrise und steigende Erwerbslosenzahlen wurde 1973 ein Anwerbestopp verhängt. Im Rahmen des Familiennachzugs wanderten Ehepartner*innen und Kinder jener Arbeitskräfte in die Bundesrepublik ein, die nicht in ihre Herkunftsländer zurückkehrten.

(Spät-) Aussiedler*innen

Im Unterschied zu der ökonomisch veranlassten Anwerbung der Arbeitsmigrant*innen war die auf Basis des Bundesvertriebenengesetzes ermöglichte Zuwanderung von (Spät-) Aussiedler*innen aus der ehemaligen Sowjetunion und ab 1991 aus ihren Nachfolgestaaten, aus Polen und Rumänien im Kampf der Wirtschaftssysteme politisch motiviert. Das Schicksal der Deutschstämmigen bewegte sich in ihren Herkunftsländern zwischen ökonomischen, sozialen und religiösen Privilegien auf der einen und Repressalien auf der anderen Seite. Einst im 18. Jahrhundert gelockt mit Steuervergünstigungen, dem Recht, die eigene Religion auszuüben, Schulen zu betreiben, die Sprache und Kultur zu wahren, um handwerkliches Können zu transportieren und Land urbar zu machen, änderte sich dies mit Beginn des Zweiten Weltkriegs. Unter Kollaborationsverdacht mit dem Nationalsozialismus erfolgten Deportationen und Zwangsumsiedlungen beispielsweise der Russlanddeutschen nach Sibirien, in der Nachkriegszeit in der Regel ein Verbot der deutschen Sprache. Teilweise entstanden relativ geschlossene Siedlungen, sodass sich zumindest die älteren Generationen oftmals noch als „Deutsche“ fühlten. Eine Besonderheit der Aussiedlermigration ist, dass diese zumeist durch die ältere Generation initiiert wurde und ganze Familienverbände auswanderten. Die seit 1950 etwa 4,5 Millionen nach Deutschland eingereisten (Spät-) Aussiedler*innen erhielten aufgrund ihrer „deutschen Volkszugehörigkeit“ nach ihrer Ankunft nicht nur die deutsche Staatsangehörigkeit und damit verbundene Anrechte auf staatliche Transferleistungen, sondern darüber hinaus Eingliederungshilfen wie Deutschkurse oder berufliche Integrationsangebote. Die Einführung des Status

„Spätaussiedler“ im Jahr 1993 erschwerte und verschlechterte die Einreisebedingungen und führte zu einem Rückgang der Zuwanderung. Obgleich die Aufnahmebedingungen als vergleichsweise privilegiert charakterisiert werden können (Panagiotidis 2018), ging die Zuwanderung zumeist mit sozialen Abstiegsprozessen im Vergleich zur sozialen Position in den Herkunftsländern einher (Baykara-Krumme & Vogel 2020: 16).

7.2.2 Zusammensetzung der älteren Bevölkerung mit Migrationserfahrung

In Deutschland leben heute etwa 2,5 Millionen Menschen mit Migrationsgeschichte, die 65 Jahre und älter sind (Statistisches Bundesamt 2023e). Vor 1950 vertriebene und geflüchtete Menschen weist diese Statistik allerdings nicht aus. Während in der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte im Jahr 2022 der Anteil dieser Altersgruppe 26 Prozent ausmachte, wiesen lediglich 11 Prozent der Migrant*innenpopulation ein Mindestalter von 65 Jahren auf. Davon waren mit 55 Prozent etwas mehr als die Hälfte der älteren Zugewanderten Frauen. Das vergleichsweise geringere Alter der Migrant*innen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte lässt sich darauf zurückführen, dass sich eher Jüngere zu einer Wanderung entschließen. In den nächsten zehn Jahren werden allerdings voraussichtlich weitere etwa 2,5 Millionen Post-/Migrant*innen das 65. Lebensjahr erreichen, sodass die absolute Zahl der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte im höheren Lebensalter weiter steigen wird (ebd., eigene Berechnung).

Wie setzt sich die ältere Bevölkerung mit Migrationsgeschichte zusammen? Mit etwa 0,76 Millionen kamen im Jahr 2022 ein Drittel der über 64-jährigen zugewanderten (Spät-)Aussiedler*innen aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion beziehungsweise ab 1991 aus deren Nachfolgestaaten und weiteren osteuropäischen Staaten, insbesondere Polen und Rumänien. Die Altersstruktur der (Spät-)Aussiedler*innen ähnelt jener der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte, wobei der Anteil der über 64-Jährigen mit 28 Prozent noch höher als unter den Nicht-Migrierten ausfällt. Diese Alterszusammensetzung ist Resultat der beschriebenen Spezifik der Aussiedler*innenmigration, in der häufig die Älteren die „Pionier*innen“ waren und eine Wanderung forcierten. Die zweite große Gruppe unter den über 64-Jährigen stellen mit 35 Prozent die Arbeitsmigrant*innen aus den Anwerbeländern. Weitere 15 Prozent der migrantischen Bevölkerung ab 65 Jahren sind Migrant*innen aus der EU, ohne die früheren Anwerbestaaten, und 18 Prozent Zugewanderte, unter anderem auch geflüchtete und asylsuchende Menschen, aus einer großen Zahl von Ländern der übrigen Welt (Olbermann 2021: 9).

Die Zahl der heute noch in Deutschland lebenden vertriebenen Menschen wird auf knapp eine Million (962.000) geschätzt. Weitere 54.000 Personen sind vor 1950 eingewandert, ohne dass von Flucht oder Vertreibung (im Sinne des Bundesvertriebenengesetzes) ausgegangen wird. Die überwiegende Mehrheit der noch lebenden Vertriebenen hat mittlerweile die Hochaltrigkeit (80 Jahre und älter) erreicht. Das Durchschnittsalter der vertriebenen Menschen liegt bei 82 Jahren und die sonstigen vor 1950 Zugewanderten sind mindestens 72 Jahre alt. Insgesamt bilden sie damit schätzungsweise 8,3 Prozent der hochaltrigen Bevölkerung ab (Statistisches Bundesamt 2022a, 2022d).[84]

7.2.3 Rückkehrmigration und Pendelmigration

Der Begriff der „Rückkehrmigration“ bezeichnet die Rückkehr einer Person in ihr Herkunftsland, nachdem sie eine bestimmte Zeit im Ausland war. Die Rückkehr lässt sich danach unterscheiden, ob sie freiwillig oder erzwungen ist, ob sie dauerhaft und endgültig oder temporär und vorläufig ist, was in zirkulärer oder Pendelmigration zum Ausdruck kommt. Das Pendeln kann regelmäßig oder unregelmäßig erfolgen, unterschiedlich lange Phasen der Abwesenheit umfassen und am Ziel- oder am Herkunftsort orientiert beziehungsweise bilokal sein (Schimany et al. 2012).

Bei älteren Post-/Migrant*innen wird die Frage nach einer Rückkehrmigration insbesondere mit dem Eintritt in den Ruhestand aktuell. Die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehrmigration steigt insbesondere bei Menschen, die aus der Türkei, Italien, Griechenland und Kroatien stammen und 30 Jahre und länger in Deutschland leben (Statistisches Bundesamt 2018) und sie erhöht sich laut Analysen der Daten aus dem Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) mit einer geringen Arbeitsmarktpartizipation und niedrigem Bildungsstand (Yahirun 2014, zit. nach Bartig 2022). Vor allem Migrant*innen der ersten Generation geben eine hohe Heimatverbundenheit und ein starkes Zugehörigkeitsgefühl mit dem Herkunftsland, aber auch familiäre oder klimatische Gründe für die Rückkehr an (Schimany et al. 2012; Uslucan 2017). Insgesamt waren im Jahr 2021 von allen fortgezogenen Migrant*innen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit 3,9 Prozent 65 Jahre und älter, bei den Zuzügen in der

[84] Dieser Absatz ist der im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission erstellten Expertise „Diskriminierung und Teilhabe im Hinblick auf Migrationserfahrungen von hochaltrigen Menschen: Ergebnisse der D80+-Studie“ (Wenner & Albrecht 2025) entnommen.

Altersgruppe war der Anteil an allen zugezogenen Migrant*innen mit 1,4 Prozent noch geringer (Statistisches Bundesamt 2022). Eingebürgerte Menschen und Aussiedler*innen wurden in dieser Statistik nicht erfasst.

Gründe für einen Verbleib in Deutschland sind vielfältig. Hierzu gehören feste soziale Bindungen, die Inanspruchnahme medizinischer Versorgung und eine allgemeine Entfremdung vom Herkunftsland (Schimany et al. 2012). Eine attraktive Alternative zur Rückkehrmigration ist daher ein transnationaler Lebensstil – die Pendelmigration. Aktuelle Daten zur Pendelmigration liegen allerdings nicht vor (Baykara-Krumme & Vogel 2020, zitiert nach Bartig 2022, Strumpen 2012, 2018). Einer älteren Analyse mit SOEP-Daten für die Jahre 1996/2002 zufolge hatten 47,7 Prozent der nicht-deutschen Menschen in Deutschland, die 65 Jahre und älter sind, in den letzten zwei Jahren mehr als vier Monate im Heimatland verbracht (Özcan & Seifert 2005).

Pendelmigration kann aufgrund der neu entstehenden zeitlichen Flexibilität insbesondere im Rentenalter eine Rolle spielen (Krumme 2004; Strumpen 2018). Unter „transnational" werden hier „grenzüberschreitende Phänomene verstanden, die […] relativ dauerhafte und dichte soziale Beziehungen, soziale Netzwerke oder Sozialräume konstituieren" (Pries 2010: 13). Auf diese Weise bleiben Menschen einerseits in Kontakt zu Verwandten und Freund*innen im Herkunftsland und andererseits in der Nähe ihrer in Deutschland lebenden Kinder und gegebenenfalls Enkelkinder sowie ihrem gewohnten ärztlichen Versorgungsnetzwerk. Weitere Gründe für einen transnationalen Lebensstil sind das Aufrechterhalten von Aufenthaltsrechten und Einhalten weiterer gesetzlicher Bestimmungen, eine Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen und kontinuierlicher Kontakt zu Kindern und Enkelkindern in beiden Ländern (Kahveci et al. 2020). Der Aufenthalt im Zielland erfolgt nicht immer in der Geburtsstadt, sondern auch in anderen Regionen des Landes (Böcker & Balkir 2015, Sparacio 2016, zitiert nach Kahveci et al. 2020). Zwei Umstände, die das transnationale Leben älterer Post-/Migrant*innen erschweren können, sind niedrige Rentenbezüge von ehemaligen Arbeitsmigrant*innen (Hoffmann & Romeu Gordo 2016, zitiert nach Kahveci et al. 2020) und Unsicherheiten im Hinblick auf gesetzliche Bestimmungen zu Steuern und Renten sowie Gesetze, die Einfluss auf ihren Aufenthalts- und Versichertenstatus haben (Kahveci et al. 2020). Da Post-/Migrant*innen ohne deutsche Staatsbürgerschaft nach sechs Monaten Abwesenheit in Deutschland ihre Aufenthaltsgenehmigung verlieren, wenn sie nicht mehr in Deutschland gemeldet sind, können Pendelmigrant*innen bei der Planung ihrer Aufenthalte unter Druck geraten, insbesondere wenn zum Beispiel Krankheiten eine Reise nicht ermöglichen.

Pendelmigration kann für ältere Menschen einen Zugewinn an Lebensqualität und Teilhabe, aber auch gesundheitliche Risiken bergen (siehe Abschnitt 7.3.4). Teilhabechancen ergeben sich bezüglich des Herkunftskontextes, wenn das Leben im Herkunftsland finanziell günstiger und dadurch der Lebensstandard trotz niedriger Rentenbezüge in Deutschland höher ist (vgl. Bender et al. 2018, Repetti et al. 2018, zit. nach Kahveci et al. 2020). Viele türkeistämmige Arbeitsmigrant*innen betrachten das Pendeln in Anlehnung an De Certeau (1984: 37) als „tactical mobility" (taktische Mobilität). Damit ist gemeint, dass Gelegenheitsstrukturen des Herkunfts- und des Zuwanderungskontextes optimal verknüpft werden. Konkret würde das für Pendelmigrant*innen bedeuten, dass sie die Vorteile des Herkunftslandes wie das angenehme Klima und die Teilhabe durch soziale Kontakte nutzen, aber auch Sorge-Aufgaben im Herkunftsland nachkommen und gleichzeitig den Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung im Zuwanderungsland beibehalten können. Das transnationale Leben ermöglicht auch, finanzielle Ressourcen in guter Weise zu nutzen, Verbindungen zu Familienmitgliedern aufrecht zu erhalten sowie soziale Unterstützungsnetzwerke neu zu bilden und bestehende Netzwerke zu erhalten (ebd.; Bilecen et al. 2019).

Die Forschungslage in Deutschland zur Pendelmigration älterer Menschen ist im Hinblick auf aktuelle Zahlen zu transnational lebenden Menschen im Alter und transnationalen Lebensweisen von Post- /Migrant*innen aus unterschiedlichen Ländern unzureichend.

7.3 Empirische Befunde zur älteren Bevölkerung mit Migrationsgeschichte

7.3.1 Bildungs- und Erwerbsbeteiligung

Die SOEP-Daten aus dem Jahr 2020 verweisen – basierend auf der „International Standard Classification of Education" (Eurostat o.J.) – auf eine ungleiche Verteilung von Bildungsabschlüssen. Der Anteil der Migrant*innen ab 50 Jahren mit formal niedrigem Bildungsniveau (27,7 %) war etwa dreimal so hoch wie jener der gleichaltrigen Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte (9,3 %). Die Hälfte der Migrant*innen (52,8 %) wies ein mittleres Bildungsniveau auf – im Vergleich zu zwei Dritteln der Älteren ohne Migrationsbiografie (66,7 %). Geringer fielen die Unterschiede in den Anteilen der formal hoch Qualifizierten aus (19,5 % der Migrant*innen zu 24 % Nicht-Migrant*innen) (Cardozo Silva 2025). Während unter den Nicht-Migrant*innen Frauen (12,8 %) im Vergleich zu Männern (5,4 %) zu deutlich höherem Anteil formal niedrig qualifiziert waren, ähneln sich die Verteilungen innerhalb der Gruppe der Migrant*innen im Gendervergleich.

Die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) für das Jahr 2020/2021 bestätigt diese Zusammenhänge. Die Studie zeigte ebenfalls einen signifikant höheren Anteil mit niedriger formaler Bildung in der Gruppe mit einer Migrationserfahrung vor 1950 (27,3 %) und in der Gruppe mit Migrationserfahrung ab 1950 (45,5 %) im Vergleich zur Gruppe ohne Migrationserfahrung (22,2 %). Die Differenzen blieben unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und aktueller Wohnregion (Ost, West, Berlin) erhalten (Wenner & Albrecht 2025).

Diese Bildungsstruktur ist unter anderem Resultat einer Migrationspolitik, die gezielt für niedrig qualifizierte Arbeitsplätze anwarb und/oder die im Herkunftsland erworbenen Bildungsabschlüsse nicht anerkannte oder abqualifizierte. Für den Bildungsverlauf im Zielland weiterhin relevant ist das Einreisealter. So waren die nach 1950 migrierten Befragten der D80+-Studie bei ihrer Einreise in das heutige Bundesgebiet im Durchschnitt 42,9 Jahre alt. Die vor 1950 zugewanderten Befragten hatten hingegen ein mittleres Einreisealter von 10,3 Jahren und somit eine größere Chance, in das deutsche Schul- und Ausbildungssystem einzutreten (Wenner & Albrecht 2025). Die Verteilung der Bildungsabschlüsse ist mithin ein Spiegel der Anschlusschancen in Abhängigkeit von den jeweiligen Zuwanderungsbedingungen.

Bildungsabschlüsse sind eine Zugangsvoraussetzung für berufliche Positionen. Diese wiederum sind mit systematischen Vor- und Nachteilen unter anderem für Verdienst- und Vorsorgemöglichkeiten in der Lebensphase Alter, für Arbeitsmarktchancen und Arbeitsplatzsicherheit, aber auch für die Gesundheit verknüpft. Gemäß der internationalen Standardklassifikation der Berufe manifestiert sich hinsichtlich des Migrationskontextes für das Jahr 2020 folgende ungleiche Berufsstruktur: Ältere Menschen ab 50 Jahren ohne Migrationsgeschichte ließen sich am häufigsten der Berufsklassifikation „Techniker und gleichrangige nichttechnische Berufe“ (23,2 %), gefolgt von akademischen Berufen (14,8 %), Dienstleistungsberufen/ Verkäufer*innen (11,6 %) und Bürokräften (10,2 %) zuordnen. Demgegenüber waren ältere Migrant*innen mit 17,4 Prozent am häufigsten und damit mehr als dreimal so oft wie Nicht-Migrant*innen (5,6 %) als Hilfsarbeitskräfte beschäftigt, gefolgt von „Technikern und gleichrangigen nichttechnischen Berufen“ (14,2 %) sowie Dienstleistungsberufen/Verkäufer*innen (13,8 %). Lediglich 9 Prozent der älteren Migrant*innen ab 50 Jahren waren in akademischen Berufen tätig (Cardozo Silva 2025). Insbesondere die gezielt dafür angeworbenen Arbeitsmigrant*innen, aber auch (Spät-) Aussiedler*innen waren aufgrund der (Nicht-)Anerkennungspraxis von formalen Qualifikationen aus dem Herkunftsland eher in Tätigkeitsfeldern mit hohem Anteil niedrig Qualifizierter beschäftigt. Diese gehen häufiger mit geringeren Einkommen einher und bergen höhere Risiken eines Arbeitsplatzverlustes in konjunkturschwachen Zeiten.

Die Zugangschancen zum Arbeitsmarkt spiegeln sich auch im Grad der Erwerbsbeteiligung wider. Im Jahr 2020 waren die 50- bis 64-Jährigen ohne Migrationsgeschichte (77,2 %) häufiger erwerbstätig als die gleichaltrigen Migrant*innen (65,8 %) (Cardozo Silva 2025). Gleichzeitig war mit 11 Prozent ein deutlich höherer Anteil der migrantischen Bevölkerung mittleren Alters als arbeitslos registriert (ohne Migrationsbiografie: 4,1 %). Von den über 64-Jährigen war wiederum ein höherer Anteil der Migrant*innen (13,7 %) noch erwerbstätig im Vergleich zu Personen ohne Migrationsbiografie (8,6 %).

7.3.2 Einkommen, Rentenniveau und Armutsrisiken

Die materielle Lage ist nicht nur eine zentrale Teilhabedimension; über das zur Verfügung stehende Einkommen regulieren sich zugleich Teilhabechancen in vielen Lebensbereichen (siehe Kapitel 2). Ein höherer materieller Wohlstand bietet zudem eine bessere Absicherung gegenüber Risiken im Lebensverlauf (wie z. B. eine Verwitwung oder Krankheit), die mit finanziellen Einbußen und sozialen Abstiegsprozessen einhergehen können. Anhaltspunkte, die materielle Situation älterer Post-/Migrant*innen zu charakterisieren, geben die Höhe von Rentenbezügen und das jeweilige Ausmaß einer Armutsgefährdung.

Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) und der Gemeinschaftsstatistik zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) bestätigen vorangegangene Befunde: Ein „Migrationskontext“ ist mit einem erhöhten Risiko für eine materielle Benachteiligung auch in der Lebensphase Alter verknüpft.

Migrant*innen ab 65 Jahren (91,1 %) bezogen im Jahr 2020 im Vergleich zur gleichen Altersgruppe ohne Migrationsgeschichte (96,5 %) seltener eine Altersrente (Cardozo Silva 2025). Deutliche gruppenbezogene Differenzen zeigten sich bei der Betrachtung der durchschnittlichen Höhe der Altersrente. Über die mit Abstand geringsten Rentenbezüge verfügten hierbei zugewanderte Frauen mit monatlich 607 Euro, gefolgt von Frauen ohne Migrationskontext mit 1.056 Euro, Männern mit Migrationskontext (1.248 Euro) und Männern ohne Migrationskontext (1.797 Euro) (Cardozo Silva 2025).

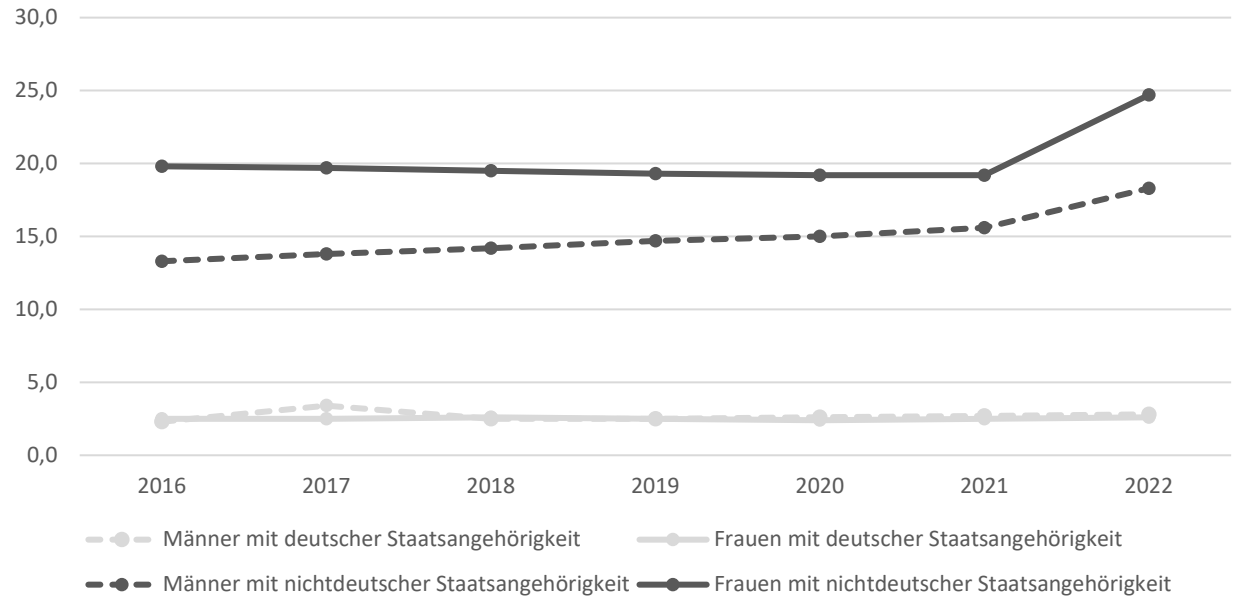
Kontinuierliche Erwerbsbiografien und ein sozialversicherungspflichtiges Einkommen legen in Deutschland den Grundstein für Einkünfte aus der Gesetzlichen Rentenversicherung und damit für eine materielle Absicherung in der Lebensphase Alter. Die Erwerbsverläufe älterer Post- / Migrant*innen gestalteten sich, wie gesehen, in Abhängigkeit von den jeweiligen Rahmenbedingungen ihrer Einwanderung. Neben Einkommensnachteilen und längeren Phasen von Erwerbslosigkeit erklären zudem migrationsbedingt kürzere Zeiten einer Rentenanwartschaft Unterschiede im Rentenniveau, sofern die Migration erst im mittleren oder höheren Lebensalter angetreten wurde. So nahmen Zugewanderte in einem Durchschnittsalter von 32 Jahren ihre Beschäftigung auf dem deutschen Arbeitsmarkt auf, Beschäftigte ohne Migrationsgeschichte waren durchschnittlich 16 Jahre alt (Söhn 2018: zitiert nach Bartig 2022). Auch die Regelungen für die Anerkennung von Rentenanwartschaften, die bereits im Herkunftsland erworben wurden, sind je nach Migrationsgruppe und nach dem Zeitpunkt des Zuzugs unterschiedlich (Wenner & Albrecht 2025). Für zugewanderte Frauen sind die Erwerbsdauer – durch einen späteren Eintritt in die Berufstätigkeit in Deutschland – und die damit verbundenen Rentenansprüche noch einmal deutlich reduziert (Bartig 2022). Als ein weiterer Grund für ein niedrigeres Rentenniveau wird ein früherer Austritt aus dem Erwerbsleben infolge von Krankheit und einer Erwerbsunfähigkeit angeführt (Hoffmann & Romeu Gordo 2016).

Häufig wird Armut mit Einkommensarmut gleichgesetzt. Als armutsgefährdet gelten Personen, deren Netto-Haushaltsäquivalenzeinkommen unterhalb der 60-Prozent-Schwelle des medianen Äquivalenzeinkommens in der Bevölkerung liegt (Cardozo Silva 2025; siehe Kapitel 2). Hiernach waren im Jahr 2020 Migrant*innen ab 50 Jahren mit 30,2 Prozent dreimal so oft armutsgefährdet wie die Bevölkerung ab 50 Jahren ohne Migrationsbiografie (10,5 %) (Cardozo Silva 2025). Das Armutsrisiko variiert innerhalb der (Post-)Migrant*innenpopulation unter anderem nach Lebensalter und Herkunftsregion. Während im Jahr 2020 27,3 Prozent der 50- bis 64-jährigen (Post-)Migrant*innen ein erhöhtes Armutsrisiko trugen, lag diese Quote bei den über 64-Jährigen bei 35,2 Prozent (Cardozo Silva 2025). Ob es sich hierbei um einen Kohorteneffekt handelt, müssen weitergehende Analysen zeigen. Auch Differenzen nach Herkunftsregion unterstreichen, dass der *historisch betrachtete Einreisezeitpunkt und -kontext* maßgeblich die Anschlusschancen in der Ankunftsgesellschaft bestimmen. So waren in 2020 38,5 Prozent der Türkeistämmigen und 35,7 Prozent der (Post-)Migrant*innen aus Südeuropa, welche zu weiten Teilen die Gruppe der Arbeitsmigrant*innen aus den früheren Anwerbeländern und ihre Angehörigen repräsentieren, von einem Armutsrisiko betroffen. Im Vergleich dazu waren im Jahr 2020 mit 8,2 Prozent ein weitaus geringerer Anteil der Migrant*innen aus West- und Nordeuropa armutsgefährdet. Die höchsten Armutsrisikoquoten fanden sich bei Zugewanderten aus dem Nahen Osten und Nordafrika (68,4 %).

Eine Sonderauswertung der EU-SILC-Daten für das Jahr 2022 zeigt zudem, dass ältere Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit ein überproportional hohes Armutsrisiko trugen (siehe Kapitel 2): 40,7 Prozent der Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit waren hiernach armutsgefährdet. Im Vergleich dazu wiesen Männer mit deutscher Staatsangehörigkeit die niedrigsten Armutsrisikoquoten auf (14,6 %). Die Studie „Hohes Alter in Deutschland“ belegt für knapp die Hälfte (45,5 %) der ab 1950 Zugewanderten ab 80 Jahren ein Risiko der Einkommensarmut. Hierbei trugen insbesondere hochaltrige Migrant*innen aus der früheren Sowjetunion und aus Westasien ein im Vergleich zu den nicht-migrierten Hochaltrigen signifikant erhöhtes Armutsrisiko. Im Vergleich ist ein Fünftel der Gleichaltrigen (19,8 %) der vor 1950 nach Deutschland Migrierten armutsgefährdet (Wenner & Albrecht 2025: 15).

Eine weitere Möglichkeit, Altersarmut messbar zu machen, ist die Berücksichtigung des Bezugs staatlicher Transferleistungen. Hierbei gelten diejenigen als arm, die das Rentenalter erreicht haben und Leistungen der Grundsicherung beziehen (siehe Kapitel 2). Ergebnisse der Grundsicherungsstatistik weisen in dieselbe Richtung wie jene der Einkommensarmut: In den Jahren von 2016 bis 2022 manifestierte sich ein massiver Unterschied in der Grundsicherungsbedürftigkeit zwischen alten Menschen mit deutscher und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit, der im Jahr 2022 infolge der Fluchtzuwanderung aus der Ukraine weiter zunahm. Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit waren hierbei am häufigsten auf Grundsicherung angewiesen (Abbildung 9).

Abbildung 9 Bezug von Leistungen der Grundsicherung im Alter im zeitlichen Verlauf, 2016 bis 2022, in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt 2023e, eigene Abbildung.

Die skizzierte materielle Schlechterstellung der migrierten Frauen ab 50 Jahren spiegelt sich in ihrer Perspektive auf die Altersversorgung wider. Drei Viertel der Frauen mit Migrationsgeschichte (72 %) machten sich 2020 einige oder große Sorgen um ihre Altersversorgung, unter den migrierten Männern betrug dieser Anteil 62 Prozent. Demgegenüber gab die Hälfte der Bevölkerung der Gleichaltrigen ohne Migrationsgeschichte (52 %) an, sich diesbezüglich nicht zu sorgen. Im Altersgruppenvergleich zeigte sich, dass die Besorgnis größer ist, wenn das Rentenalter noch nicht erreicht wurde. Während knapp 22 Prozent der 50- bis 64-Jährigen ohne und 29 Prozent der Gleichaltrigen mit Migrationsgeschichte eine große Besorgnis äußerten, sind es in der Gruppe der über 64-Jährigen ohne Migrationsbiografie sechs Prozent und unter den Migrant*innen desselben Alters 12 Prozent (Cardozo Silva 2025).

Zusammenfassend wurde deutlich, dass die Verteilung der Chancen auf materielle Teilhabe im Kontext von Post-/Migration strukturell geprägt ist und unter anderem über soziale Mechanismen eines ungleichen Zugangs zu Bildungs- und Berufspositionen beziehungsweise Rentenanwartschaften vermittelt wird. In der Lebensphase Alter schlägt sich dies in einem vergleichsweise niedrigen Rentenniveau und einem erhöhten Armutsrisiko von Post-/Migrant*innen nieder. Innerhalb der Bevölkerung mit Migrationsbiografie variieren die Risiken nach Herkunftsregion, Staatsangehörigkeit, Lebensalter und Geschlecht. Ältere Frauen mit Migrationsbiografie und nichtdeutscher Staatsangehörigkeit sind hierbei überproportional armutsgefährdet. Das Geschlecht erweist sich damit in Verschränkung mit Migration als eine zentrale Strukturkategorie sozialer Ungleichheit im Alter.

7.3.3 Wohnen und Nachbarschaft

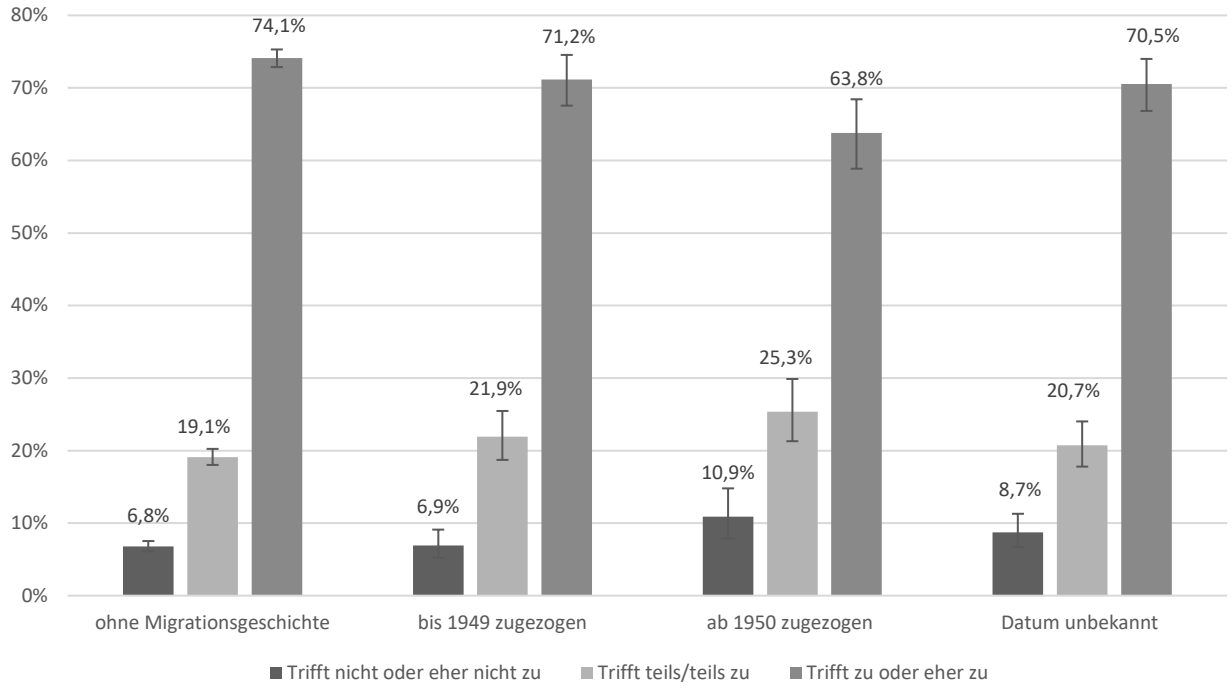
Die Teilhabedimension Wohnen gewinnt im Alter nach dem Übergang in den Ruhestand oder mit sich einschränkender Mobilität zusätzlich an Bedeutung. Zugangschancen zum Wohnungsmarkt gestalten sich unter anderem in Abhängigkeit von den verfügbaren finanziellen Ressourcen, sind aber auch über zugeschriebene Merkmale wie dem Namen oder dem äußeren Erscheinungsbild einer Person vermittelt. Teilhaberelevante Dimensionen des Wohnens sind unter anderem die Qualität der Wohnumgebung und der nachbarschaftlichen Beziehungen sowie die Wohnung selbst.

Im Vergleich zu einem Drittel der in der Studie „Hohes Alter in Deutschland“ (D80+) Befragten ohne Migrationserfahrung wohnte 2020/2021 die Hälfte der ab 1950 Zugewanderten zur Miete und verfügte somit seltener über Wohneigentum. Dies führen Albrecht & Wenner (2025) vor allem darauf zurück, dass Migrant*innen öfter in städtischen Gemeinden mit mehr Mehrfamilienhäusern leben. Baykara-Krumme & Vogel (2020) werten eine solche Verteilung des Wohneigentums auch als Ausdruck einer ungleichen materiellen Teilhabe.

SOEP-Daten aus dem Jahr 2020 wiesen für Migrant*innen ab 50 Jahren eine geringere Zufriedenheit mit ihrer Wohnsituation aus. Hohe Zufriedenheitswerte fanden sich bei 65,6 Prozent der befragten Migrant*innen im Vergleich zu dreiviertel der Älteren ohne Migrationsgeschichte (75 %) (Cardozo Silva 2025). Anders die Ergebnisse aus der D80+-Studie, die unter Umständen einen Kohorteneffekt widerspiegeln: Den Zustand des Wohnhauses beziehungsweise der Wohneinrichtung beurteilten hier die befragten Hochaltrigen ab 80 Jahren unabhängig von einem Migrationskontext in ähnlicher Weise. Dies betraf auch die Einschätzung der „Walkability", das heißt der Eignung ihrer Wohnumgebung, in dieser zu Fuß oder mit dem Rollstuhl unterwegs zu sein (siehe Kapitel 4). Die Ergebnisse erlauben allerdings keine Rückschlüsse auf die tatsächlichen Wohnbedingungen. Früheren Befunden zufolge lebten ältere Migrant*innen beispielsweise auf deutlich weniger Wohnfläche bei gleichzeitig bescheidener Ausstattung (Özcan & Seifert 2005).

Unterschiede zwischen den Hochaltrigengruppen zeigten sich indes im emotionalen Erleben von Wohnumgebung und Nachbarschaft. So schenkten 63,8 Prozent der ab 1950 Migrierten und damit im deutlich geringeren Ausmaß ihrer Nachbarschaft Vertrauen als Hochaltrige ohne Migrationserfahrung (74,1 %) (Abbildung 10), auch wenn wohnortrelevante (z. B. Region, Gemeindetyp) und soziodemographischer Merkmale (z. B. Bildung, Geschlecht) berücksichtigt wurden (Wenner & Albrecht 2025: 19). Vertrauen kann als eine soziale Ressource fungieren, um Ungewissheiten und Unsicherheiten angesichts weitgehender Anonymität zu überbrücken (Hartmann 2001). Es liegt nahe, dass Bedingungen gesellschaftlich verankerter Diskriminierung die Verletzbarkeit von Vertrauen erhöhen. So schienen die nachbarschaftlichen Vertrauensverhältnisse für ab 1950 Zugewanderte weniger tragfähig und krisenresistent. Diese hatten eine mehr als doppelt so hohe statistische Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Hochaltrigen ohne Migrationserfahrung und zu den vor 1950 Migrierten, sich durch die Covid-19-Pandemie in ihrem Vertrauen zur Nachbarschaft stark bis sehr stark negativ beeinflusst zu fühlen. Hinsichtlich der verschiedenen Herkunftsregionen der Migrierten manifestierten sich dabei keinerlei Differenzen in der Vertrauens(dis)kontinuität (Wenner & Albrecht 2025).

Abbildung 10 Vertrauen in die Nachbarschaft nach Migrationsgruppen, Personen ab 50 Jahren



Daten: SOEP v. 38, 2020, gewichtet. Quelle: Wenner & Albrecht 2025.

Anmerkung: Die Teilnehmenden wurden gefragt: Können Sie den Leuten in Ihrer Nachbarschaft vertrauen?

Die sozialen Vernetzungspotenziale älterer Post-/Migrant*innen sind davon abhängig, inwieweit das Wohnquartier und das Wohnumfeld strukturell Gelegenheiten zur Teilhabe eher fördern oder hemmen (Alisch 2019).

Insgesamt wird deutlich, dass die Datenlage bezüglich der Wohnsituation in Abhängigkeit von einem Migrationskontext uneinheitlich und unzulänglich gestaltet ist. Einerseits deuten empirische Befunde auf eine ungleiche

Verteilung von Wohneigentum, Wohnfläche sowie Wohnkomfort und damit einhergehenden niedrigeren Zufriedenheitswerten seitens der Post-/Migrant*innen mit ihrer Wohnsituation hin. Andererseits zeigen Ergebnisse zumindest unter Hochbetagten (ab 80 Jahren) keinen Einfluss des Migrationskontextes auf die Einschätzung der Qualität von Wohnhaus, -einrichtung und -umgebung. Differenzen manifestieren sich zwischen Hochbetagten in der Qualität der nachbarschaftlichen Beziehungen, die insbesondere die nach 1950 Zugewanderten seltener als vertrauensvoll erleben. Strukturell verankerte Diskriminierung kann Vertrauen verringern.

7.3.4 Gesundheit, Lebenszufriedenheit und gesundheitliche Versorgung

Wie beeinflusst ein Migrationskontext gesundheitliche Chancen und Risiken im Alter? Um dieser Frage nachzugehen, werden Daten zum selbst eingeschätzten Gesundheitszustand und zu chronischen Erkrankungen herangezogen. Gesundheit im Alter ist letztlich eine Bilanz aus positiven und negativen Einflussfaktoren im Herkunfts- und Zuwanderungskontext sowie aus lebensgeschichtlichen Chancen und Risiken (Schenk 2007; Schenk & Peppler 2020; Spallek et al. 2011). Dies impliziert auch die Umstände und die damit verknüpften Erfahrungen während des Migrationsereignisses selbst. Gesundheitsrisiken, die mit einem Migrationskontext in Zusammenhang stehen können, sind unter anderem traumatisierende Fluchtumstände, aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten, die Zuweisung gesundheitsriskanter Arbeitsplätze, ein benachteiligter Zugang zum Wohnungsmarkt und wohnräumliche Segregation, unzureichend diversitätssensibel ausgerichtete Gesundheitsangebote oder Diskriminierungserfahrungen. Positiv wirken können etwa Sozialisationskontexte im Herkunftsland, die einen gesundheitsförderlichen Lebensstil prägen, gesundheitsbezogene Selektionsprozesse oder auch Unterstützungspotenziale.

Selbstberichtete Gesundheit

Die selbstberichtete Gesundheit hat eine hohe Vorhersagekraft für die Lebensqualität und Lebenserwartung. Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2020 zeigen, dass eine negativere Beurteilung der eigenen Gesundheit mit einem höheren Lebensalter, dem weiblichen Geschlecht und einem Migrationskontext in Zusammenhang standen. Positiv assoziiert mit der selbst berichteten Gesundheit waren eine soziale Einbindung (gemessen an der Anzahl der Kinder und dem Familienstand *verheiratet*) sowie ein mittlerer und hoher im Vergleich zu einem niedrigen Bildungsstand (Cardozo Silva 2025). Ein Migrationskontext hingegen reduzierte die Wahrscheinlichkeit, den eigenen Gesundheitszustand als (sehr) gut einzuschätzen (Cardozo Silva 2025).

Bei differenzierterer Betrachtung manifestieren sich innerhalb der Migrant*innenpopulation über 50 Jahren deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen. So bewerteten lediglich ein Viertel der Frauen mit Migrationsgeschichte ihre Gesundheit als (sehr) gut im Vergleich zu 39 Prozent der migrierten Männer. Zugewanderte Männer berichteten auch im Vergleich zu Männern (36,6 %) und Frauen (33,9 %) ohne Migrationsbiografie am häufigsten eine (sehr) gute eigene Gesundheit (Cardozo Silva 2025). Ebenso stellte eine Berliner Studie für die Gruppe älterer türkeistämmiger Zugewanderter eine geringere selbstberichtete Gesundheit für die Teilpopulation der Frauen im Vergleich zu den befragten Männern fest (Krobisch et al. 2021). Der Unterschied zwischen Frauen und Männern vermittelte sich hierbei über stärkere gesundheitlich bedingte Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und eine größere emotionale Einsamkeit der befragten Frauen. Interpretationen für diese statistischen Befunde lieferten qualitative Daten zu Alternsvorstellungen türkeistämmiger Arbeitsmigrant*innen der ersten Einwanderergeneration (Krobisch et al. 2021). Sowohl weibliche als auch männliche Interviewte sprachen von einem früheren Altern der türkeistämmigen Frauen. Das frühere Altern sahen sie in der (als fremdbestimmt erlebten) sozialen Rollenvielfalt der Frauen, zum Beispiel in den Bereichen der Sorgearbeit und Berufstätigkeit begründet (Krobisch et al. 2021). In den Erzählungen von interviewten Frauen dokumentierte sich darüber hinaus, dass sich die Belastungen verstärkten, wenn sie ihre Partnerschaft als wenig unterstützend und verlässlich erlebten. Dies mag den Effekt der emotionalen Einsamkeit seitens der Frauen erklären, das heißt einen größer empfundenen Mangel an vertrauter Bindung. Migrationsbedingte und geschlechtsspezifische Belastungen potenzieren sich über den Lebensverlauf und schreiben sich in die subjektive Gesundheit ein. Ähnliche Ergebnisse zu Geschlechtereffekten in der selbst berichteten Gesundheit von jüngeren und älteren Zugewanderten oder ethnischen Gruppen zeigen sich auch in internationalen Studien (Gerritsen & Devillé 2009; Sialino et al. 2024; Todorova et al. 2013).

Chronische Erkrankungen

Die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell: Fokus“ (GEDA Fokus)[85] untersucht unter anderem die Häufigkeit chronischer Krankheiten von Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit. Im Vergleich mit den jüngeren Teilnehmer*innen zeigten die über 60-Jährigen erwartungsgemäß erhöhte Häufigkeiten von über mindestens sechs Monate andauernden gesundheitlichen Problemen als auch selbstberichteten ärztlichen Diagnosen zu koronarer Herzerkrankung, Diabetes mellitus und zur Depression (Bartig et al. 2023). Die Prävalenz einer selbstberichteten chronischen Erkrankung war für die Gruppe der über 65-Jährigen mit den ausgewählten Staatsangehörigkeiten vergleichbar hoch wie in der gleichaltrigen Bevölkerung in Deutschland (GEDA 2019/2020-EHIS). Frauen waren unabhängig von ihrem Alter öfter chronisch krank oder von einer Depression betroffen als Männer, aber seltener von koronaren Herzerkrankungen. Ein sozialer Gradient schien innerhalb der befragten Migrant*innenpopulation weniger bedeutsam: Der Bildungshintergrund erklärte keinerlei Unterschiede; ein hohes Einkommen verringerte nicht generell ein Erkrankungsrisiko, allein jenes für Diabetes mellitus und für eine Depression. Eine kürzere Aufenthaltsdauer (von bis zu 10 Jahren) reduzierte das Risiko für eine chronische Erkrankung oder ein anderes anhaltendes gesundheitliches Problem. Dieser Verlust von anfänglichen Gesundheitsvorteilen seitens der Zugewanderten gegenüber der länger ansässigen Bevölkerung (Healthy Migrant Effect) wird unter anderem mit gesundheitsriskanteren Arbeitsbedingungen (Exposition von gesundheitsschädigenden Einflüssen), einer sozioökonomischen Benachteiligung und Zugangsbarrieren zu Gesundheitsleistungen begründet.

Nach Analysen aus der NAKO Gesundheitsstudie[86] fanden sich in allen migrantischen Gruppen in Deutschland erhöhte Prävalenzen depressiver Symptome (Vonneilich et al. 2023). Für Post-/Migrant*innen der ersten Generation mit deutschem Pass sowie der zweiten Generation blieb dieser Effekt auch nach Kontrolle von sozioökonomischem Status und sozialen Netzwerkressourcen bestehen; dieser zunächst widersprüchliche Befund wird unter anderem vor dem Hintergrund des bei diesen Personengruppen bestehenden Gefühls, nicht dazu zu gehören bei gleichzeitigem Bemühen um soziale Integration, interpretiert.

Zusammenfassend wird deutlich, dass sich zumindest für die ersten Einwanderergenerationen negative Kumulationseffekte im Zusammenspiel von Migration, Alter und Gesundheit abzeichnen. Ergebnisse weisen dabei ältere Migrantinnen als eine Bevölkerungsgruppe mit erhöhter gesundheitlicher Vulnerabilität aus. Anfängliche Gesundheitsvorteile verlieren sich darüber hinaus mit zunehmender Verweildauer im Zuwanderungsland, wobei Diskriminierungserfahrungen das Risiko psychischer und somatischer chronischer Erkrankungen erhöhen.

Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht

Sich verfestigende gesundheitsriskante Verhaltensweisen können Krankheitsrisiken infolge prekärer Lebensumstände verstärken beziehungsweise kann gesundheitsförderliches Verhalten Krankheitsrisiken kompensieren. Auswertungen mit dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) in 2020 zeigen, dass Männer ab 50 Jahren (23 %) häufiger als Frauen (19 %) rauchten. Dieser Geschlechtereffekt findet sich sowohl in der Bevölkerung ab 50 Jahren ohne Migrationsgeschichte als auch in der Gruppe der Migrant*innen. Die männliche Bevölkerung ab 50 Jahren (15 %) konsumierte zudem in höherem Maße als die weibliche Bevölkerung (5 %) täglich Alkohol. Hierbei hatten Männer ohne Migrationsgeschichte den höchsten, Migrantinnen den geringsten Alkoholkonsum. Fast die Hälfte der Frauen mit Migrationserfahrung (47 %) trinkt überhaupt keinen Alkohol (Cardozo Silva 2025). Gemessen am erfragten BMI[87] waren Frauen häufiger normalgewichtig als Männer. In der Bevölkerung ab 50 Jahren ohne Migrationsgeschichte sind diese Geschlechterunterschiede deutlicher ausgeprägt. Am häufigsten von Adipositas betroffen sind allerdings Migrantinnen ab 50 Jahren (29,0 %) sowie Männer ohne Migrationsgeschichte (26,1 %) (Cardozo Silva 2025).

---

85 Mit der Befragungsstudie GEDA Fokus hat das Robert Koch-Institut in den Jahren 2021/2022 eine aktuelle Datenbasis von 6.038 Teilnehmenden erhoben, mittels derer die Gesundheit von 18- bis 79-jährigen Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit hinsichtlich verschiedener sozialer und migrationsbezogener Merkmale charakterisiert werden kann (Bartig, et al. 2023).

86 Die NAKO Gesundheitsstudie, ehemals Nationale Kohorte (NAKO), ist Deutschlands größte Langzeit-Bevölkerungsstudie zu Lebensstil, Umwelt und Genetik (https://nako.de/studie/).

87 Für die Berechnung des BMI (Body Mass Index) wird das Körpergewicht in ein Verhältnis zur Körpergröße gesetzt. Der BMI berechnet sich aus dem Quotienten aus Körpergewicht und Körpergröße zum Quadrat (kg/m2). Der Body-Mass-Index (BMI) wird in der Praxis zur Definition von Übergewicht und Adipositas sowie als Indikator zur Abschätzung des Körperfettanteils genutzt (Cardozo Silva 2025, Schienkiewitz, et al. 2017).

Lebenszufriedenheit

Hinsichtlich der allgemeinen Lebenszufriedenheit bestätigen aktuelle SOEP-Daten vorangegangene Befunde: Die Bevölkerung ab 50 Jahren mit und ohne Migrationsgeschichte wies im Jahr 2020 ähnliche Zufriedenheitswerte auf (Bartig 2022). Jeweils mehr als die Hälfte der Befragten ohne Migrationsbiografie und der befragten Migrant*innen schätzten ihre Lebenszufriedenheit als hoch ein. Aufgefächert nach einzelnen Zufriedenheitsdimensionen, ist das Bild etwas differenzierter: Während die Befragten ab 50 Jahren mit Migrationsgeschichte etwas seltener sehr zufrieden mit ihrem Schlaf und ihrem Freizeitleben waren als jene ohne Migrationsbiografie, lag die Zufriedenheit mit dem Familienleben der älteren Post-/Migrant*innen (69,5 %) über jener der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte (65,4 %). Alisch (2019) macht soziale Netzwerke älterer Post-/Migrant*innen als einen sozialen Raum mit Verwirklichungschancen aus. Die selbstorganisierten Formen informeller Vernetzung zielen auf Geselligkeit, aber auch auf einen Möglichkeitsraum, „etwas Nützliches für sich und andere zu tun", die Familien und Haushalte zu unterstützen sowie gemeinschaftliche Aktivitäten im Stadtteil zu organisieren und zu leben (Alisch 2019: 8).

Der Umstand, dass Migrant*innen trotz größerer finanzieller und gesundheitlicher Belastungen, vergleichsweise zufrieden mit ihrem Leben sind, wird damit erklärt, dass die eigene Lebenssituation im Abgleich mit der nichtmigrierten Bevölkerung im Herkunftsland relativiert wird (Baykara-Krumme & Vogel 2020). Einen weiteren Bezugsrahmen stellt die jeweilige Migrant*innengruppe im Zuwanderungsland dar (Meyer, R. et al. 2011). Migrationsbilanzen überformen oftmals Lebensbilanzen oder sind mit diesen verwoben. Der Migrationsprozess bildet einen übergreifenden Kontext zur Konstruktion von Lebenspräferenzen, aber auch von Orientierungen zum Altwerden, Altsein und zur Pflege (ebd.).

Gesundheitliche Versorgung

Migrationsbezogene Ungleichheiten, die im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung diskutiert werden, beziehen sich auf Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem, aber auch auf die Qualität der Versorgung. Ein Migrationskontext kann mit ungleichen Zugangschancen zum Versorgungssystem einhergehen, etwa in Form eines ungleich verteilten „Systemwissens" (Willis et al. 2016). „Systemwissen" betrifft unter anderem das Wissen um Angebotsstrukturen, akzeptierte Pfade der Gesundheitsversorgung, gängige Verhaltenskodizes oder Abläufe in den Gesundheitseinrichtungen und unterstützt eine erfolgreiche Navigation sowie Interaktion mit Gesundheitsfachkräften. Ein solches Wissen, das auch unsichtbare und nicht kommunizierte „Spielregeln" beinhaltet, vermittelt sich über Erfahrung, also in Abhängigkeit vom jeweiligen Sozialisationskontext. Eine Sprachbarriere erschwert nicht nur den Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch die Versorgungspraxis, sofern nicht auf Dolmetschleistungen zurückgegriffen werden kann (Schneider et al. 2023). Der Einsatz von Dolmetschenden im Gesundheitssystem ist nach wie vor nicht obligatorisch geregelt (Bündnis Sprachmittlung 2022). Weiterhin kann die Qualität der Versorgung dann beeinträchtigt werden, wenn ein in der Versorgungspraxis dominierendes biomedizinisches Verständnis von Krankheit und Heilung nicht die Vielfalt von Gesundheitskonzepten und Umgangsweisen mit Krankheit angemessen bearbeiten kann. Schließlich gehen ethnisierende und rassifizierende Versorgungspraktiken mit Versorgungsnachteilen einher (siehe Abschnitt 7.4; Bartig et al. 2021; DeZIM 2023).

Die gesundheitliche Versorgung der älteren post-/migrantischen Bevölkerung wurde bislang nicht systematisch untersucht. In ihrem Literaturreview trägt Bartig (2022) vereinzelte Studien zusammen, die auf bestimmte Regionen, Migrant*innengruppen und Versorgungsaspekte begrenzt waren. So analysierten Behrens et al. (2014; 2015; 2016) den Zugang zum Mammographie-Screening unter älteren Frauen türkischer Herkunft und rekonstruierten hier Zugangsbarrieren infolge verringerter Wissensbestände, die wiederum auf fehlende mehrsprachige Einladungsschreiben und Informationsbroschüren zum Mammographie-Screening zurückgeführt wurden. Eine bundesweite Analyse der Nutzung von Präventionsangeboten (zur Mundgesundheit, Haut- und Gebärmutterhals-Krebsvorsorge sowie zur Erkennung chronischer Erkrankungen) zeigte aber auch, dass sich mit zunehmender Aufenthaltsdauer die Inanspruchnahme jener der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte annäherte (Starker et al. 2021). Diese Tendenz einer zunehmenden Nutzung von Leistungen des Gesundheitssystems im Migrationsverlauf zeigte sich ebenso bei der Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner*innen, nicht aber von spezialisierten Fachärzt*innen, wie Daten der GEDA Fokus-Studie unter Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit belegen (Loer et al. 2022).

Die wenigen Studien zur Palliativ- und Hospizversorgung in Deutschland liefern Hinweise, dass die entsprechenden medizinischen Angebote etwa aufgrund fehlenden Wissens über Versorgungsmöglichkeiten von schwerkranken Menschen am Lebensende oder aufgrund von Sprachbarrieren für Post-/Migrant*innen schwer zugänglich sind (Henke et al. 2017; Jansky et al. 2017; Migala & Flick 2019). So erzählte im Rahmen einer qualitativen

Studie eine Interviewte, deren beide Elternteile unheilbar an Krebs erkrankt waren: „Hätten wir das mit der Palliativversorgung damals gewusst, hätten wir das bei meinem Vater auch so gemacht damals, wir haben die Pflege in der Familie gemacht und wären beinahe daran zu Grunde gegangen“ (Owusu-Boakye et al. 2020: 139). Narrative Interviews mit älteren Post-/Migrant*innen zeigten darüber hinaus, dass individuelle Biografiearbeit am Lebensende heißt, die Migrationsbiografie und die damit verknüpften spezifischen Lebensumstände für die Krankheitsverarbeitung sowie die Auseinandersetzung mit dem Tod angemessen zu berücksichtigen und zu reflektieren (Owusu-Boakye et al. 2020).

Organisationen des Gesundheitssystems wie das Krankenhaus vermögen Teilhabe, aber auch Exklusionsprozesse zu verstärken. Diversitätsrichtlinien, „interkulturelle“ Leitbilder, wie sie sich in Internetauftritten, Unternehmensportraits, Informationsbroschüren oder Pressemitteilungen von Krankenhäusern finden, scheinen vornehmlich der Schauseite der Organisationen, das heißt ihrer Außendarstellung, zugeordnet (Schenk et al. 2022a). In der Versorgungspraxis wird Diversität überwiegend situativ und ad-hoc in den Interaktionen zwischen Gesundheitspersonal, Patient*innen und Angehörigen bearbeitet (Apelt et al. 2023). Soziale und religiöse Präferenzen von Patient*innen und damit verknüpfte Körperreaktionen und Affekte wie Angst, Scham, Trauer oder Schmerz, die nicht der dominanten „Referenz“ (Ray 2019) entsprechen, werden durch das Gesundheitspersonal eher als abweichend und den Behandlungsprozess störend wahrgenommen. Diese Entkopplung von Leitbild und Versorgungspraxis läuft Gefahr, Versorgungsungleichheiten zu zementieren und rassifizierende Versorgungspraktiken zu befördern (ebd.). Strategien im Umgang mit Diversität richten sich in Krankenhausorganisationen bislang vornehmlich auf Personal- und weniger auf eine Organisationsentwicklung (Schenk et al. 2022b). Hierbei gilt „(inter-/trans-)kulturelle“ Kompetenz von Mitarbeitenden im Sinne eines Sets an kognitiven Orientierungen, Wissensbeständen, Fertigkeiten und Haltungen (Egger 2017; Mews et al. 2018) als Schlüsselqualifikation, um Versorgungsungleichheiten auszutarieren (Betancourt et al. 2005; McGregor et al. 2019). Beim Kompetenztraining wird der kritischen Selbstreflexion verinnerlichter Wert- und Vorurteile sowie der eigenen sozialen Prägung viel Raum gegeben. Am Konzept der kulturellen Kompetenz wird unter anderem der Blick auf kulturelle Differenz, der Kulturalisierungstendenzen Vorschub leisten kann, sowie eine fehlende oder unzureichende Berücksichtigung von Intersektionalität und Machtasymmetrien kritisiert (Czollek et al. 2020; Tezcan-Güntekin 2020). Diskriminierende soziale Praktiken auf der interaktiven Ebene sind eng verwoben mit Regeln und Routinen auf der organisationalen Ebene (Czollek et al. 2020; Scherr 2022). Geboten sind daher organisationale Rahmenbedingungen in den Gesundheitseinrichtungen, die diskriminierungsfreies Handeln langfristig befördern.

Pendelmigration und medizinische Versorgung

Türkeistämmige Pendelmigrant*innen nehmen die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung in der Türkei als besser ihren körperlichen, psychischen und religiösen Bedürfnissen entsprechend wahr als jene in Deutschland (Tezcan-Güntekin 2018b). Hingegen wird die Qualität des Gesundheitssystems in Deutschland im Vergleich zu jenem in der Türkei als höher eingeschätzt. Pendelmigrant*innen sehen sich bei ihrer Gesundheitsversorgung allerdings sowohl im Herkunfts- als auch im Zielland mit Herausforderungen konfrontiert (ebd.). Eine Studie aus Nordrhein-Westfalen zeigte auf der Grundlage von Versichertendaten der AOK Rheinland-Hamburg konkrete gesundheitliche Risiken des transnationalen Lebens älterer türkeistämmiger Post-/Migrant*innen auf (Stern et al. 2023a): Diskontinuitäten der medikamentösen und der ärztlichen Versorgung traten insbesondere bei Diabetes mellitus und Asthma bronchiale signifikant häufiger bei türkeistämmigen als bei anderen AOK-Versicherten auf. Diese Diskontinuitäten stiegen bei Versicherten im Rentenalter im Vergleich zu den 60- bis 64-Jährigen an und könnten ein Hinweis auf Auswirkungen des transnationalen Lebens sein (Stern et al. 2023a).

Solche Diskontinuitäten können einer qualitativen Studie zufolge auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden, darunter Sprachbarrieren, Zeitknappheit, mangelnde Diversitätssensibilität bei Ärzt*innen in Deutschland und unzureichende Informationen über Medikamente und Krankheiten, aber eben auch die Bedingungen, in welche eine Pendelmigration eingebettet ist. So erschweren oder verhindern sozialrechtliche Barrieren wie fehlende Nachweise der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), komplizierte Anmeldungen bei der türkischen Sozialversicherungsanstalt und undurchsichtige Erstattungsprozesse von Leistungen durch die GKV in der Türkei die Nutzung des türkischen Gesundheitssystems. Dies führt zur Vernachlässigung von Kontrolluntersuchungen und zu medikamentöser Diskontinuität, was sich negativ auf die körperliche Gesundheit auswirken kann, während sich die psychische Gesundheit möglicherweise durch Aufenthalte im Herkunftsland verbessert (Stern et al. 2023b). Einen positiven Effekt auf die Versorgung älterer Pendelmigrant*innen haben die Einbindung von Angehörigen in die Versorgung, ein gutes Vertrauensverhältnis zu Ärzt*innen und die frühzeitige Besprechung geplanter Aufenthalte im Herkunftsland (ebd.).

Auch können verschriebene Medikamente aufgrund der Quartalsregelung bei längeren Aufenthalten im Herkunftsland nicht in ausreichender Menge mitgeführt werden, sind gar nicht oder nur unter einem anderen Markennamen in der Türkei erhältlich oder nicht erschwinglich (Bilecen & Tezcan-Güntekin 2014). Für Pendelmigrant*innen besteht durch die Diskontinuität in der medizinischen und vor allem medikamentösen Versorgung ein hohes Risiko für eine Unter- oder Fehlversorgung (ebd.).

Die Aufrechterhaltung eines transnationalen Lebens kann durch Pflegebedürftigkeit erschwert werden. Der Bezug von Pflegegeld- und Sachleistungen ist im Nicht-EU-Ausland sehr begrenzt möglich. Pflegegeld kann, wenn sich die Person in einem Land außerhalb der EU aufhält, nur sechs Wochen lang bezogen werden; Pflegesachleistungen können im Nicht-EU-Ausland nicht eingesetzt werden (vgl. die Regelungen zum Ruhen der Leistungsansprüche bei Aufenthalt im nicht-EU-Ausland über sechs Wochen in § 34 SGB XI).

Weil transnational lebenden ältere Menschen Pflegegeld und Pflegesachleistungen in Nicht-EU-Ländern nur zeitlich begrenzt beziehungsweise gar nicht in Anspruch nehmen können, entsteht eine erhöhte zeitliche, finanzielle und emotionale intergenerationale Belastung für die Familienangehörigen in Deutschland. Diese Belastungen wirken sich negativ auf den Lebensverlauf und die berufliche und bildungsspezifische Laufbahn der betroffenen Familienangehörigen aus und können damit das Risiko für Altersarmut erhöhen (Vogel & Motel-Klingebiel 2013). Schiefer (2022) weist basierend auf Studien zu transnationaler Pflegeübernahme darauf hin, dass sowohl auf politischer als auch gesellschaftlicher Ebene das Verständnis für grenzüberschreitende Perspektiven und Lebensrealitäten stärker als bislang geschärft werden muss, um den Lebenswirklichkeiten eines Teils der Bevölkerung in Deutschland gerecht zu werden und familiäres Wohlergehen und intergenerationale Solidarität transnational zu verankern.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass ein Migrationskontext mit ungleichen Zugangschancen zur Gesundheitsversorgung sowohl im Zuwanderungsland als auch im Herkunftskontext verknüpft ist. Risiken für eine nicht adäquate gesundheitliche Versorgung erhöhen sich unter anderem durch Sprachbarrieren, fehlende Sozialisation in das jeweilige Gesundheitssystem sowie ethnisierende und rassifizierende Versorgungspraktiken. Mit zunehmender Verweildauer nimmt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Zuwanderungsland zu. Ein transnationaler Lebensstil birgt allerdings das Risiko einer diskontinuierlichen medikamentösen sowie ärztlichen und pflegerischen Versorgung. Eine systematische Analyse der Versorgungssituation von älteren Post-/Migrant*innen und des Umgangs von Gesundheitsorganisationen mit Diversität fehlt bislang.

7.3.5 Pflegeerwartungen und pflegerische Versorgung

Pflegeerwartungen und -vorstellungen

Der spezifische Erfahrungsraum eines „Migrationskontextes“ kann sich in habitualisierten Gewohnheiten, Präferenzen, Abneigungen und sozialen Praktiken (potenziell) zu Pflegender einschreiben, die für den Pflegealltag bedeutsam sind (Schenk et al. 2024). Die Erwartungen an die nachfolgenden Generationen ist insbesondere im Fall der Pflegeübernahme ein dynamisches und relevantes Thema. In verschiedenen Studien wird herausgestellt, dass es zunehmend schwierig ist, Beruf, Sorgearbeit und Freizeit miteinander zu vereinbaren (Blinkert 2007; Soom Ammann et al. 2013, alle zitiert nach Volkert & Risch 2017) – dies steht dem verbreiteten Wunsch von Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte in Deutschland entgegen, bei Pflegebedürftigkeit in ihrem Zuhause und vorzugsweise von Angehörigen gepflegt zu werden (Carnein & Baykara-Krumme 2013; Infratest 2011).

Gleichzeitig möchten viele Post-/Migrant*innen ihren Kindern nicht zur Last fallen und können sich deshalb vorstellen, im Alter von ihren Kindern getrennt zu leben. In einer Studie unter älteren Migrant*innen aus asiatischen Ländern stimmten 70 Prozent der Befragten der Aussage zu, den Kindern nicht zur Last fallen zu wollen. Zudem sei es den in Deutschland sozialisierten Kindern nur schwer zuzumuten, tradierte Pflegerollen zu übernehmen (Kim, M.-S. 2020). Krobisch et al. (2016) konnten entgegen der bis dahin verbreiteten Annahme eine grundsätzliche Offenheit älterer türkeistämmiger Personen gegenüber der professionellen Pflege feststellen: Mit 89 Prozent stimmte die große Mehrheit der Befragten der allgemeinen Aussage zu, dass ältere Menschen durch professionelle Pflegekräfte versorgt werden sollten. Gleichzeitig sah aber auch ein Großteil (77 %) die Ehepartner*innen in der Pflicht und etwas häufiger die Töchter (55 %) als die Söhne (47 %). Ein kombiniertes Modell aus familialer und professioneller Pflege scheint hier veränderten Lebensrealitäten Rechnung zu tragen. In diese Richtung weist auch der Befund, dass sich drei Viertel der Befragten (74 %) vorstellen konnten, ambulante Pflege für sich zu nutzen, nur 16 Prozent lehnten ambulante Pflege grundsätzlich ab. Stationäre Pflege in Anspruch zu nehmen war hingegen für mehr als die Hälfte der türkeistämmigen Befragten (58 %) keine Option, aber immerhin ein Viertel (22 %) konnte sich vorstellen, dauerhaft in einem Pflegeheim zu leben (Krobisch et al. 2020). Ein

Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung kam allerdings für die befragten Frauen deutlich seltener in Betracht als für die befragten Männer. Dabei äußerten Frauen (58,1 %) häufiger als Männer (39,8 %) Bedenken, in einem Pflegeheim nicht gut versorgt zu sein (Krobisch et al. 2014).

Eine auf muslimische Menschen ausgerichtete Studie des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge aus dem Jahr 2017 weist in eine ähnliche Richtung. Hier zeigten sich 38 Prozent der Befragten zwischen 60 und 69 Jahren ohne akute Pflegebedürftigkeit offen dafür, im Pflegefall ein Altenheim in Anspruch zu nehmen, bei den Befragten ab 70 Jahren stieg dieser Anteil auf 52 Prozent. Die Bereitschaft zur Nutzung von betreuten Wohngemeinschaften oder Tagespflege lag bei etwa 19 Prozent bei den Menschen zwischen 60 und 69 Jahren und bei der Gruppe der über 69-Jährigen bei 12 Prozent. Lediglich vier Prozent in beiden Altersgruppen wünschten sich ausschließlich Pflege in der eigenen Häuslichkeit (ohne professionelle Unterstützung). Professionelle ambulante Pflege zur Unterstützung konnten sich 20 Prozent der 60- bis 69-jährigen und 11 Prozent der 70-jährigen und älteren Muslime vorstellen (Volkert & Risch 2017).

Pflegebezogene Bedürfnisse richteten sich seitens türkeistämmiger Menschen auf einen respektvollen und freundlichen Umgang und gleichgeschlechtliche Pflege sowie bei türkisch- und russischstämmigen Menschen auf muttersprachliche Pflege (Krobisch et al. 2016; Thum et al. 2015). Der Muttersprache wurde hierbei sowohl eine instrumentelle als auch eine emotionale Funktion zugewiesen. Neben einer Verständigung auf der Sachebene besaß die Muttersprache einen ebenso hohen Stellenwert für den Austausch in seelischen Belangen und eine vergemeinschaftende Funktion, die das soziale Miteinander und das Zugehörigkeitsgefühl befördert (Krobisch et al. 2016, Schwass 2023). Weiterhin erachteten die befragten türkeistämmigen Frauen häufiger diversitätssensible Merkmale (z. B. gleichgeschlechtliche Körperpflege) als bedeutsam für eine professionelle Pflege im Unterschied zu den befragten Männern (Krobisch et al. 2016). Insgesamt waren diversitätssensible Aspekte denjenigen Befragten wichtiger, die sich eher „türkisch“ geprägt fühlten oder ihre Deutschkenntnisse als gering einstuften. Unterschiede zeigten sich insbesondere im Wunsch, dass die Körperpflege durch eine gleichgeschlechtliche Pflegekraft vorgenommen wird (Männer: 53,6 %, Frauen: 91,9 %) (ebd.). Eine qualitative Studie identifizierte verschiedene Muster in der präferierten Körperpflege in Abhängigkeit vom religiösen Hintergrund der Pflegebedürftigen (Schwass 2023). Allerdings kann nicht automatisch von einer (zugewiesenen) ethnischen oder religiösen Zugehörigkeit auf Pflegepräferenzen geschlossen werden.

Eine qualitative Studie, die auf Pflege bezogene Orientierungen der ersten und zweiten Einwanderergenerationen aus der früheren Sowjetunion beziehungsweise deren Nachfolgestaaten (Russlanddeutsche und jüdische Kontingentflüchtlinge) und der Türkei rekonstruierte, konnte aufzeigen, dass die Zweite Generation der Migrant*innen aus der früheren Sowjetunion mehrheitlich eine stationäre Langzeitpflege ihrer Eltern ablehnte und das Pflegeheim als Ausdruck zerrissener Familienstrukturen oder als Symbol eines unkontrollierbaren fremdbestimmten Alternsprozesses interpretierte (Meyer, R. et al. 2011). Anders verhielt es sich in der jüngeren türkeistämmigen Generation. Hier dominierte ebenfalls eine Pflegeverpflichtung gegenüber den Eltern, jedoch wurde beispielsweise eine Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung gerechtfertigt, wenn dadurch eine bessere Fürsorge gewährleistet werden könnte. Die Interviews lieferten weiterhin Anhaltspunkte dafür, dass sich der Wunsch, von den eigenen Kindern gepflegt zu werden, über die Generationen zunehmend auflöst (ebd.). Carnein und Baykara-Krumme vergleichen die Einstellungen zur Pflegeverantwortung in der ersten und der zweiten Generation türkeistämmiger Migrant*innen. Ihnen zufolge stimmten der globalen Aussage, dass Kinder ihre Eltern pflegen sollten, sowohl die erste als auch die zweite Generation in hohem Maß zu. Die eigene Bereitschaft, die Pflege der Eltern zu übernehmen, erwies sich auf konkrete Nachfrage in beiden Gruppen als geringer, insbesondere bei einem höheren Bildungsstand und bei geringer Einbindung in religiöse Netzwerke (Carnein & Baykara-Krumme 2013). Die Antworten der ersten und der zweiten Migrant*innengeneration unterschieden sich in dieser Studie nur geringfügig; große Unterschiede zeigten sich aber zu der autochthonen Vergleichsgruppe. So lehnten in beiden Generationen türkeistämmiger Menschen mit 10 Prozent ab, die Verantwortung für ihre Eltern zu übernehmen oder waren unentschieden, aber 44 Prozent stimmten dem vorbehaltlos zu. Bei den Befragten der autochthonen Bevölkerung hingegen lehnte ein Fünftel diese Aussage ab, und weniger als ein Fünftel stimmte ihr vorbehaltlos zu. Der Frage, ob Kinder ihre pflegebedürftigen Eltern zu sich nehmen sollten, stimmten über 80 Prozent der Türkeistämmigen zu, ein Sechstel war unentschieden oder lehnte dies ab. Von den Nicht-Migrant*innen stimmten dem 40 Prozent zu (ebd.).

Die qualitative Studie von Breuer und Frohn (2022) verdeutlicht die Ambivalenz zwischen der Reproduktion traditionell-gesellschaftlich tradierter Bilder von einer Pflegeübernahme durch die Familie und einer (Ent)Kulturalisierung von Pflegeentscheidungen und zeigt zentrale Vorstellungen von türkeistämmigen Menschen in Bezug auf Pflege auf. Die als „ethnisierend-normativ“ bezeichnete Vorstellung von Pflege wird als spezifisch für die türkeistämmige Community verstanden und ist dadurch gekennzeichnet, dass die Pflege älterer Menschen durch

Familienangehörige erfolgen sollte, wodurch eine familiale Sorgeverantwortung reproduziert wird. Teilweise wurde diese Vorstellung bestätigt, es wurde relativiert oder die Befragten positionierten sich dagegen – jedoch wurde sie von allen Befragten reproduziert. Besonders interessant ist an diesen Ergebnissen, dass sogar Befragte in Bezug auf Erwartungen in türkeistämmigen Communities Stereotype (z. B. Pflege durch Familienmitglieder) reproduzierten, gleichwohl sie diese Positionen nicht vertraten. Durch die Analysen kann aufgezeigt werden, dass die Unterschiedlichkeit der Pflegeerwartungen von den Selbstzuschreibungen der Befragten, also der Beschreibung der eigenen Rolle abhängig sind (Breuer & Frohn 2022).

Pflegebedürftigkeit von Post-/Migrant*innen

Zur Pflegebedürftigkeit von Post-/Migrant*innen, die in Deutschland leben, liegen bislang nur wenige verlässliche Daten vor. Die Migrationsgeschichte wird beispielsweise in der Pflegestatistik nicht erfasst. Migrationssensitive amtliche Statistiken zu Gesundheit und Pflege stellen eine Grundlage für belastbare Aussagen zur Pflegebedürftigkeit und zur Inanspruchnahme dar und könnten eine verlässlichere Prognose des zukünftigen Pflegebedarfs von Post-/Migrant*innen ermöglichen.

Über die amtlichen Statistiken hinaus existieren quantitative Studien, die den Migrationshintergrund im Kontext von Alter und Pflegebedürftigkeit erfassen. Diese sind insbesondere dadurch in ihren Erkenntnissen begrenzt, dass geringe Deutschkenntnisse ein Ausschlusskriterium sind und dadurch ein Teil der Post-/Migrant*innenpopulation nicht in den Ergebnissen abgebildet werden kann. Eine Studie, die im Kontext von Pflege und Migration als eine repräsentative Studie qualifiziert wird, ist die Studie „Abschlussbericht zur Studie ‚Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes'", die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durch TNS Infratest Sozialforschung durchgeführt wurde (Infratest 2011). Diese Studie erfasste den Migrationshintergrund entsprechend der Definition des Mikrozensus, jedoch hatten nur 8 Prozent der 1.500 Befragten einen Migrationshintergrund, was nicht dem Anteil in der Gesamtbevölkerung entspricht. Zudem gaben drei Viertel der Befragten mit Migrationshintergrund Deutsch als Muttersprache an. Damit beträgt der Anteil der befragten Menschen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch 30 von 1.500 Personen. Daraus wiederum ist zu schließen, dass die Repräsentativität der Studie nicht gewährleistet ist, da sie nicht die tatsächliche Struktur der post-/migrantischen Bevölkerung in Deutschland abbildet. Eine durch das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene und durch Infratest im Jahr 2017 durchgeführte Studie bezog „Pflegebedürftige mit Migrationshintergrund, die in Haushalten leben, in denen keine Person hinreichend Deutsch spricht" (nicht näher benannt) nicht in die Studie ein und stellt fest, dass 66 Prozent der Befragten Menschen mit Migrationsgeschichte Deutsch als Muttersprache angeben. Die Bezeichnung der Menschen ohne hinreichende Deutschkenntnisse als „Sondergruppe" und die empirisch nicht belegte Schlussfolgerung, dass „deren Anteil auch bei den Haushalten mit pflegebedürftigen Migranten allerdings noch gering ist" (Schneekloth et al. 2017: 163) zeigt auf, dass die Verfasser*innen dieser „repräsentative Studie" nicht kritisch und reflexiv mit eigenen methodischen Zugängen und fehlenden Daten umgehen und dazu beitragen, dass die Ergebnisse beispielsweise zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen kaum Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte aufzeigen. Dies wird jedoch nicht dahingehend reflektiert, dass hier wesentliche Teile von Migrationsgruppen aus der Studie ausgeschlossen waren. Die Schlussfolgerung, dass es sich bei älteren Menschen mit „Migrationshintergrund" und deutschem Pass um (Spät-)Aussiedler*innen handelt (Schneekloth et al. 2017) weist ebenfalls auf eine Perspektive hin, die Post-/Migrant*innen, die die deutsche Staatsbürgerschaft übernommen haben, ausblendet und damit das aktuelle Migrationsgeschehen nicht berücksichtigt.

Obwohl im Abschlussbericht der vom Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes" von Infratest (2011) insbesondere die aus sprachlichen Gründen schwieriger für Pflegeunterstützung erreichbaren Bevölkerungsgruppen unterrepräsentiert sind, zeigen die Ergebnisse folgendes: Pflegebedürftige mit Migrationsgeschichte wiesen häufiger eine höhere Pflegestufe auf (15 % vs. 9 % in der nicht-migrantischen Bevölkerung) (Infratest 2011; Kohls 2012) und der Anteil der Menschen in Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person, die keine Pflegeleistungen beantragt hatten, war doppelt so hoch wie in der Bevölkerung ohne Migrationsgeschichte (Infratest 2011). Hierzu existieren auch widersprüchliche Studien, die aufzeigen, dass Post-/Migrant*innen seltener eine hohe Pflegestufe erhalten. Die widersprüchlichen Ergebnisse können sowohl von den unterschiedlichen Studiendesigns als auch von den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen abhängen, aber auch davon, dass die Pflege-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst insbesondere von Post-/Migrant*innen als Barriere wahrgenommen wird und es zu sogenannten „kulturellen Missverständnissen" bei der Begutachtung kommen kann (Glodny & Yılmaz-Aslan 2014; Tezcan-Güntekin & Kurt 2017).

Eine Berliner Studie, die auf ältere türkeistämmige Personen begrenzt war, fand für knapp ein Viertel der Befragten (24,2 %) Hinweise auf eine Pflegebedürftigkeit (Krobisch et al. 2014). Im Vergleich zu den Pflegequoten der Gesamtbevölkerung verwies dieser ermittelte Anteil auf einen erhöhten Pflegebedarf türkeistämmiger Migrant*innen. Für 31 Prozent der türkeistämmigen Frauen im Vergleich zu 18 Prozent der Männer sowie 27 Prozent mit einem niedrigen im Vergleich zu 14 Prozent mit einem höheren Sozialstatus wurde eine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Gleichzeitig lieferten die Ergebnisse Hinweise auf einen ungedeckten Pflegebedarf, da ein Teil der als pflegebedürftig Identifizierten über keinen Pflegestatus verfügte (ebd.).

Diversitätssensible pflegerische Versorgung

In der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte ist häufiger eine ausschließlich häusliche Pflege – oftmals in Kombination mit der Inanspruchnahme von Pflegegeld – vorzufinden, die durch Angehörige geleistet wird. Ältere Daten eines Medizinischen Diensts der Krankenkassen zeigen, dass der Anteil der durch Angehörige gepflegten türkeistämmigen Menschen noch bei 98 Prozent lag (Okken et al. 2008), wobei bei den türkeistämmigen Versicherten insgesamt seltener (61 %) im Gegensatz zu nicht-türkeistämmigen Versicherten (75 %) eine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Bei Bewilligung von Pflegeleistungen wurde türkeistämmigen Versicherten allerdings öfter ein höherer Pflegebedarf zuerkannt (ebd.). Eine Studie aus dem Jahr 2017 bestätigt die Tendenz, dass zumindest muslimische Post-/Migrant*innen zumeist zu Hause durch Familienangehörige gepflegt werden (Volkert & Risch 2017). Dieser hohe Anteil an häuslicher Pflege durch Familienangehörige könnte sich durch die zunehmende Bereitschaft, professionelle Pflege in Kombination mit häuslicher Pflege anzunehmen, künftig reduzieren (Krobisch et al. 2016). Die Schnittstelle zwischen Pflegestützpunkten und post-/migrantischen Pflegebedürftigen wird beispielsweise durch das Berliner Landesprojekt „Brückenbauer*innen in der Pflege“ adressiert, die Menschen unterschiedlicher Muttersprachen zu Themen der Pflege schult und befähigt, Post-/Migrant*innen mit Pflegebedarf niedrigschwellig zu erreichen und gemeinsam mit den Pflegeberater*innen kultursensibel zu ihren Ansprüchen und vorhandenen Hilfsangebote zu beraten.

Lediglich 8 Prozent der ambulanten Pflegedienste in Deutschland hielten gemäß einer bundesweit repräsentativen Studie migrationsspezifische Angebote vor (Schneekloth et al. 2017). Etwas mehr Pflegedienste (11 %) gaben an, Pflegebedürftige mit Migrationsbiografie zu betreuen (ebd.). Darüber hinaus lieferten regional begrenzte Studien differenzierte Erkenntnisse zur Diversitätssensibilität der ambulanten Versorgungsstrukturen (Barg et al. 2013; Kolleck 2007; Lotze & Hübner 2008; Sonntag et al. 2020). In allen Studien erwies sich die Angebotsausrichtung als unzureichend auf die Bedürfnisse der Zugewanderten zugeschnitten. Insbesondere eine muttersprachliche Pflege sowie spezifische Sterbe- und Beerdigungsvorsorge kann nicht gewährleistet werden (Sonntag et al. 2020). Als Hindernisse für die Umsetzung einer migrationssensiblen Pflege wurden fehlende ökonomische Ressourcen (wenn Leistungen nicht über die Pflegekasse abgerechnet werden können), mangelnde Fortbildungsmöglichkeiten sowie Personalknappheit genannt (ebd.). Schwass (2023) charakterisiert die nonverbale Kommunikation mit Mimik und Gestik, Empathie und Geduld als wertvolle Kompetenzen, um fehlende Möglichkeiten einer sprachlichen Verständigung kompensieren zu können, während Omeni (im Erscheinen) diese Ad-hoc-Lösungen als anfällig für Missverständnisse und Ausgrenzung identifiziert.

Bislang fehlt eine verschränkende Perspektive auf zu pflegende Post-/Migrant*innen, die neben Ethnizität und Migration auch durch weitere soziale Zugehörigkeiten wie zum Beispiel Gender, sozioökonomischen Status, sexuelle Orientierung, Religion, Armut, Behinderung charakterisiert sind. Diese können sich in der Gesamtschau erschwerend auf die pflegerische Versorgung auswirken. Als ein wirksamer Zugang zur mehrdimensionalen Lebenswelt der zu Pflegenden und als ein Instrument, um Stereotypisierungen in der pflegerischen Beziehung zu vermeiden, scheint sich die Biografiearbeit zu erweisen (Schwass 2023).

Ältere post-/migrantische pflegende Angehörige

Wird die Altersstruktur betrachtet, so waren im Jahr 2019 in Deutschland 30 Prozent der pflegenden Angehörigen zwischen 50 und 59 Jahre alt, 17 Prozent zwischen 60 und 65 Jahre und 25 Prozent über 65 Jahre alt (Herrmann, J. et al. 2022). Damit liegt die Pflegelast vornehmlich bei der älteren Bevölkerung. Ab dem Alter von 65 Jahren richtet sich die Pflege durch Angehörige zunehmend auf (Ehe-)Partner*innen (Ehrlich & Kelle 2019, 2021). Die vorliegenden Ergebnisse differenzieren allerdings nicht zwischen Post-/Migrant*innen und Menschen ohne Migrationsgeschichte. Trotz der defizitären Datenlage bezüglich pflegender post-/migrantischer Angehöriger, die eine genaue Quantifizierung erschwert (Olbermann 2020), liegt nahe, dass auch in dieser Gruppe die Pflege der (Ehe-)Partner*innen ab dem 65. Lebensjahr vorherrscht.

Im Kontext von Post-/Migration sind ältere pflegende Angehörige bereits oftmals mit zusätzlichen Belastungen für ihre Pflege- und Lebenssituation konfrontiert. Prekäre Lebensumstände mit niedrigen Einkommen und

schlechten Wohnverhältnissen bei gleichzeitig geringen Deutschkenntnissen ergeben eine für die Gestaltung von Pflegesituationen erschwerende Belastungskonstellation (Olbermann 2020). In diesem Zusammenhang wird auch von einem dreifachen Belastungsrisiko für die Hauptpflegeperson gesprochen, da die ohnehin mit der Pflegeübernahme und dem eigenen Alternsprozess verknüpften Belastungen durch einen Migrationskontext potenziert werden (Kuhlmey & Budnick 2023). Damit erweist sich die Frage, wie gesundheitliche Einschränkungen – besonders unter Berücksichtigung eines gesteigerten Risikos für Multimorbidität – und die Bewahrung eines eigenen Lebensstils für pflegende Angehörige im Lichte der Migrationserfahrung in Einklang gebracht werden, als weitgehend ungelöst. Alles in allem ist die Situation pflegender post-/migrantischer Angehöriger durch große Herausforderungen und eine beträchtliche Komplexität gekennzeichnet (Aslan & Tezcan-Güntekin 2022; Dibelius & Uzarewicz 2006).

In der deutschen Forschungslandschaft finden sich Studien zu diversitätssensibler Pflege im Zusammenhang mit Merkmalen wie „Migration“ (Tezcan-Güntekin 2018b, 2020, 2021; Tezcan-Güntekin et al. 2020; Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022) und „Religion“ (Volkert & Risch 2017). Auch wenn diese nicht explizit auf die altersspezifischen Aspekte pflegender Angehörigen mit Migrationsgeschichte eingehen, sind ihre Aussagen auch für diese Zielgruppe zutreffend (Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022). Einige der bekannten Herausforderungen sind Stigmatisierung und Tabuisierung in post-/migrantischen Communities, insbesondere in türkischen Gemeinschaften (Tezcan-Güntekin 2020), geringe Selbstmanagementkompetenzen, insbesondere bei demenziell Erkrankten (Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022), geringe Sprach- und Kommunikationskompetenzen (Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022; Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2012), eingeschränkte digitale Gesundheitskompetenz (Horn et al. 2022) sowie Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, zitiert nach Bartig et al. 2021; Gil-Salmerón et al. 2021).

Hilfreich wären langfristig begleitende Strukturen (Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022), die Bereitstellung von Informationen in der jeweiligen Muttersprache oder in einer leicht verständlichen Sprache, die Verbesserung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy) (Tezcan-Güntekin 2018b; Yilmaz-Aslan, Yüce et al. 2022) sowie die Entwicklung spezifischer, auf individuelle Bedürfnisse zugeschnittener Angebote (Dibelius et al. 2016; Piechotta-Henze 2018; Tezcan-Güntekin et al. 2020).

Es kann bilanziert werden, dass in der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte die Offenheit für ambulante und stationäre Pflegeangebote wächst. Gleichzeitig werden professionelle pflegerische Versorgungsleistungen unter anderem infolge fehlender Kenntnisse um die rechtlichen Ansprüche und existierenden Angebote zumeist erst spät im Krankheitsverlauf und in nur geringem Maße genutzt. Pflegende Angehörige sind oftmals überlastet. Pflegeangebote sind nur unzureichend auf die Bedürfnisse der älteren Post-/Migrant*innen zugeschnitten, insbesondere fehlen mehrsprachige Angebote. Post-/Migrantinnen, die in höherem Maße als Männer von einer Pflegebedürftigkeit betroffen sind, messen dabei diversitätssensiblen Angeboten eine hohe Relevanz bei.

Intergenerationale Unterstützung

Intergenerationale Unterstützungspotenziale spielen eine zentrale Rolle bei der Entlastung von älteren Angehörigen, die sowohl selbst Unterstützung benötigen als auch pflegebedürftige Personen in der Familie versorgen. Generationenbeziehungen im Sinne eines stärkeren Familienzusammenhaltes sind in kollektivistisch orientierten Gesellschaften stärker ausgeprägt als in individualistisch geprägten Gesellschaften (Baykara-Krumme 2012, zitiert nach Bartig 2022). Die Unterschiede können mit den Wertehaltungen der Familien zusammenhängen und mit der Relevanz, die familiale Räume für Post-/Migrant*innen haben, in denen sie vor Diskriminierungen und Ausgrenzungen geschützt sind (Dietzel-Papakyriakou 2005; Schimany et al. 2012, zitiert nach Bartig 2022).

Die Rolle der Großelternschaft ist in intergenerationalen Beziehungen zentral, da durch Großelternschaft sowohl die soziale Teilhabe als auch das Potenzial der gegenseitigen intergenerationalen Unterstützung steigt. Auf Grundlage der DEAS-Daten wurde die Großelternschaft gesondert in den Blick genommen, jedoch nicht differenziert nach Migrationsstatus (Bünning 2022). Im Jahr 2020 hatten demnach 49 Prozent der Menschen im Alter von 46 bis 90 Jahren mindestens ein Enkelkind, 32,8 Prozent hatten Enkelkinder im besonders betreuungsintensiven Alter bis 13 Jahren (Bünning 2022).

Post-/Migrant*innen leben häufiger in einem Zwei-Generationen-Haushalt als Deutsche ohne Migrationsgeschichte. Das gemeinsame Wohnen kann sowohl von der älteren als auch von der jüngeren Generation als Unterstützung wahrgenommen werden (Baykara-Krumme 2012). Baykara-Krumme und Vogel zufolge begründen „herkunftsspezifische Variationen in familienbezogenen Einstellungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit

der Migration selbst […] unterschiedliche Muster der intergenerationalen Unterstützung zwischen älteren Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte“ (Baykara-Krumme & Vogel 2020; zitiert nach Bartig 2022: 18).

7.4 Rassismus und Teilhabe

Vor dem Hintergrund aktueller gesellschaftlicher Debatten und Konflikte zum Thema Migration ist auch die Auseinandersetzung mit rassistischen Einstellungen und ihren Auswirkungen auf die Teilhabechancen älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland relevant. Hierzu ist zunächst eine differenzierte Erklärung des Rassismusbegriffs erforderlich, um die Mehrdimensionalität des Konzeptes verständlich zu machen (siehe Abschnitt 7.4.1); anschließend werden die Auswirkungen rassistischer Tendenzen auf die Teilhabechancen behandelt (siehe Abschnitt 7.4.2).

7.4.1 Der Rassismusbegriff: Komplexität, Definition und Abgrenzungen[88]

Die Komplexität des Rassismusbegriffs weist auf seine kontinuierliche Entwicklung und Anpassung hin. Rassismus zeigt sich nicht als ein homogenes Phänomen, sondern präsentiert sich in verschiedenen Erscheinungsformen, die im Laufe der Zeit und in unterschiedlichen räumlichen Kontexten variieren (Barskanmaz 2019). In Deutschland sind verschiedene Ausprägungen von Rassismus, darunter anti-Schwarzer, anti-Muslimischer, anti-Asiatischer und anti-Sinti*zze und Roma*nja Rassismus, präsent (Barz et al. 2020; El-Tayeb 2016; European Union Agency for Fundamental Rights 2023; Suda et al. 2020). Laut des Nadira-Berichtes ist bislang in der Forschung umstritten, ob Antisemitismus als eine Variante des Rassismus zu verstehen oder als eigenständiges Phänomen zu beschreiben ist (Cousin & Fine 2012; Goldbogen & Kleinmann 2021; Katz & Taylor 1988; Klug 2014, zit. nach DeZIM 2023).

Eine mögliche Definition lautet:

> ‚Rassismus‘ bezieht sich auf die Schaffung von *Hierarchien der Wertigkeit* von Gruppen von Menschen, die aufgrund von (zugeschriebenen) rassifizierenden oder kulturellen (ethnischen) Faktoren als unterschiedlich identifiziert werden. Es handelt sich um eine historisch verankerte Ideologie, Struktur und einen Prozess, bei dem eine rassifizierte oder ethnische Gruppe ihre Mitglieder auf der Grundlage zugeschriebener bevorzugter Werte und Merkmale privilegiert, um die Benachteiligung anderer Gruppen zu legitimieren. Diese Werte und Merkmale werden verwendet, um *die Wertigkeit von Menschen und Seinsweisen* im Hinblick auf den damit verbundenen Grad der Berechtigung, zu „sein“, bestätigt zu werden und sich zu entwickeln, zu begründen. (Essed 2020: 447, eigene Übersetzung aus dem Englischen durch Aikins 2025).

Darüber hinaus geben die Analysen von El Tayeb, Auma und Attia Einblicke in die Verschiebung von traditionell biologistisch geprägten zu zeitgenössischen Formen des Rassismus, insbesondere dem Kultur-Rassismus. Trotz der Vermeidung des Begriffs „Rasse“ werden weiterhin Differenzen durch den Bezug auf „Kultur“ und/oder „Religion“ produziert und institutionalisiert (Attia 2014; Auma 2018; El-Tayeb 2016). Eine rassismuskritische Betrachtung geläufiger „Ausweichbegriffe“ wie zum Beispiel „Ausländerfeindlichkeit“ oder „Fremdenfeindlichkeit“ ist zentral (Auma 2018), da diese den strukturellen Charakter des Rassismus verfehlen (Barskanmaz 2019). Im deutschen Diskurs werden Auseinandersetzungen zu Rassismus oft unter dem Begriff „Alltagsrassismus“ verhandelt. Dieser wird jedoch häufig auf individueller Ebene isoliert betrachtet, ohne dass seine Einbettung und Wechselwirkung in strukturelle und institutionelle Verankerungen berücksichtigt wird (Essed 1991). Unklarheiten im Verständnis des Rassismusbegriffs führen vor allem dazu, dass der Fokus von strukturellen Gegebenheiten abweicht, und es kommt zur Dethematisierung der schwerwiegenden Folgen von Rassifizierungen (Auma 2018; Kilomba 2008). Daher ist es notwendig, Rassismus präzise von anderen Begriffen abzugrenzen, um seine komplexen Facetten und unterschiedlichen Ausprägungen angemessen zu erfassen.

Die Reduktion von Menschen auf rassistisch-markierende Merkmale führt zu einer essentialisierenden Dehumanisierung. Rassismus verfestigt konstruierte Unterschiede und Zuschreibungen in einem ständigen Prozess (Attia 2013; Hall, S. 1994). Dabei gehen etablierte Hierarchien der Wertigkeit im Kontext von Rassismus mit Entmenschlichung und Entindividualisierung einher (Fanon 1985). Diese Mechanismen dienen als Rechtfertigung für den systematischen Ausschluss von Mitgliedern rassifizierter Gruppen vom Zugang zu materiellen und immateriellen Ressourcen (Essed 1992), was sich unmittelbar auf Teilhabemöglichkeiten auswirkt.

---

[88] Dieser Abschnitt basiert auf der im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission erstellten Expertise „Definition eines Rassismusbegriffs“ (Aikins 2025).

Befunde aus der Rassismusforschung verdeutlichen, dass nicht „Rasse“ Rassismus produziert, sondern Rassismus aktiv die Konstruktion von „Rasse“ bewirkt, verbunden durch den Prozess der Rassifizierung[89] (Attia 2014). Der Begriff „Rassifizierung“ beschreibt den sozialen Prozess, bei dem Gruppen hierarchischen Kategorien zugeordnet werden, die rassistische Markierungen biologischer und/oder kultureller Unterschiede hervorbringen oder sich dieser bedienen (Attia 2014; El-Tayeb 2016). Rassifizierung als Prozess umfasst sowohl die Nutzung rassistischen Wissens als auch die Struktur, die diesem Wissen zugrunde liegt. Rassifizierte Individuen und Gruppen werden beispielsweise anhand verschiedener Merkmale wie Hautfarbe, Name und/oder Sprache als fremd oder anders markiert, homogenisiert und bewertet (Aikins et al. 2021; Kilomba 2008).

Die Verwurzelung rassistischer Wissensbestände und Vorstellungen in unserer Gesellschaft ist tiefgreifend (DeZIM 2022). „Rassismus lenkt unsere Wahrnehmung, unsere Deutung und unsere Verarbeitung von sozialen Informationen“ (Auma 2018: 3). Hier spielen intendierte und nicht-intendierte Handlungen bei der Aufrechterhaltung, Rechtfertigung oder Verschärfung rassistischer Hierarchien eine entscheidende Rolle (Barskanmaz 2019).

7.4.2 Rassismus, Alter und Teilhabe in Deutschland

Rassismus ist in Deutschland kein neues Phänomen. Trotzdem existieren erst seit 2020 Daten zu Rassismus in Deutschland. Der Afrozensus[90], der 2020 erstmals Erkenntnisse zu erlebtem Rassismus in 14 Lebensbereichen lieferte, zeigt auf, dass beispielsweise im Bereich Öffentlichkeit und Freizeit nur 6,8 Prozent der 3.568 Befragten angaben „nie“ Rassismus erfahren zu haben. 20,4 Prozent gaben „selten“, 37,1 Prozent gaben „manchmal“, 22 Prozent gaben „oft“ und 13,6 Prozent gaben „sehr häufig“ an. Eine weitere, für Teilhabe relevante Kategorie stellen „Medien und Internet“ dar. Hier gaben 14,5 Prozent der Befragten, die diesen Bereich nutzten an, „nie“ Rassismus in dem Bereich erfahren zu haben, 13,9 Prozent gaben „selten“ an, 21,5 Prozent gaben „manchmal“, 25,7 Prozent gaben „oft“ und 24,4 Prozent „sehr häufig“ an (Aikins et al. 2021). In den Bereichen Medizin und Pflege erlebten mehr als die Hälfte (64,6 %) der Befragten rassistische Diskriminierung (ebd.).

Als besonders prägend wird das Silencing[91] (Unhörbar/ Stummmachen) von Rassismuserfahrungen erlebt: Über 95 Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen nicht geglaubt wurde, als sie von erlebtem Rassismus berichtet haben. Da nur 1,2 Prozent der 5.793 Befragten 60 bis 79 Jahre alt waren, waren differenzierte Analysen zum Alter nicht möglich. Menschen über 80 Jahre haben nicht teilgenommen (ebd.).

Eine weitere aktuelle Quelle zu Rassismus in Deutschland stellen die Ergebnisse der Studie „Rassistische Realitäten“ des Dezim-Instituts dar (DeZIM 2022). Den Ergebnissen zufolge handelt es sich bei Rassismus in Deutschland um ein strukturelles gesamtgesellschaftliches Phänomen, das vor allem mit tradierten Machtstrukturen zusammenhängt. In dieser Studie wurden rassifizierte Personen[92] und nicht rassifizierte Personen befragt. Die Zahl der von Rassismus direkt oder indirekt betroffenen Menschen ist hoch: 22 Prozent der Befragten sind von Rassismus direkt betroffen, 58 Prozent der potenziell rassifizierten Personen geben an, bereits Rassismuserfahrungen gemacht zu haben. Indirekt betroffen war ebenfalls ein großer Teil der Bevölkerung: 49 Prozent kannten eine rassifizierte Person, 45 Prozent hatten bereits einen rassistischen Vorfall beobachtet. Nur 35 Prozent der Bevölkerung gaben an, noch nie direkt oder indirekt von Rassismus betroffen gewesen zu sein. Interessant ist das breite Bewusstsein in der Bevölkerung darüber, dass Rassismus nicht nur ein individuelles, sondern auch ein institutionelles/strukturelles Problem ist: Fast jede zweite befragte Person gab an, sich darüber bewusst zu sein.

Zu intersektionalen Ausgrenzungsprozessen von älteren Post-/Migrant*innen im Hinblick auf Rassismus liegen in Deutschland bislang keine Studien vor. Die Überschneidung von Altersdiskriminierung mit rassistischer Diskriminierung wird bei der Antidiskriminierungsstelle nicht explizit erfasst. Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) und das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) erfassen Rassismen nicht, die Zahl der befragten älteren Menschen im Afrozensus sind für Analysen zu gering. Somit liegen in Deutschland lediglich die Daten des Dezim-Institutes vor, die wiederum Hochaltrige nicht einbeziehen. Auch liegen bisher keine qualitativen Studien zu Rassismus im Alter vor. Auch in intersektionalen Analysen findet die Kategorie des Alterns kaum Beachtung (Richter, A. S. 2020). Auth et al. (2023) haben eine der wenigen intersektional angelegten pflegewissenschaftlichen Studien zu pflegenden Angehörigen in Deutschland durchgeführt, bei denen der Migrationshintergrund als Analysekategorie herangezogen wurde. Einige Studien zu Migration, Gesundheit und Pflege zeigen Ergebnisse, die im Kontext von

---

89 Bei Attia (2014): „Rassialisierung“ .

90 Die Online-Befragung basiert auf Angaben von etwa 6.000 Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen, die 2020 am Afrozensus teilgenommen haben. N= 5.793.

91 Silencing bedeutet die Unsichtbarmachung marginalisierter Menschen oder Bevölkerungsgruppen. Die Verletzung des Gehört-Werdens und Sich-Äußern-Könnens sind Methoden der epistemischen Gewalt, die Teil des Silencing-Prozesses sind (Spivak 1988).

92 Für eine Erläuterung der Formulierung „rassifizierte Person“ siehe Abschnitt 7.4.1.

Rassismus im Alter als relevant erachtet werden können. Bei der Entscheidungsfindung zum Pflegesetting am Lebensende von türkeistämmigen Menschen (Tezcan-Güntekin 2018b, 2021) oder in der ambulanten medizinischen Versorgung konnte Rassismus identifiziert werden (Bird et al. 2022; Stern et al. 2023a).

Internationale Studien zeigen, dass rassistische Erfahrungen[93]

> „tiefe und langfristige Auswirkungen auf das Leben von Menschen haben, die über die direkten Folgen von Diskriminierung und Ausgrenzung hinausgehen. Solche Erfahrungen beeinträchtigen das Wohlbefinden, können den Zugang zu notwendigen Dienstleistungen behindern, das Vertrauen in Institutionen untergraben und das Gefühl der Zugehörigkeit beeinträchtigen (Pachner et al. 2021; Pitcan et al. 2018; Vang & Chang 2019). Daher ist es von entscheidender Bedeutung, das Ausmaß und die Art der rassistischen Erfahrungen älterer Migrant*innen zu verstehen und ihre Auswirkungen auf die gesellschaftliche Teilhabe zu untersuchen".

(Kim, M.-S. 2025: 1).

Mit Bezug auf das hohe Alter verweisen internationale Studien darauf, „dass ältere Migrant*innen im Vergleich mit jüngeren häufiger über Rassismus berichten (Peters, R. M. 2004; Stancil et al. 2000; Steffen et al. 2003) und dass das Ausmaß der wahrgenommenen Diskriminierung mit längerem Aufenthalt in der Aufnahmegesellschaft zunimmt (Paradies 2006; Vang & Chang 2019)" (Kim, M.-S. 2025: 2).

Ältere Post-/Migrant*innen erleben häufig Unfreundlichkeit, wenn sie pflegerische Angebote in Anspruch nehmen. Ihr Wunsch, respektvoll und freundlich behandelt zu werden, ist noch dringlicher als ihr Wunsch nach kultursensiblen Angeboten (Kim, M.-S. 2025). Kim (2025: 4) konstatiert, dass

> „selbstverständlich […] das Erleben von Unfreundlichkeit nicht automatisch mit dem Erleben (rassistischer) Diskriminierung gleichgesetzt werden [darf]. Diskriminierung bezieht sich auf die Ungleichbehandlung oder Benachteiligung von Menschen oder Gruppen aufgrund ihnen zugeschriebener Eigenschaften, und das individuelle Erleben von Diskriminierung entsteht in der Wahrnehmung des Opfers (El-Mafaalani et al. 2017; Hansen 2009). Wenn jemand aufgrund seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Hautfarbe eine ungleiche Behandlung erfahren hat und dies als rassistische Diskriminierung empfindet, kann dies entsprechend als solche eingestuft werden".

Das folgende Beispiel zeigt ebenfalls, dass hinter der erlebten Unfreundlichkeit eine rassistisch motivierte Diskriminierung stehen kann. Kim (2025: 5) gibt die Erzählung einer Teilnehmerin an einer Podiumsdiskussion wider:

> „Im Kontext von Behörden und Beratungsstellen habe ich aus eigener Erfahrung oftmals Unfreundlichkeit erlebt. Dabei fühlte ich mich hilflos und ausgeliefert. Ich hatte das Gefühl, dass die Berater*innen dort mich […] nicht als Bürgerin betrachtet haben. […] Damit Migranten*innen in Würde alt werden können, wünsche ich mir mehr Anerkennung der Kulturen der Herkunftsländer […]. Konkret fordere ich, interkulturelles Training für das Personal verschiedener staatlicher Institutionen und eine kostenlose sprachliche Unterstützung für ältere Migranten*innen einzuführen."

Die 77-jährige Teilnehmerin war im Jahr 1966 im Alter von 21 Jahren als Krankenschwester nach Deutschland gekommen. Trotz ihrer 41-jährigen Berufserfahrung als Krankenschwester und leitende OP-Schwester in Deutschland erlebte sie Ausgrenzungen. Ihre Aussage verdeutlicht, dass das Erleben von Unfreundlichkeit in bestimmten Kontexten auf rassistisch motivierte Diskriminierung zurückgeführt werden kann. Ihre Erfahrungen mit Behörden und Beratungsstellen lassen Zweifel an ihrer Anerkennung und Wertschätzung als Bürgerin aufkommen, was auf eine mögliche Abwertung ihrer ethnischen Zugehörigkeit hinweist. Ihr Wunsch nach mehr Anerkennung der Kulturen der Herkunftsländer zeigt, dass sie sich eine respektvolle Behandlung und einen würdevollen Umgang mit älteren Migrant*innen wünscht. Solche persönlichen Erfahrungen unterstreichen die Bedeutung von Sensibilität und Bewusstsein für rassistische Diskriminierung bei der Erbringung von Dienstleistungen und betonen die Notwendigkeit, aktiv gegen Diskriminierung vorzugehen, um eine gerechte Gesellschaft zu fördern.

---

[93] Der folgende Textteil ist an die im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission erstellten Expertise „Teilhabe, ältere Migrant*innen und Rassismuserfahrungen" (Kim 2025) angelehnt.

Eine andere Teilnehmerin an dieser Podiumsdiskussion schilderte Kim (2025: 6) zufolge ihre Erfahrung folgendermaßen:

> „Wenn ich heute zurückblicke, denke ich, dass die Sprache kein großes Hindernis für mich darstellte, weil ich von Anfang an motiviert war, mich in die neue Gesellschaft in Deutschland zu integrieren – meiner zweiten Heimat. Die Sprache ist für mich eine der wichtigsten Voraussetzungen, um einen Beruf zu erlernen, Menschen kennenzulernen und auch an der Gesellschaft teilzuhaben.
>
> Trotz meiner Bemühung zur Integration und fließender Deutschkompetenz fällt mir die Teilhabe schwer. […] Ich habe mir die Frage gestellt, warum ich mich in dieser Gesellschaft ausgeschlossen gefühlt habe, obwohl ich versucht habe, mich zu integrieren. […] Ich sehne mich nach einer bunten Gesellschaft, in der Menschen mich akzeptieren, so wie ich bin."

Die 63-jährige Teilnehmerin, die 1978 als unbegleitete minderjährige Geflüchtete aus Vietnam nach Berlin gekommen war, hat besonders bemerkenswerte Erfahrungen gemacht. Obwohl sie bemüht war, sich zu integrieren und eine ausgeprägte Sprachkompetenz aufweist, verspürt sie dennoch das Gefühl der Ausgrenzung und des Nicht-Zugehörigseins. Ihre Erfahrungen stimmen einerseits mit Forschungsergebnissen überein, die darauf hinweisen, dass das Erlernen der Sprache des Aufnahmelandes zwar ein wichtiger Faktor für die Integration ist, Diskriminierung und soziale Ausgrenzung dadurch jedoch nicht vollständig beseitigt werden (Ager & Strang 2008; Berry et al. 2006).

Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung bringen für Post-/Migrant*innen Situationen mit sich, in denen sie einer erhöhten Verletzbarkeit ausgesetzt sind, wie anhand der Ergebnisse zweier Studien zu pflegenden Angehörigen türkeistämmiger Menschen mit Demenz deutlich wird (Tezcan-Güntekin 2018b; Yilmaz-Aslan, Y. et al. 2024). Der pflegenden Angehörigen eines an Demenz erkrankten Mannes wurde von der Klinik, in der sich der Ehemann befand, mehrfach die Unterbringung des Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim nahegelegt. Sie wollte ihren Mann jedoch weiterhin selber zu Hause pflegen. Da sie noch berufstätig war, war dies herausfordernd. Sie stimmte einer Verlegung in ein Pflegeheim nach vielen Gesprächen zunächst zu, entschied sich vor der Verlegung jedoch dagegen und teilte dies dem Arzt mit. Folgendes Erlebnis schilderte sie nach dem Tod ihres Mannes, der zwei Wochen nach dem Erlebten verstarb:

> „Draußen (auf dem Gang) sagte er: ‚Wir sind hier in Deutschland. Sie können nicht entscheiden, wie Sie möchten.' Wir waren schockiert. […] Wissen Sie, wie der Mann uns angeschrien hat? Ich kann es Ihnen nicht schildern. Er sagte: ‚Diesen Patienten nehmen Sie morgen mit.' Es war Montag, am Donnerstag sollten die Dinge (Pflegehilfsmittel) kommen. […] In diesem Krankenhaus wurde uns immer gesagt: ‚Er wird sterben, er wird sterben.' Im Gang sagten sie zu meinen Kindern: ‚Euer Vater wird sterben.' Wir wollten eine PEG, sie haben gesagt, dass er sterben wird und sie nichts mehr für ihn tun werden, wir sollten woanders hingehen. Uns wurde dort gar nicht geholfen."
>
> „Er ging uns anschreiend weg. Er bleibt nicht einmal stehen, um im Stehen mit uns zu sprechen. Wir waren dort mit meiner Tochter und eine Freundin war dabei. Er kam schreiend heraus und ging schreiend weiter. Hier sind ja nur Hunde. Die Hunde sollen zuhören."

Das Erlebte wirkte bei der Ehefrau noch sehr lange intensiv nach. Bis zum Schluss des Interviews griff sie das Erlebte immer wieder auf:

> „Sie wussten, dass ich Ausländerin bin. Das hätten sie mit einer Deutschen nicht machen können. Eine Deutsche könnten sie mitten auf dem Gang nicht so anschreien. Und dabei kann meine Tochter sehr gut deutsch sprechen. Aber sie konnte nichts antworten. Weil wir so etwas nicht erwartet haben."
>
> „Mit deutschen Angehörigen wird drinnen (im Arztzimmer) gesprochen. Mit den Türken wird draußen (auf dem Gang) schreiend gesprochen. Sie haben das gemacht, sie haben das wirklich gemacht. Danach hat sich eine Freundin, die bei uns war, darüber beschwert. Ich weiß nicht, was daraus geworden ist. […] Einen Deutschen hätten sie in dem Zustand nicht wegschicken können, er war sehr krank."

Die Analyse dieses Interviews zeigt, dass durch das Handeln des Arztes der notwendige geschützte Raum für das (für die Familie) existenzielle Gespräch nicht geschaffen wurde; der respektlose Umgang des Arztes mit ihr und ihrer Familie wurde von der Frau als rassistisch wahrgenommen und hinterließ bei ihr noch lange nach dem Tod ihres Mannes Spuren (Tezcan-Güntekin 2018a).

Über diese vereinzelten Studien hinaus liegen in Deutschland kaum Erkenntnisse zu Rassismuserfahrungen älterer Menschen vor. International wurde Rassismus im Alter bereits vielfältig untersucht; die Studien zeigen unter anderem auf, dass sich Ungleichheiten in Bezug auf soziale Determinanten der Gesundheit verschärfen, einschließlich eines erschwerten Zugangs zur Gesundheitsversorgung und schlechter Behandlungsoutcomes, was durch die Verschränkung von Rassismus und Ageismus verstärkt werden kann (Farrell et al. 2022).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass

> „ältere Migrant*innen auf vielfältige Weise rassistische Diskriminierung erleben – von offensichtlichen Formen der Ausgrenzung und Vorurteilen bis hin zu subtileren Formen der Ungleichbehandlung. Diese Erfahrungen beschränken sich nicht nur auf das individuelle Verhalten von Einzelpersonen, sondern sind in den Strukturen und Praktiken von Institutionen verankert. Sie beeinflussen nicht nur das individuelle Wohlbefinden und die Lebensqualität, sondern haben auch Auswirkungen auf das kollektive Wohlbefinden und die gesellschaftliche Integration. Es ist daher wichtig, Rassismus und Diskriminierung in all ihren Formen zu bekämpfen und die Rechte und Würde aller Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft oder ihrem Migrationshintergrund, zu schützen und zu fördern. Für diese Probleme müssen Sensibilität und Bewusstsein geschaffen werden, um die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Migrant*innen zu fördern und Gerechtigkeit und Gleichheit in der Gesellschaft zu gewährleisten“ (Kim, M.-S. 2025: 6).

8 Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter

Welche Rolle spielt sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Alter? Altern nicht-heterosexuelle Menschen anders? Wie ist die Situation von Menschen im hohen Alter, die nicht eindeutig als weiblich oder männlich erkennbar sind, zum Beispiel bei Pflegebedürftigkeit? Diesen Fragen geht dieses Kapitel nach. Zunächst werden relevante Begriffe erläutert und ein historischer Überblick zur rechtlichen Situation und den generationalen Unterschieden gegeben, um dann anhand von Befunden aus der empirischen Forschung die Lebenssituationen und Lebenslagen von älteren lesbischen, schwulen und bisexuellen sowie trans* und inter* Personen, die oftmals mit dem Akronym LSBTI* zusammengefasst werden, zu beleuchten.

8.1 Zur Vielfalt sexueller und geschlechtlicher Identitäten

Der Begriff „Vielfalt“ soll für die Heterogenität innerhalb der LSBTI*-Bevölkerungsgruppe sensibilisieren, denn die entsprechenden Kategorien und Begrifflichkeiten selbst werden von Menschen unterschiedlich erlebt und verwendet: Eine Kategorie oder ein Differenzierungsmerkmal reicht nicht aus, um eine Person zu beschreiben. Sexuelle Identitäten von Menschen können sich im Laufe des Lebens verändern, sie können Momentaufnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben eines Menschen sein oder lebenslang ähnlich erlebt werden. Was für eine lesbisch-schwul-bisexuelle (LSB)-Community (Gemeinschaft) gelten mag (und auch hier gibt es keine Homogenität), muss noch lange nicht für trans* und inter* Personen gelten. Zusammenfassungen unter dem Begriff LSBTI* suggerieren bisweilen eine Homogenität, die so nicht gegeben sein muss. Dennoch gibt es Lebensphasen, die in dieser Gruppe häufig geteilt und ähnlich erlebt werden: Dies können Lebenserfahrungen von oder Ängste vor Zurückweisung und Ablehnung aufgrund des Andersseins sein. Eine – als solidarisch erlebte – LSBTI*-Community kann daher eine Ressource für eine gute Lebensqualität darstellen.

Es muss zwischen sexuellen Gefühlen oder sexuellem Begehren, Verhaltensweisen und Identitäten von LSBTI*-Personen unterschieden werden. Deutlich mehr Menschen empfinden ein homo- oder bisexuelles Begehren, ohne sich entsprechend zu verhalten; ebenso verhalten sich mehr Menschen homo- oder bisexuell, ohne sich entsprechend zu identifizieren (Jones 2010; Klein, F. 1993; Rodríguez-Rust 2000). Empirische Studien differenzieren nicht immer zwischen diesen unterschiedlichen Formen sexueller Vielfalt.

Zur Lebenssituation homosexueller älterer Menschen liegen in Deutschland mittlerweile einige aussagekräftige Studien vor, auf die in diesem Bericht eingegangen wird (Abschnitte 8.3 bis 8.5). Die empirischen Befunde zu älteren Bisexuellen sowie zu trans* und inter* Personen sind hingegen äußerst dürftig.[94] Sexuelle Orientierungen und Identitäten sind bei trans* und inter* Personen so vielfältig wie in der Gesamtbevölkerung. Die geschlechtliche Identität lässt keine Rückschlüsse auf ein sexuelles Begehren oder eine bestimmte sexuelle Identität zu. Seit einigen Jahren wird der Begriff „queer“ zunehmend als Selbstbezeichnung verwendet, die zuschreibende Identitätskategorien hinterfragt (Zeyen 2020). Der Begriff “queer“ wird in diesem Bericht nicht explizit berücksichtigt, da insbesondere ältere und hochaltrige Menschen die Bezeichnung kaum nutzen und dementsprechend (noch) keine Studien hierzu vorliegen. Aus diesen Gründen wird in diesem Kapitel das Akronym LSBTI* den ebenso oft verwendeten Akronymen LGBTQ oder LGBTQIA vorgezogen.[95]

Im Folgenden werden zunächst im Abschnitt 8.2 in einem kurzen historischen Überblick Veränderungen der rechtlichen Situation dargestellt sowie generationale – auch teilhaberelevante – Unterschiede innerhalb der älteren LSBTI*-Personen skizziert. Im Hauptteil des Kapitels (Abschnitt 8.3) werden auf der Grundlage empirischer Befunde die Lebenssituationen, die sozialen Lagen sowie die Bedarfe von älteren LSBTI*-Personen beschrieben. Hieraus werden im Abschnitt 8.4 Handlungsempfehlungen zur Situation älter werdender LSBTI*-Personen mit ihren Unterstützungspotenzialen für die Altenhilfe und Alterspolitik in Deutschland entwickelt.

---

[94] Zu Menschen mit anderen sexuellen Identitäten wie A- oder Pansexualität etc. kann mangels fehlender alternssoziologischer Untersuchungen nicht eingegangen werden.

[95] LGBTQ/LGTBQIA: gängige Abkürzung für lesbisch, gay (schwul), bisexuell, trans* sowie queer, intersexuell und asexuell.

Tabelle 21 Sexuelle und geschlechtliche Identitäten: Glossar

Geschlecht	Beschreibung
Lesbisch	Als lesbisch bezeichnen sich Frauen, die Frauen lieben und/oder begehren. „Lesbisch“ ist eine Selbstbeschreibung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität.
Schwul	Als schwul bezeichnen sich Männer, die Männer lieben und/oder begehren. „Schwul“ ist eine Selbstbeschreibung der eigenen sexuellen Orientierung bzw. Identität.
Bisexuell	Als bisexuell werden Männer und Frauen bezeichnet, die sich sexuell zu mindestens Männern und Frauen hingezogen fühlen (bi = doppelt, beide).
Pansexuell	Als pansexuell (griech. „pan“: ganz, alles) bezeichnen sich Menschen, die ihr Begehren, ihre emotionale und/oder sexuelle Anziehung zu anderen Personen als unabhängig vom Geschlecht dieser Person empfinden. Pansexuelle Menschen können sich in Menschen aller Geschlechter verlieben. Manche Menschen verwenden „bisexuell“ mit der gleichen Bedeutung. Obwohl es zwischen den beiden Begriffen starke Überschneidungen gibt, bevorzugen andere Menschen die Bezeichnung „pansexuell“, weil sie auch die Anziehung zu nicht-binären und inter* Personen einschließt.
Asexuell	Asexuelle Menschen empfinden keine sexuelle Anziehung zu anderen Menschen und/oder sie haben kein Verlangen nach sexueller Interaktion. Das Spektrum der Asexualität umfasst auch Menschen, die kaum oder nur unter bestimmten Umständen sexuelle Anziehung empfinden.
Trans* (transgender, transident, transsexuell)	Als trans* bezeichnen sich Menschen, wenn ihre Geschlechtsidentität von dem Geschlecht abweicht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Manche trans* Menschen haben seit ihrer Kindheit das Gefühl, im „falschen“ Körper zu stecken, anderen wird irgendwann bewusst, dass sie sich zum Beispiel weder als Mann noch als Frau fühlen. Das Sternchen (*) steht dafür, sämtliche Identitätsformen, Selbstbezeichnungen und Lebensweisen einzubeziehen.
Inter*	Inter* steht für intergeschlechtliche Personen, die mit Variationen der körperlichen Geschlechtsmerkmale geboren werden; intergeschlechtliche Menschen haben Körper, die sich häufig nicht eindeutig in die Kategorien nur „weiblich“ oder nur „männlich“ einordnen lassen. Intergeschlechtliche Menschen haben unterschiedliche Geschlechtsidentitäten, sie können sich zum Beispiel als weiblich, männlich, nicht-binär und/oder intergeschlechtlich identifizieren. Das Sternchen (*) soll dieser Vielfalt Ausdruck verleihen.
Nicht-binär	Nicht-binär ist eine Selbstbezeichnung für eine Geschlechtsidentität, die sich nicht in der Gegenüberstellung von Mann oder Frau beschreiben lässt. Damit kann eine Geschlechtsidentität „zwischen“, „sowohl-als-auch“, „weder-noch“ oder „jenseits von“ männlich und weiblich gemeint sein. Viele Nichtbinäre verstehen sich als trans* Menschen, manche aber auch nicht.
Queer	Queer bedeutete ursprünglich „seltsam“ oder „komisch“. Als queer bezeichnen sich Personen, die ihre sexuelle Orientierung und/oder ihre Geschlechtsidentität als quer zur vorherrschenden Norm beschreiben. Seit einigen Jahrzehnten wird der Begriff als Selbstbezeichnung verwendet, der Identitätskonzepte hinterfragt. Für viele ist Queer ein Oberbegriff für nicht-hetero und nicht-binäre sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität. Queer umfasst auch nicht-binäre, pan- und asexuelle Lebensweisen.
Cis oder Cisgender (cis-geschlechtlich)	Die Begriffe „cisgender“ oder „cis“ (lat. „cis-“: „diesseits“ im Unterschied zu lat. „trans“: „jenseits“ oder „über ... hinaus“) beschreiben Menschen, die sich unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

8.2 Historische Entwicklung – Rechtliche Situation – Generationale Unterschiede

Mit der derzeitigen „Generation 55+“ kommt eine Gruppe von LSBTI*-Personen in ein höheres Alter, die im Laufe ihres Lebens diverse politische Wandlungsprozesse erlebt hat, sich häufig selbstverständlich outet und ihren Lebensstil weniger als vorherige Generationen verheimlicht (oder verheimlichen will) (Lautmann 2016). Die Situation älterer LSBTI*-Personen ist durch Geschlechterverhältnisse und Umgangsweisen mit Sexualität geprägt, die sich im 20. Jahrhundert stark verändert haben. Heutige ältere Menschen, die zwischen 1930 und 1990 aufgewachsen sind, waren mit scharf kontrastierten Geschlechterrollen konfrontiert, die unter anderem durch heterosexuelles Begehren geprägt waren (Hagemann-White 1984; Lottmann & Lautmann 2015). Erst 1994 wurde in Deutschland die direkte rechtliche Diskriminierung von Homosexualität aus dem Strafgesetzbuch gestrichen. Die Angst vor Strafandrohung und Erpressbarkeit hat insbesondere die Generation der heute älteren schwulen und bisexuellen Männer unaufhebbar geprägt (Deutscher Bundestag 2016). Eine rechtliche Kriminalisierung erfolgte durch den § 175 StGB, der in der Bundesrepublik in der von den Nationalsozialisten verschärften Form bis 1969 in Kraft blieb und sexuelle Handlungen zwischen Personen männlichen Geschlechts unter Strafe stellte (Lautmann 2012; Reimann & Lasch 2006).[96] Die ehemalige DDR kehrte zur ursprünglichen Fassung von 1871 zurück und verhängte zwar mildere Strafen (ca. 1.300 Urteile) (Grau 2011, zitiert nach Deutscher Bundestag 2016),

[96] Der § 175 StGB wurde im Deutschen Kaiserreich 1871 eingeführt und stellte „widernatürliche Unzucht“ zwischen Männern unter Strafe.

erfasste aber ab 1968 mit einem neu eingeführten § 151 StGB auch lesbische Kontakte. Generell ist festzuhalten, dass trotz der (im Vergleich zu männlicher Homosexualität) geringeren rechtlichen Kriminalisierung lesbischer Sexualität lesbische Frauen häufig ebenso in großer Angst lebten, die Relevanz weiblicher Sexualität generell negiert wurde und offen lesbisch lebende Frauen starken Repressionen ausgesetzt waren (Plötz 2021; Schoppmann 1997). In beiden deutschen Staaten galten höhere Schutzaltersgrenzen für homosexuelle Jugendliche in Bezug auf ihre sexuelle Mündigkeit (in der ehemaligen DDR bis 1989). Eine endgültige Abschaffung des § 175 StGB erfolgte 1994 im Zuge der notwendigen Gesetzesangleichungen der beiden ehemaligen deutschen Staaten (Deutscher Bundestag 2016). Im Jahr 2002 hob der Deutsche Bundestag die in der Zeit des Nationalsozialismus ergangenen Urteile nach § 175 StGB auf. Erst 2017 wurden auch alle Urteile aus der Zeit nach 1945 aufgehoben und der Deutsche Bundestag rehabilitierte die in Deutschland verurteilten homosexuellen Menschen (Deutscher Bundestag 2017).

Auch wenn die Kriminalisierung von Homosexualität in Deutschland Ende der 1960er Jahre weitgehend beendet wurde, galt Homosexualität noch lange Zeit als „Krankheit". Erst am 17. Mai 1990 wurde Homosexualität auch aus der internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (ICD) gestrichen. Doch auch wenn Paragrafen gestrichen werden, bleiben Vorurteile von Menschen oft bestehen. Die aktuelle Debatte um das Verbot von der sogenannten „Konversionstherapie"[97], womit eine Methode der Psychotherapie gemeint ist, die darauf gerichtet ist, die sexuelle Orientierung oder die selbstempfundene Identität einer Person gezielt zu verändern oder zu unterdrücken, zeigt dies beispielhaft. Ferner ist die Kriminalisierung im Ausland noch weit verbreitet: In 66 Staaten ist Homosexualität illegal und wird strafrechtlich verfolgt, in 12 Ländern droht hierfür sogar die Todesstrafe.[98]

Vor dem Hintergrund von Verfolgung und Diskriminierung sind insbesondere ältere Homosexuelle in ihrer Lebensgeschichte durch das Erleben von Minderheitenstress, sozialer Isolation und Ausgrenzung geprägt (Lautmann 2012, 2016). Scheinheiraten, Verfolgungen oder Verurteilungen haben zu Brüchen im Lebenslauf und Traumatisierungen geführt, die individuell und kollektiv wirksam sind. Entsprechende Erfahrungen treiben LSBTI*-Personen in Einrichtungen der Altenhilfe nicht selten erneut in Zwänge des Verschweigens und der unerwünschten Anpassung (Savage & Barringer 2021). Inwiefern dies auch für bisexuelle ältere Menschen gilt, ist kaum bekannt; es ist aber in Teilen anzunehmen, dass sie ähnliche Erfahrungen gemacht haben, wenn sie ein homosexuelles Leben geführt, ein homosexuelles Begehren unterdrückt oder auf eine gleichgeschlechtliche Partnerschaft verzichtet haben. Insbesondere bei bisexuellen Lebensweisen wird deutlich, dass sich sexuelle Identitäten im Laufe des Lebens verändern können (Jones & Lottmann 2020).

Bei älteren trans* und inter* Personen zeigen sich ebenso erhebliche Belastungsfaktoren. Ein Unsichtbarmachen und Diskriminierungen bis hin zu (un)beabsichtigter oder (un)bewusst ausgeübter Gewalt in Gesundheitseinrichtungen sind auch heute noch zu beobachten (Pöge et al. 2020). Seit 1980 war in der alten Bundesrepublik mit dem Transsexuellengesetz (TSG) eine Veränderung der Geschlechtszugehörigkeit möglich, allerdings nur in das sogenannte „Gegengeschlecht"; der gesetzlich vorgeschriebene Begutachtungsprozess wurde von den Betroffenen oft als entwürdigend empfunden. Trans* Personen durften hierfür nicht verheiratet sein oder mussten sich scheiden lassen. Im Jahr 2011 wurden die Bestimmungen außer Kraft gesetzt, sich einer Sterilisation und einer geschlechtsangleichenden Operation unterziehen zu müssen (Güldenring et al. 2025). Sie wurden als menschenrechtswidrig beurteilt und durch das Bundesverfassungsgericht außer Kraft gesetzt. Das TSG wurde im Frühjahr 2024 durch das „Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften" reformiert und tritt nach einem zweistufigen Verfahren ab 1. November 2024 in Kraft. Mit dem neuen Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) soll die geschlechtliche Identität geschützt werden, indem die Menschen künftig die Möglichkeit haben sollen, ihren Geschlechtseintrag und ihren Vornamen diskriminierungsfrei ändern zu können.[99]

Noch später als Homosexualität, die in der WHO-Klassifikation bis 1991 als psychische Störung geführt wurde, wurde Transsexualität erst 2019 von der Liste der psychischen Krankheiten der WHO gestrichen. Die Umsetzung der 2022 in Kraft getretenen ICD-11 steht in Deutschland derzeit noch aus. Auch inter* Personen wurden lange Zeit pathologisiert. Um Eingriffe an Säuglingen und Kindern zu verhindern, die als Menschenrechtsverletzung gelten, wurden für Deutschland 2021 in einem Gesetz „zum Schutz von Kindern mit Varianten der

---

97 In Deutschland ist nach dem Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG) aus dem Jahr 2020 ein Verbot zur Durchführung von Konversionsbehandlungen rechtlich verankert. Dies gilt für Behandlungen an Minderjährigen unter 18 Jahren und an Personen, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, deren Einwilligung jedoch auf einem Willensmangel beruht.

98 https://www.lsvd.de/de/ct/1245-LGBT-Rechte-weltweit [Zugriff am 04.04.2024].

99 https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2023/kw48-pa-familie-selbstbestimmungsgesetz-978748 [Zugriff am 12.06.2024].

Geschlechtsentwicklung“ entsprechende Klarstellungen für notwendig erachtet. Das Gesetz verbietet gezielte geschlechtsangleichende Behandlungen von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung und stellt zudem klar, dass Eltern nur dann in operative Eingriffe an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen ihres Kindes einwilligen dürfen, wenn der Eingriff bis zur Selbstbestimmungsfähigkeit der Kinder nicht aufgeschoben werden kann.[100]

Irreversible medizinische Maßnahmen zur Geschlechtszuordnung bei Menschen stellen einen erheblichen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit und Wahrung der geschlechtlichen und sexuellen Identität dar. Die wenigen Studien, die hierzu vorliegen, zeigen, dass die relative Häufigkeit von Maskulinisierungsoperationen bei Kindern unter zehn Jahren mit einer Diagnose zu Varianten der Geschlechtsentwicklung (VG) in Deutschland zwischen 2005 und 2016 (mit 20 bis 21 %) relativ konstant geblieben war. Die relative Häufigkeit von „Feminisierungsoperationen“ bei einer VG-Diagnose in der gleichen Altersgruppe bewegte sich im gleichen Zeitraum zwischen 20 und 40 Prozent und unterlag damit größeren Schwankungen. Im Untersuchungszeitraum wurden im Mittel 1.871 Operationsverfahren jährlich durchgeführt (Hoenes et al. 2019). Zu den Auswirkungen des Gesetzes zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung auf die Häufigkeit der Operationen liegen noch keine Untersuchungen vor.

Studien zur Versorgung älterer trans* und inter* Personen berichten von einem erheblichen Einfluss früherer negativer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem auf das spätere Leben und das Vertrauen in Versorgungseinrichtungen (Gerlach & Szillat 2017; Lottmann 2018, 2020). Erst in den letzten Dekaden wurde die Frage nach der Zulässigkeit solcher medizinischen Eingriffe in Deutschland vermehrt diskutiert (Güldenring et al. 2025). Der von der Bundesregierung mit einer Stellungnahme beauftragte Deutsche Ethikrat kam 2012 zu einer Einschätzung, die die Relevanz dieser Eingriffe auf den Lebensverlauf und das Alter(n) verdeutlicht: „Etliche Betroffene sind aufgrund der früher erfolgten medizinischen Eingriffe so geschädigt, dass sie nicht in der Lage sind, einer normalen Erwerbstätigkeit nachzugehen, oder sie sind infolge der Eingriffe schwer behindert“ (Deutscher Ethikrat 2012: 165).

Das 2006 in Kraft getretene Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) adressiert neben der generellen Förderung einer Antidiskriminierungskultur die Verhinderung oder Beseitigung von Benachteiligungen aus Gründen der „Rasse“[101], der ethnischen Zugehörigkeit, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität. Die Aufnahme des Merkmals sexuelle Identität sowie des Merkmals Geschlecht adressiert grundsätzlich auch die Situation älterer LSBTI*-Personen. Inwiefern die rechtlichen Änderungen im Bereich der Antidiskriminierung sowie die Öffnung des Rechtsinstituts der Ehe (mutmaßlich positive) Auswirkungen auf ältere LSBTI*-Personen nach sich zog, ist bislang jedoch kaum erforscht (Küpper et al. 2017).

Im Jahr 2001 wurde mit dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) die „Eingetragene Lebenspartnerschaft“ eingeführt, die eine eheähnliche Partnerschaft und damit die rechtliche Anerkennung gleichgeschlechtlicher Partnerschaften ermöglichte (BGBl. I 2001, Nr. 9, S. 266). Im Jahr 2017 hat sich der Deutsche Bundestag in einer sogenannten Gewissensentscheidung mehrheitlich für die Gleichstellung homo- und heterosexueller Partnerschaften ausgesprochen und das Rechtsinstitut der Ehe auch für homosexuelle Paare geöffnet (die sog. Ehe für alle; Gesetz vom 20.07.2017 – BGBl. I 2017, Nr. 52, S. 2787). Mit der Öffnung der Ehe gingen Änderungen unter anderem im Erbrecht, im Vertragsrecht, im Adoptions- und Aufenthaltsrecht, im Steuerrecht oder im Namensrecht einher. Seit Einführung der „Ehe für alle” wurden bis Ende 2021 75.600 gleichgeschlechtliche Ehen geschlossen: rund 37.000 Ehen zwischen zwei Männern und knapp 38.600 Ehen zwischen zwei Frauen. Im Jahr 2022 heirateten 390.700 Paare, davon waren 10.043 gleichgeschlechtlich (Statista 2023b). Der Anteil der gleichgeschlechtlichen Eheschließungen liegt damit bei 2,6 Prozent (Statista 2024). Dieser Wert deckt sich in etwa mit den geschätzten Werten zum Anteil von LSB an der Gesamtbevölkerung, sodass von einem ähnlichen Eheschließungsverhalten von heterosexuellen und LSB-Personen ausgegangen werden kann (van Kampen et al. 2017).

Nach dem Personenstandsgesetz kann der Personenstand von Neugeborenen seit 2019 neben „weiblich“, „männlich“ oder „ohne Angabe“ auch mit der Angabe „divers“ in das Geburtsregister eingetragen werden, sodass eine Bezeichnung jenseits der binären Geschlechterformen „männlich“/„weiblich“ möglich ist (BGBl. I 2018, Nr. 48, S. 2635). Auch Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung können ihren Eintrag entsprechend ändern oder löschen lassen. Diese neuen Regelungen wirken sich auch auf die Bereiche der Gesundheitsversorgung und Altenhilfe aus. So wird etwa die elektronische Gesundheitskarte seit dem 1. Oktober 2019 um den Zusatz „divers“

[100] https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2021/kw12-de-geschlechterentwicklung-kinder-830122 [Zugriff am 31.05.2024].

[101] Obwohl dieser Begriff im AGG ohne Anführungszeichen verwendet wird, wird er hier in Anführungszeichen gesetzt, um Rassismen nicht zu reproduzieren.

ergänzt – ein Begriff, der jedoch nur in Teilen den Interessen etwa der trans* oder inter* Communities entspricht.[102] Es ist davon auszugehen, dass es zukünftig weitere Änderungen und Reformen geben wird, die auch die Altenhilfe betreffen werden.

Alle oben beschriebenen Entkriminalisierungen, Liberalisierungen und gesellschaftspolitischen Fortschritte wurden durch Proteste, Interessenvertretungen und Selbsthilfeorganisationen erkämpft. Ohne Vorreiter*innen und Aktivist*innen aus diesen Organisationen und den jeweiligen LSBTI*-Communities wären weder die zuletzt erreichte Rehabilitierung und Entschädigung der Opfer des § 175 StGB noch wichtige Meilensteine im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung in der Altenhilfe oder bei der Stärkung der Selbsthilfe erzielt worden. Damit haben insbesondere die älteren LSBTI*-Generationen bedeutende gesellschaftliche Veränderungen – auch für die nachfolgenden Generationen – bewirkt.

8.2.1 Generationen älterer LSBTI*-Personen

In der Altenhilfe, aber auch in der Alternsforschung sollten die sozialen und historischen Kontexte von älteren Bewohner*innen oder Patient*innen beziehungsweise Befragten stärker berücksichtigt werden. In angloamerikanischen Studien werden nicht-heterosexuelle Personen in „Pre-Stonewall“ (im Jahr 2024 70 Jahre und älter), „Gay Liberation Era“ (im Jahr 2024 55 bis 69 Jahre) und „Gay Rights Era“ (im Jahr 2024 30 bis 54 Jahre) unterschieden, wobei trans* und inter* Menschen selten explizit berücksichtigt werden. Der Begriff „Stonewall“ bezieht sich auf Ereignisse im Juni 1969: Unruhen und andauernde Straßenkämpfe gegen die Unterdrückung von queeren Menschen durch die Polizei im „Stonewall-Inn“, einer Bar in der Christopher Street im Greenwich Village in New York. Diese Ereignisse wurden zum Bezugspunkt der homosexuellen Freiheitsbewegung (gay liberation) und bedeuteten für viele den Zeitpunkt eines kollektiven „Coming-outs“.[103] In Deutschland wurden die jährlichen Christopher-Street-Day-Demonstrationen (CSD) nach diesen Ereignissen benannt. Die Gay-Rights Era Generation kann als LSBTI*-Menschenrechte-Generation verstanden werden, mit der menschenrechtliche Fortschritte in der Gesetzgebung und Antidiskriminierung erreicht wurden.

Strategien der Kompensation in Hinsicht auf sexuelle Identitäten, Coming-out-Prozesse und politische wie familiale Einstellungen differieren nach Geburtskohorte und sozialen wie historischen Kontexten (Muraco et al. 2008; Parks 1999). In Anlehnung an den Generationen-Begriff von Mannheim (1964) werden beispielsweise die Stonewall-Unruhen für die jeweilige LS(BTI*)-Generation als prägende Ereignisse (vor allem in der Phase ihrer späten Adoleszenz) verstanden (Lottmann 2021). Weitere prägende Ereignisse und Entwicklungen, die für LSB-, aber auch für ältere trans* Personen relevant sind, waren die HIV/Aids Pandemie in den 1980er und 1990er Jahren und die in den letzten 30 Jahren in westlichen Demokratien zunehmend gewährten Gleichstellungsrechte (wie in Deutschland die sog. Ehe für Alle). Ob etwa der Begriff „Queer-Generation“, der sich auf die unter 30-Jährigen bezieht, die verstärkt hegemoniale Perspektiven und mittlerweile fast schon traditionelle Begrifflichkeiten wie „schwul“ oder „lesbisch“ hinterfragt, auch für die nachfolgende ältere LSBTI*-Generation passend sein wird, bleibt abzuwarten – auch weil ähnlich prägende Ereignisse bislang nur schwer auszumachen sind (ebd.). Setzt dieses Generationenkonzept eher an biografischen Ereignissen an, so fokussieren Fredriksen Goldsen et al. (2022) auf die (öffentliche) Sichtbarkeit von LSBTI*-Generationen und unterscheiden zwischen einer „Pride Generation“ (dt.: stolze Generation, geboren 1950–1964), einer „Silenced Generation“ (dt.: zum Schweigen gebrachte Generation, geboren 1935–1949) und einer „Invisible Generation“ (dt.: unsichtbare Generation, geboren vor 1934).

Lebenslaufbezogene Herausforderungen für Gesundheit und Wohlbefinden sowie Lebensqualität und Teilhabe im Alter werden insbesondere für die Pre-Stonewall-Generation offensichtlich. Diese griff angesichts der gesellschaftlichen Repression vielfach zu Lügen, Scheinheiraten und anderen Informationskontrollen (etwa über ein Coming-out), was die Lebensführung – bis ins hohe Alter – erschwerte (Lautmann 2016). Die oben erwähnte Negation weiblicher Sexualität und die gesellschaftliche Ächtung weiblicher Homosexualität führte dazu, dass viele Frauen ihr lesbisches Begehren beziehungsweise ein Coming-out erst im höheren Alter entdeckt beziehungsweise kommuniziert haben (Boschitz 2010; Hall, W. J. et al. 2021; Plötz 2013).

Eine historische Studie aus Rheinland-Pfalz zeigt für den Zeitraum von 1946 bis 2000 unterschiedliche Formen von Diskriminierungen, die lesbische Mütter und ihre Kinder in Scheidungsauseinandersetzungen aufgrund der damaligen Rechtsprechung erfahren haben – Vorgänge, die heute noch kaum bekannt sind und weiterer Aufarbeitung bedürfen. Demnach lebten lesbische Mütter noch bis in die 1990er Jahre häufig in Angst, Abhängigkeit

[102] https://www.regenbogenportal.de/informationen/w-/-m-/-divers-/-offen-der-geschlechtseintrag [Zugriff am 31.05.2024].

[103] Coming-out – englisch für „herauskommen“, siehe auch Kapitel 8.2.2.

und Sorge um den Verlust des Sorgerechts ihrer Kinder und den Unterhalt, wenn sie sich von ihrem Ehemann scheiden lassen wollten, um in einer Liebesbeziehung mit einer Frau zu leben. Aufgrund des damaligen Scheidungsrechts war es kaum möglich, sich gegen den Willen des Ehemanns scheiden zu lassen. Hat eine Frau zunächst geheiratet (nicht selten um den normativen Anforderungen zu entsprechen) und verliebte sich während der Ehe in eine Frau, musste sie – um das Sorgerecht für ihre Kinder zu behalten – verheiratet bleiben. Sie hatte gar mitunter zu erdulden, dass sie ihrem Ehemann sexuell im Rahmen ihrer „ehelichen Pflichten" zur Verfügung stehen musste. Eheliche Vergewaltigung wurde erst 1997 zum Straftatbestand. Das damit verbundene Leid wird als erheblich eingeschätzt, insbesondere im Hinblick auf die physische und seelische Gesundheit der Betroffenen (Plötz 2021). Inwieweit solche Erfahrungen Auswirkungen auf ihre sozialen Beziehungen und ihre Teilhabemöglichkeiten im Alter haben, sollte zukünftig von der Alternsforschung in den Blick genommen werden.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden viele Fortschritte bei der rechtlichen Gleichstellung von LSBTI*-Personen sowie eine stärkere Akzeptanz in der Bevölkerung erkämpft, „dennoch wirkt die Jahrzehnte und Jahrhunderte alte Abwertung und Diskriminierung in der Gesellschaft fort" (Küpper et al. 2017: 17). In ihrer Studie zu Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland weisen Küpper et al. (2017) einen entsprechenden Alters- beziehungsweise Kohortenunterschied bei abwertenden Einstellungen gegenüber homosexuellen und trans* Personen nach, der die gesellschaftspolitischen Veränderungen nachzeichnet: So wurden im Jahr 2016 am häufigsten homophobe (33 %) oder transphobe (29 %) Einstellungen unter den Befragten ab 60 Jahren geäußert – Befragte unter 30 Jahren hatten diese Einstellungen nur zu 14 beziehungsweise 16 Prozent.

8.2.2 Sichtbarkeit, Selbstbezeichnung und generationale Unterschiede

Der Begriff Coming-out (engl. für „herauskommen") bezeichnet die persönliche Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität. Die Formulierung „Coming-out of the closet" (engl. für „aus dem Schrank herauskommen") meint etwa das Bewusstwerden („inneres Coming-out") einer nicht-normativen sexuellen Orientierung, die auch nach außen kommuniziert wird („äußeres Coming-out"). Es wird unter anderem als ein Bruch mit der bislang als unmarkierten, gesellschaftlich dominanten Heteronormativität verstanden. Coming-out-Erfahrungen werden aufgrund des sexuellen Begehrens, der sexuellen und geschlechtlichen Identität, aufgrund einer Transition oder eines nicht-normativen Körpers gemacht.

Inwieweit LSBTI*-Personen offen mit ihrer sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität umgehen, hängt insbesondere von der (antizipierten) Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft ab. In einer von Heteronormativität geprägten Gesellschaft werden LSBTI*-Personen häufig noch als „anders" und sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten abseits des heteronormativen Verständnisses von Zweigeschlechtlichkeit als „Abweichung" verstanden (Allen & Mendez 2018). Dies kann den offenen Umgang mit der sexuellen Orientierung und Geschlechtsidentität erschweren, weshalb das Coming-out für viele Personen einen schwierigen Prozess darstellt (Krell & Oldemeier 2015). In der Literatur werden verschiedene Modelle in diesem Zusammenhang beschrieben, die häufig entlang von Lebensereignissen strukturiert sind und meist einen Prozess der Identitätsentwicklung kennzeichnen (Floyd & Bakeman 2006; Troiden 1989). Auf die Relevanz des Coming-out als (lebenslanger) Ausdruck identitätsbezogenen Handelns bis ins Alter und in pflegerischen Settings verweisen Gerlach & Schupp (2018), die die Verbindung von biografischen Erfahrungen zu Selbstakzeptanz und Selbstvertrauen in Interviews mit schwulen und lesbischen Pflegebedürftigen illustrieren. Dunlap (2016) befragte in einer Online-Umfrage 1.131 Teilnehmende im Alter von 18 bis 85 Jahren zu Coming-out-Prozessen und wies nach, dass das durchschnittliche Alter für Lebensereignisse wie ein Coming-out im Laufe der Zeit gesunken ist und dass entsprechende Prozesse mit zunehmendem Alter weniger emotional erlebt werden und auch weniger Ressourcen bedürfen (Dunlap 2016). Online-Befragungen der LSBTI*-Community aus den Jahren 2019 und 2021 stützen diese Erkenntnis für Deutschland: Während sich die Altersgruppen bezüglich ihres inneren Coming-outs (eigene Bewusstwerden) nur gering unterschieden, fielen die Differenzen im äußeren Coming-out deutlicher aus: Sowohl in der Familie als auch im Freundeskreis blieben ältere LSBTI*-Personen häufiger ungeoutet als jüngere LSBTI*-Personen (in der Familie ungeoutet: 17,7 % bei Personen ab 50 Jahren und 15,3 % bei Personen unter 50 Jahren; im Freundeskreis ungeoutet: 13,3 % bei Personen ab 50 Jahren; 5,9 % bei Personen unter 50 Jahren) geoutet (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Die Selbstbezeichnungen gleichgeschlechtlich liebender Frauen und Männer unterlagen in den letzten 50 Jahren einem Wandel. Die Selbstbezeichnung „schwul" beispielsweise wurde für einen bedeutsamen Teil homosexueller Männer erst ab den 1970er Jahren akzeptabel. In Studien aus 2016 wählten ältere befragte Männer im Vergleich zu jüngeren Befragten seltener die Selbstbezeichnung „schwul" sondern häufiger Begriffe wie „homosexuell" oder „bisexuell" (Bochow & Lottmann 2016; Drewes & Kruspe 2016). Auch das Wort „lesbisch" hat in den

letzten Jahrzehnten einen Wandlungsprozess erfahren und wird bis heute immer noch nicht selbstverständlich genutzt. Der Übergang von einer verdeckt zu einer im sozialen Umfeld offen gelebten Homosexualität ist häufig ein langwieriger und schwieriger Prozess, insbesondere für die von gesellschaftlichen Repressionen stärker geprägten älteren LSBTI*-Personen. So gaben im Jahr 2010 etwa zwei Drittel (65 %) aller Befragten des European MSM Internet Survey (EMIS) mit über 54.000 Männern an, dass die Mehrheit in ihrem sozialen Umfeld von ihrer Homo- oder Bisexualität weiß. Bei den über 59-jährigen Männern betrug dieser Anteil lediglich 53 Prozent (Bochow & Lottmann 2016; Bochow et al. 2012). Hinsichtlich weiterer sexueller Orientierungen sind ähnliche Tendenzen im Kohortenvergleich zu beobachten. So identifizierten sich nach einer aktuellen Online-Umfrage aus den Jahren 2023/2024 9 Prozent der ab 1995 geborenen volljährigen Deutschen als homo- oder bisexuell (3 % zudem als pan- oder asexuell). Bei den Befragten, die zwischen 1946 und 1964 geboren wurden, bezeichneten sich lediglich 2 Prozent der Befragten als homosexuell (Zandt 2024). Der Anteil, der sich als nicht heterosexuell identifiziert, ist also bei den älteren Befragten geringer.

Die tatsächliche Zahl älterer LSBTI*-Personen in Deutschland insgesamt ist aufgrund der vielfältigen Selbstbezeichnungen, aber auch aufgrund methodisch uneinheitlicher Vorgehensweisen in den vorliegenden Studien nur schwer zu schätzen. Laut einer britischen Metastudie (van Kampen et al. 2017), bei der 22 Studien zu sexueller Identität in Großbritannien für eine modellierte Schätzung herangezogen wurden, wäre ein durchschnittlicher Anteil von 2,5 Prozent der Bevölkerung schwul, lesbisch, bisexuell oder anders (aber nicht-heterosexuell). Wenn dieser Wert auch für Deutschland zugrunde gelegt würde, wären 2,12 Millionen Menschen in Deutschland LSB-Personen, 468.000 von ihnen 65 Jahre und älter und es gäbe hierzulande rund 125.000 LSB-Pflegebedürftige (Statista 2023a; Statistisches Bundesamt 2023g, 2024a).

Wie viele trans* und inter* Personen in Deutschland leben, ist ebenfalls schwierig zu bestimmen, da eine vergleichbare, flächendeckende Erhebung für Deutschland nicht existiert. Eine Einschätzung der Anzahl an trans* und inter* Personen scheitert oft aufgrund uneinheitlicher (Selbst-)Definitionen (Stand der Transition oder Abweichungen der Geschlechtsentwicklung) (für inter* z. B. Hauck et al. 2019). Eine näherungsweise Schätzung der Anzahl der trans* Personen in Deutschland kann anhand der angestoßenen Verfahren zur Namens- und Personenstandsänderung vorgenommen werden. Im Jahr 2020 gab es knapp 3.000 solcher Verfahren (Deutscher Bundestag 2022b). Die Bundesregierung gab im Jahr 2007 eine Zahl von 8.000 bis 10.000 inter* Personen an sowie eine Häufigkeit von intergeschlechtlichen Neugeborenen von 1 zu 4.500 (0,02 %), allerdings mit „schwerwiegenden Abweichungen der Geschlechtsentwicklungen“ (Deutscher Bundestag 2007).

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Erfahrungen der heute älteren LSBTI*-Personen ist bei sämtlichen Schätzungen jedoch sowohl auf Unterschiede zwischen Begehren, Wünschen, Verhalten und Identifikation (siehe Abschnitt 8.1) als auch auf die Kriminalisierungs-, Repressions- oder Stresserfahrungen der jeweiligen Generation hinzuweisen, da beides die empirische Messbarkeit beeinflusst. So lassen sich bei europaweiten Bevölkerungsumfragen größere Differenzen hinsichtlich der Anteile von Personen, die sich als LSBTI* identifizieren, feststellen: Dies kann unter anderem auf ein unterschiedliches gesellschaftspolitisches Klima in diesen Ländern sowie auf unterschiedlich starke Repressionen gegenüber LSBTI*-Personen zurückgeführt werden (FRA 2020; Statista 2023c). In diesem Kontext ist auch die oben genannte Kriminalisierung älterer schwuler Männer in Deutschland zu berücksichtigen (Lautmann 2012; siehe Abschnitt 8.3.7). Angst oder Scham, die bei einem Outing auftreten können, beeinflussen die Sichtbarkeit von älteren LSBTI*-Personen erheblich – auch in empirischen Studien (Pöge et al. 2020).

Die trotz vieler Liberalisierungserfolge in Teilen der Bevölkerung nach wie vor bestehenden negativen Stereotype und offenen Diskriminierungen (siehe Abschnitte 8.2.1 und 8.3.7) sowie die vielfältigen entsprechenden Erfahrungen der älteren LSBTI*-Generationen belegen die Notwendigkeit, diese Ereignisse nicht in Vergessenheit geraten zu lassen und den gesellschaftlichen Wandel zu reflektieren. Daher ist eine entsprechende Erinnerungskultur unter Einbezug der Selbsthilfevertretungen, die der sexuellen wie geschlechtlichen Vielfalt gerecht wird, zu unterstützen – auch angesichts wieder zunehmender Ressentiments gegenüber LSBTI*-Personen (siehe etwa Fachverband Homosexualität und Geschichte e. V. 2021).[104]

[104] Siehe auch: https://www.lesbenundalter.de/wp-content/uploads/2020/10/Dokumentation7_Fachtagung2017k.pdf [Zugriff am 09.02.2024] sowie http://175-geschichte.de/index.php/nazizeit/queere-erinnerungskultur-ueber-die-opfer-des-ns-regimes/29-queere-erinnerungskultur-waehrend-der-zeit-des-nationalsozialismus [Zugriff am 09.02.2024].

8.2.3 HIV/Aids und Alter(n)

Der Siebte Altenbericht der Bundesregierung wies bereits auf die Relevanz von HIV[105] und der Aids-Pandemie insbesondere für den Lebensverlauf schwuler Männer (der Pre-Stonewall-Generation und Gay-Liberation-Era-Generation) hin: „Mit der Aids-Krise der 1980er und 1990er Jahre wurden die Erfolge der Emanzipation erneut bedroht. Schwule Männer mit und ohne HIV verloren viele ihrer Bekannten, Freunde und Partner. Die medizinische Pathologisierung, drohende Kriminalisierung homo- und bisexueller Männer und die Bedrohung durch die Krankheit selbst wurden zum Motor einer beispiellosen Selbsthilfebewegung (Bochow 2013), aus der unter anderem die Aidshilfen hervorgingen. Erschwerend wirkte in den ersten Jahren die erneute Diskriminierung durch Bezeichnungen wie ‚Schwulenseuche'" (Deutscher Bundestag 2016: 98). Ergänzend festzustellen ist, dass auch trans* Personen von HIV/Aids überdurchschnittlich betroffen waren und sind (Appenroth & Lottmann 2019; Auldridge et al. 2012; Giami & Le Bail 2011; Grant et al. 2011; James et al. 2016).

Derzeit leben weltweit rund 39 Millionen Menschen mit HIV, insbesondere in den Sub-Sahara-Ländern steigen die Zahlen an; auf dem europäischen Kontinent gehört Russland mit rund 38 Infektionen je 100.000 Einwohner*innen im Jahr 2022 zu den am stärksten betroffenen Ländern (Bocksch 2023). Durch die medizinischen Erfolge der letzten dreißig Jahre gilt eine HIV-Infektion zumindest in Westeuropa als gut behandelbare chronische Erkrankung, die die Lebenserwartung kaum mehr zu beeinträchtigen scheint (Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration 2017).[106] Das durchschnittliche Alter der Menschen mit HIV und Aids ist gestiegen und so auch der Anteil älterer Menschen bei den Neuinfektionen: Der Anteil älterer Menschen mit HIV (50 Jahre und älter) hat sich in westeuropäischen Ländern von 10 Prozent im Jahr 1996 auf 27 Prozent in 2008 und auf 41 Prozent in 2015 erhöht (Drewes et al. 2022). Zahlen für Deutschland zeigen, dass in den höheren Altersgruppen die Anzahl von Menschen mit HIV seit den 1990er Jahren (bei den über 40-Jährigen hat sich die Gesamtzahl verfünffacht) kontinuierlich ansteigt. Dies wird zum einen auf den Alterungsprozess der Bevölkerung mit HIV (bei deutlich verminderter Sterblichkeit durch die Einführung der antiviralen Kombinationstherapie) und zum anderen auf einen gestiegenen Anteil von Neuinfektionen in höheren Altersgruppen zurückgeführt (RKI 2023). Einer US-amerikanischen Studie zufolge, die Daten aus den Jahren 2000 bis 2016 mit 39.000 HIV-infizierten Erwachsenen und 387.700 Erwachsenen ohne HIV-Infektion untersucht hat, ist trotz antiretroviraler Therapie die Lebenserwartung von Personen mit HIV-Infektion im Durchschnitt 6,8 Jahre geringer als die Lebenserwartung von Personen ohne HIV-Infektion (Marcus et al. 2020).

In Deutschland lebten 2021 geschätzt 90.800 Menschen mit HIV/Aids, davon gut 60 Prozent schwule Männer beziehungsweise Männer, die Sex mit Männern (MSM) haben (RKI 2021), dabei ist etwa jede zweite Person 50 Jahre und älter (Drewes et al. 2022). 1.800 Menschen stecken sich jährlich mit dem Immunschwächevirus an (55,5 Prozent davon MSM). In einem Forschungsbericht zu HIV in trans* und nicht-binären Communities mit 2.335 Befragten gaben 0,7 Prozent an, mit HIV infiziert zu sein (RKI 2023). Die HIV-Diagnoseprävalenz ist regional recht ungleich verteilt, vor allem in Ballungsregionen fanden sich höhere Prävalenzen als in ländlichen Räumen (Akmatov et al. 2023). Bei Menschen mit HIV/Aids wurde ein „beschleunigtes Altern" aufgrund des früheren und häufigeren Auftretens von (teilweise altersbedingten) Erkrankungen (wie Herz-Kreislauferkrankungen, Nierenversagen, Schlaganfälle, Gebrechlichkeit, Depression etc.) beobachtet (Breen et al. 2022; Drewes et al. 2022; Greene et al. 2018). Die Teilnehmenden der Studie 50plusHIV (durchgeführt 2013-2014) waren zudem überdurchschnittlich häufig armutsgefährdet (Drewes et al. 2022). In den Fallvignetten des qualitativen Teils der Studie wurden lebenslaufbezogene Herausforderungen durch zu frühe Verrentungen beschrieben, die insbesondere Langzeitpositive in den 1990er und 2000er Jahren erlebt haben. Der Zugang zu Lebensversicherungen und anderen Möglichkeiten der Altersvorsorge wird durch diese Diagnose bis heute stark erschwert. Weiterhin wurden lebenslaufbezogene Brüche in sozialen Beziehungen zur Kernfamilie, Stigmatisierungen (auch internalisiertes HIV-Stigma), Diskriminierungen im Alltag und in der Gesundheitsversorgung sowie Rückzugstendenzen aus Angst vor Stigmatisierung berichtet (ebd.).

---

[105] HIV steht für „Humanes Immuneschwächevirus" (engl. „Human Immunodeficiency Virus"), welches insbesondere die für die Immunabwehr bedeutsamen Helferzellen als Wirtszellen befällt und sich dort über den Einbau viraler RNA in die menschliche DNA vermehrt. Dieser Vorgang schwächt das Immunsystem und der mit HIV infizierte Körper wird anfällig für normalerweise kaum bedrohliche Erkrankungen. Aids – als erworbene Immunschwächesyndrom (Acquired Immmundodeficiency Syndrom) – ist ein späteres Stadium der Erkrankung, das durch stärkere Schädigungen geprägt ist und über Aids-bezogene Erkrankungen wie Lungenentzündung oder Pilzerkrankungen zum Tode führen kann, wobei zumeist verschiedene Krankheiten und kein einheitliches Krankheitsbild zu beobachten sind (Drewes, et al. 2022).

[106] Durch die Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART bzw. ART) ist eine HIV-Infektion keine mit Sicherheit todbringende Erkrankung mehr, sondern sie gilt als medizinisch gut behandelbar. Diese Kombinationstherapien ließen die Sterblichkeit sinken und die Lebenserwartung stark steigen (Drewes, et al. 2022).

Durch medizinische Erfolge der letzten Jahrzehnte im Bereich der Behandlung von HIV/Aids und zuletzt durch die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)[107] konnten Stigmatisierungseffekte verringert werden, doch erleben ältere schwule Männer und trans* Personen mit HIV noch heute deutliche Diskriminierungen. Das Wissen, etwa über die Anfänge der Aids-Pandemie und die Erfahrungen dieser älteren Generation schwindet und lässt innerhalb der Community zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen Entfremdung und mangelnde Solidarität entstehen (Drewes et al. 2022). Hierzu und zu den Unterstützungspotenzialen innerhalb der LSBTI*-Community ist bislang wenig bekannt (siehe Abschnitt 8.3.5), gewünscht wurden von den Teilnehmenden der Studie 50plusHIV Beratungsangebote, sozialräumliche Aktivitäten und (neue bzw. gemeinschaftliche) Wohnformen (ebd.), die auch in den anderen Studien beschrieben wurden (Braukmann & Schmauch 2012; Gerlach & Szillat 2017; Lottmann & King 2020).

8.3 Empirische Befunde zur LSBTI*-Community[108] in Deutschland

In Deutschland gibt es nur wenige quantitative Forschungsarbeiten, die Auskunft über die Lebenssituation und Teilhabechancen älterer LSBTI*-Menschen geben. Dies ist auf einen Mangel an geeigneten Datenquellen zurückzuführen. In vorhandenen Datensätzen aus Umfragen der Sozial- und Gesundheitsberichterstattung sind häufig die Fallzahlen zu gering, um aussagekräftige Analysen zu diesen Gruppen machen zu können. In der Regel werden in den Befragungen keine Daten zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt erhoben. Zusätzlich wird zum Beispiel Geschlecht in Bezug auf Cis-, Trans-, Intergeschlechtlichkeit oder Bisexualität gar nicht oder zu undifferenziert erfragt, um geschlechtliche oder sexuelle Vielfalt ausreichend zu identifizieren.

Zwei Expertisen

Um die dürftige empirische Befundlage zu erweitern, hat die Neunte Altersberichtskommission zwei Expertisen in Auftrag gegeben. In der Expertise von de Vries und Zindel (2025) wurden mehrere Datenquellen zusammengeführt, um die Lebenssituation, Gesundheit und soziale Teilhabe älterer LSBTI*-Personen in Deutschland aufzuzeigen. Die Expertise stützt sich hierfür zum einen auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) der Jahre 2016-2021, einschließlich einer Zusatzbefragung (Aufstockungsstichprobe) mit LSBTI*-Personen aus dem Jahr 2019 (SOEP-Q). Diese Datenbasis erlaubt einen Vergleich zwischen älteren heterosexuellen Personen[109] und LSBTI*-Personen[110]. Die Analysen dieses Datensatzes bieten wichtige Informationen über die Lebenslagen älterer LSBTI*-Personen in Deutschland, sollten allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da trotz aller methodischer Anstrengungen die Anzahl der LSBTI*-Befragten im Vergleich zu der Anzahl der heterosexuellen Befragten relativ klein ist. Insbesondere die älteren LSBTI*-Personen sind in dem Datensatz unterrepräsentiert. Sie sind häufig schwieriger für Befragungen zu gewinnen, was unter anderem mit den bereits erlebten negativen Erfahrungen älterer Kohorten (z. B. Kriminalisierung von Homosexualität, Stigmatisierungserfahrungen), den Unterschieden in der Verwendung von Begrifflichkeiten und mit der Akzeptanz innerhalb der Gesellschaft zusammenhängen könnte (Bochow & Lottmann 2016; Valfort 2017).

In der Expertise von de Vries und Zindel (2025) werden zusätzlich Daten aus zwei nicht-repräsentativen Online-Befragungen mit der LSBTI*-Community (LGBielefeld 2019 und LGBielefeld 2021) genutzt. Diese beiden Online-Befragungen ermöglichen es, aufgrund der im Vergleich zu repräsentativen Studien in Deutschland höheren Fallzahl von LSBTI*-Personen einen spezifischeren Blick auf diese Gruppe zu werfen.[111] Mit diesen Daten lassen sich Unterschiede zwischen jüngeren (bis 49 Jahren) und älteren LSBTI*-Personen (ab 50 Jahren)

[107] PrEP ist eine HIV-Präventionsmethode, bei der HIV-negative Personen ein für die HIV-Therapie zugelassenes Medikament (Tenofovirdisoproxil + Emtricitabin, TDF/FTC) einnehmen, um sich vor einer HIV-Infektion zu schützen (Schmidt, et al. 2023).

[108] Die Nutzung des Begriffs „LSBTI*-Community“ soll der Vereinfachung der Darstellung der Daten dienen, wenngleich nicht vorausgesetzt werden kann, dass sich alle Personen, die auf diese Weise hierunter subsummiert werden, sich einer Community insgesamt oder spezifisch zugehörig fühlen.

[109] Ist im Weiteren von heterosexuellen Personen die Rede, sind immer Cis-Personen gemeint, also Personen, die sich mit dem binären Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde.

[110] Zu den „sexuellen Minderheiten“ gehören homosexuelle und bisexuelle Personen. Zu den „geschlechtlichen Minderheiten“ werden in dieser Stichprobe trans* und nicht-binäre Personen sowie Personen anderen Geschlechts gezählt. Eine tiefergehende Beschreibung der Erhebungen und Analysesamples sowie den Auswertungsmethoden findet sich in der Expertise (de Vries L. K. & Zindel 2024).

[111] Es ist jedoch wichtig, bei der Interpretation der Ergebnisse dieser beiden Befragungen stets zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse aufgrund der Stichprobenziehungsstrategie (über Werbeanzeigen auf Social Media-Plattformen) nicht repräsentativ sind und somit immer nur als Hinweise auf Tendenzen innerhalb der Bevölkerungsgruppe interpretiert werden können.

betrachten. Außerdem können Unterschiede zwischen älteren Cis-LSB*-Personen (sexuelle Vielfalt) und älteren trans* und inter* Personen (geschlechtliche Vielfalt) aufgezeigt werden.

In einer zweiten Expertise haben Güldenring, Veith und Voß (2025) Ergebnisse zur Lebenssituation und sozialen Teilhabe von trans* und inter* Personen zusammengetragen. Die Ergebnisse beruhen auf einer umfassenden Literaturrecherche mit einem Fokus auf Gewalt- und Diskriminierungserfahrungen sowie der gesundheitlichen Situation von trans* und inter* Personen. Ergänzt werden diese Ergebnisse durch Darstellungen aus der (Beratungs-)Praxis, die auf langjähriger Berufserfahrung und langjährigem verbandlichem Engagement von selbst betroffenen Personen beruhen.

Die Themenauswahl der folgenden empirischen Ergebnisse orientiert sich stark an der Verfügbarkeit von Befunden aus Deutschland, sodass die Auswahl der Ergebnisse – aufgrund der schmalen Datenbasis – eher exemplarisch erfolgt ist. Ergänzend werden weitere nationale und internationale Forschungsergebnisse auch aus qualitativen Untersuchungen herangezogen, um Einblicke in die Lebenssituationen von LSBTI*-Personen zu geben. Auch wenn die internationalen Ergebnisse nicht direkt auf Deutschland übertragbar sind, können sie doch wichtige Zusammenhänge aufzeigen und Hinweise auf mögliche Gemeinsamkeiten und Ungleichheiten geben.

Soziodemografische Grunddaten

Wie in Abschnitt 8.2.2 dargelegt wurde, lässt sich nur schwer bestimmen, wie viele ältere LSBTI*-Personen in Deutschland leben. Auf Basis von SOEP-Daten (2016-2021) wird geschätzt, dass etwa 1,7 Prozent der älteren Bevölkerung (50 Jahre und älter) LSBTI*-Personen sind oder sich als solche identifizieren, wobei die Anteile je nach Region beziehungsweise Wohnort variieren (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Bei einem Vergleich der älteren LSBTI*-Personen mit älteren heterosexuellen Personen (50 Jahre und älter) bestehen einige soziodemographische Unterschiede, die bei der Interpretation der Analyseergebnisse beachtet werden sollten. So war der Anteil der älteren Migrant*innen unter den LSBTI*-Personen etwas geringer (10 %) als unter älteren heterosexuellen Personen (13 %) (ebd.). Generell ist festzuhalten, dass die empirische Datenlage zur Untersuchung von Mehrfachdiskriminierungen und im Schnittfeld von Sexualität und Migration unzureichend ist (Castro Varela 2020). Zudem fehlt in den vorhandenen Studien der Bezug zum Alter(n).

8.3.1 Familien- und Lebensformen

Um beurteilen zu können, ob sich Partnerschaften, Lebensformen und das Vorhandensein von Kindern bei LSBTI*-Personen unter anderem in Hinsicht auf Unterstützungspotenziale im Alter anders gestalten, wurden diese Aspekte im Vergleich mit älteren Heterosexuellen sowie auch innerhalb der LSBTI*-Community genauer betrachtet.

Vergleiche zwischen der LSBTI*-Community und heterosexuellen Personen

In Hinsicht auf das partnerschaftliche Zusammenleben weisen Studien auf einen generell höheren Anteil von Alleinlebenden unter LSBTI*-Personen hin (Lottmann 2021; Wallace et al. 2011) – wobei Alleinleben nicht automatisch bedeutet, als Single zu leben. Auch die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen einen 4,7 mal höheren Anteil von ledigen LSBTI*-Befragten (37,9 %) im Vergleich zu heterosexuellen Personen (8,1 %). Während heterosexuelle ältere Personen also sehr viel häufiger verheiratet waren, lebten ältere LSBTI*-Personen häufiger ohne Partner*in im Haushalt. Darüber hinaus hatten sie auch seltener Kinder und lebten häufiger in einem Einpersonenhaushalt (de Vries, L. K. & Zindel 2025).[112] Diese Ergebnisse bestätigen den bisherigen nationalen und internationalen Stand der Forschung (Badgett et al. 2021; Bochow & Lottmann 2016; Braukmann & Schmauch 2012; Gerlach & Szillat 2017; Heaphy et al. 2004; Kroh et al. 2017; Lottmann & King 2020).

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

In bisherigen Untersuchungen zu älteren LSBTI*-Personen wurde festgestellt, dass lesbische Frauen im Vergleich zu schwulen Männern häufiger mindestens ein eigenes Kind haben. Genauere Angaben dazu variieren in den vorliegenden empirischen Studien (King & Stoneman 2017; Lottmann 2021). Die SOEP-Analysen zeigten

[112] Aufgrund der Besonderheiten bei der Stichprobenziehung (u. a. über Partner*innen im Haushalt) sind die entsprechenden Werte mit Vorsicht zu interpretieren (de Vries, L. K. & Zindel 2024).

vergleichsweise geringe Unterschiede zwischen älteren Cis[113]-Männern und Cis-Frauen (ab 50 Jahren): Aber auch hier hatten Cis-Frauen etwas häufiger Kinder als Cis-Männer (de Vries, L. K. & Zindel 2025). Hinsichtlich einer Partnerschaft lebten ältere cis-männliche Personen häufiger allein, während ältere cis-weibliche Personen öfter in einem Mehrpersonenhaushalt lebten. Allerdings waren cis-weibliche Personen häufiger als cis-männliche Personen verwitwet (ebd.). Zusätzlich zeigt sich, dass insbesondere trans* und inter* Personen im Alter ab 50 Jahren seltener in einer Partnerschaft lebten als cis-männliche und cis-weibliche Befragte der LSBTI*-Community. Ferner lebten bisexuelle Personen, die 50 Jahre und älter waren, seltener mit einer/einem Partner*in im Haushalt zusammen als gleichaltrige schwule und lesbische Befragte (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

8.3.2 Bildung und Erwerbsbeteiligung

Vergleiche zwischen der LSBTI*-Community und heterosexuellen Personen

Der durchschnittliche Bildungsstand von älteren LSBTI*-Personen (ab 50 Jahren) ist höher als der in der heterosexuellen Vergleichspopulation: Während von den älteren LSBTI*-Personen 33 Prozent eine Fachhochschulreife oder Abitur und 21 Prozent einen Hauptschulabschluss hatten, ist dieses Verhältnis bei älteren Heterosexuellen annähernd umgekehrt: Hier hatten 23 Prozent eine Fachhochschulreife oder Abitur und 37 Prozent einen Hauptschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss (de Vries, L. K. & Zindel 2025; Kroh et al. 2017).

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Es gibt Hinweise auf einen überdurchschnittlichen Anteil von Teilzeiterwerbstätigkeit bei trans* und inter* Personen und einer gelegentlichen oder unregelmäßigen Beschäftigung bei inter* Personen (Frohn et al. 2020).[114] Dies erscheint vor dem Hintergrund, dass etliche inter* Personen, an denen geschlechtszuweisende medizinische Eingriffe vorgenommen wurden, durch diese so beeinträchtigt sind, dass sie einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit nicht nachgehen können (Deutscher Ethikrat 2012), nachvollziehbar. Aus der Beratungspraxis ist bekannt, dass einige trans* Personen gezielt Berufe wählten, die mit regelmäßigen Reisen und externen Übernachtungen verbunden waren. So konnten sie die Existenz einer „zweiten“ Rolle (auch „Doppelleben“) vor dem bürgerlichen sozialen Umfeld besser verdeckt halten, da die ständige Angst, entdeckt zu werden, für viele eine dauerhafte Belastung bedeutete und so zumindest zeitweise etwa eine Entlastung vom Minoritätenstress erlebt werden konnte (Güldenring et al. 2025).

8.3.3 Wohnen

Vergleiche zwischen der LSBTI*-Community und heterosexuellen Personen

Zum Thema Wohnen im Alter gibt es bezogen auf ältere LSBTI*-Personen nur wenige Studien, die für Deutschland aussagekräftig sind. Mit den SOEP-Daten kann die jeweilige Verteilung der heterosexuellen sowie der LSBTI*-Bevölkerung ab 50 Jahren nach der Größe ihres Wohnorts gezeigt werden (Tabelle 22). Auffällig ist, das ältere LSBTI*-Personen anteilig und im Vergleich zu älteren Heterosexuellen seltener in kleineren Städten und auf dem Land leben. In den 15 Großstädten in Deutschland mit mehr als 500.000 Einwohner leben etwa 30 Prozent der älteren LSBTI*-Personen – dies ist ein vergleichsweise hoher Anteil. Von der heterosexuellen Bevölkerung in Deutschland leben nur gut 15 Prozent in den 15 Großstädten und anteilig wesentlich mehr in Orten mit bis zu 20.000 Einwohner*innen. Es ist anzunehmen, dass der tatsächliche Anteil an LSBTI*-Personen innerhalb einzelner Regionen möglicherweise höher ist, da nicht alle LSBTI*-Personen offen mit ihrer sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität umgehen oder in den Regionen Unterschiede in der Akzeptanz gegenüber sexueller und geschlechtlicher Vielfalt bestehen (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

---

[113] Mit cis-Frauen und cis-Männern sind innerhalb der LSBTI*-Community die Männer und Frauen gemeint, die sich unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde (siehe Glossar in Abschnitt 8.1).

[114] Bei der Interpretation der Befunde muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Studie von Frohn et al. (2020) auf niedrigen Fallzahlen basiert.

Tabelle 22 Wohnortgröße (Gemeindegrößenklassen) von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

Wohnortgröße (Anzahl der Einwohner*innen)	Heterosexuelle	LSBTI*
Unter 5.000	14,6	9,5
5.000 - 20.000	27,6	19,7
20.000 - 50.000	19,6	19,4
50.000 - 100.000	8,3	5,6
100.000 - 500.000	14,5	14,9
500.000 und mehr	15,5	30,8
Gesamt	**100,0**	**100,0**

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2016-2021, n = 97.282 (davon heterosexuell = 95.525, LSBTI* = 1.757), Prozent gewichtet.

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Nach einer Schätzung für Großbritannien für das Jahr 2015 gehen van Kampen et al. (2017) in ihrer Meta-Analyse von etwa 1,9 Prozent der Bevölkerung (ohne Altersbeschränkung) aus, die sich als LSB-Personen identifiziert und auf dem Land lebt. 4,3 Prozent der Bevölkerung in Großstädten sind nach dieser Studie LSB-Personen, wobei in nicht-repräsentativen Studien zu HIV/Aids noch stärkere Unterschiede zwischen Metropolen und ländlichen Regionen angegeben werden (Akmatov et al. 2023; Bochow et al. 2009). Die starke Konzentration auch von älteren LSBTI*-Personen ab 50 Jahren in Großstädten und Metropolen werden durch die SOEP-Daten für Deutschland bestätigt (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Diese Bevölkerungsverteilung deutet darauf hin, dass viele LSBTI*-Personen im Laufe ihres Lebens in größere Städte umgezogen sind, da sich dort eine größere Akzeptanz gegenüber geschlechtlicher und sexueller Vielfalt und anderen Lebensformen entwickelt hat. Neben einer geringeren sozialen Kontrolle in Metropolen wird als Erklärung für eine stärkere Landflucht bei LSBTI*-Personen auf eine bessere Versorgung etwa im Falle von HIV/Aids bei schwulen Männern und trans* Personen (Bochow et al. 2009) sowie auf Besonderheiten bei der Bildungsmobilität verwiesen: In Studien zum Bildungsverhalten bei LSBTI* war der Umgang mit Diskriminierungen ein relevanter Faktor für den Umzug in größere Städte (mit einem höheren Anteil an akademischen Bildungseinrichtungen). Boertin und Perales (2024) untersuchten die Beobachtung, wonach bei LSBTI*-Personen eine schlechtere gesundheitliche und (teilweise) sozioökonomische Situation festzustellen war, obgleich sie eine höhere Bildungsbeteiligung und höhere schulische Abschlüsse aufwiesen. Anhand repräsentativer Daten aus fünf OECD-Ländern stellten die Autor*innen fest, dass bei Schwulen und Lesben in allen fünf Ländern (Australien, Chile, Deutschland, Vereinigtes Königreich und USA) diese höheren Bildungsniveaus auf Bildungsmobilität zurückzuführen war, sodass davon auszugehen ist, dass Bildung zu einer Strategie für Schwule und Lesben werden kann, um tatsächliche oder zu erwartende Diskriminierung zu vermeiden (Boertien et al. 2024).

In der Beratungspraxis von trans* Personen sind belastende Wohnortwechsel aufgrund von erlebter Diskriminierung im Heimatort bekannt. Der psychosoziale Druck – auch durch die eigene Familie – wird von den Betroffenen oft als existenziell bedrohlich erlebt und die Lebensbedingungen als unwürdig wahrgenommen, sodass sie ihre Heimat verlassen und damit auch häufig ihre sozialen Beziehungen abgebrechen. Die neue Existenz an einem entfernten Ort wird anschließend häufig anonym und nach einer Namens- und Personenstandsänderung aufgebaut – die Transidentität und die eigene Geschichte sowie die damit verbundene Trauer werden häufig über lange Zeit verschwiegen (Güldenring et al. 2025).

8.3.4 Materielle Lage

Die materielle Lage ist nicht nur eine zentrale Teilhabedimension; über das zur Verfügung stehende Einkommen werden zugleich Teilhabechancen in vielen Lebensbereichen strukturiert (siehe Kapitel 2). Ein höherer materieller Wohlstand bietet eine bessere Absicherung gegenüber Risiken im Lebenslauf, wie beispielsweise Arbeitslosigkeit oder Krankheit, die mit finanziellen Einbußen und sozialen Abstiegsprozessen einhergehen können.

Vergleiche zwischen der LSBTI*-Community und heterosexuellen Personen

Die SOEP-Daten zeigen, dass das bedarfsgewichtete Haushaltseinkommen (das sog. Nettoäquivalenzhaushaltseinkommen[115]) von LSBTI*-Personen im Durchschnitt mit 2.119 Euro über jenem der heterosexuellen Befragten (mit 1.977 Euro) liegt (de Vries, L. K. & Zindel 2025). Angesichts der höheren Bildungsabschlüsse und der Tatsache, dass LSBTI*-Personen häufiger in Doppelverdiener*innenhaushalten (ohne Kinder) leben (Kroh et al. 2017), scheint dies plausibel. Haushalte von LSBTI*-Personen bestehen häufiger nur aus erwachsenen Personen, die in der Regel zum Haushaltseinkommen beitragen können.

Wenn die Nettoäquivalenzeinkommen von älteren LSBTI*- und heterosexuellen Personen verglichen werden, zeigt sich ein differenzierteres Bild (Tabelle 23): Während ältere heterosexuelle Menschen signifikant häufiger im mittleren Einkommensbereich positioniert sind, finden sich ältere LSBTI*-Personen häufiger in höheren Einkommensgruppen oder auch unterhalb der Armutsgefährdungsgrenze – die Variation ist in dieser Gruppe also größer.

Tabelle 23 Materielle Lage von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

	Heterosexuell	LSBTI*	Differenz
Armutsgefährdet	15,5	18,5	*
Mittlere Einkommen	68,2	58,2	***
Höhere Einkommen	16,3	23,4	***

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2016-2020, n = 65.668 (davon heterosexuell = 64.544, LSBTI* = 1.124), gewichtet.

Anmerkungen: Als armutsgefährdet gelten Personen, deren Nettoäquivalenzhaushaltseinkommen unterhalb von 60 Prozent des Medianeinkommens liegt. Als Referenzwert wird das SOEP für 2020 herangezogen. Der Median 2020 lag bei 1.850 Euro, die Armutsrisikogrenze, d. h. 60 Prozent des Medians, bei 1.110 Euro. Das mittlere Einkommen ist definiert als Einkommen zwischen 60 Prozent und 150 Prozent des Medianeinkommens, höheres Einkommen liegt über 150 Prozent des Medianeinkommens, d. h. über 2.775 Euro.

Die Sternchen in der Spalte „Differenz“ bezeichnen das Signifikanzniveau. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem 0,1-; Ein- und Fünf-Prozent-Niveau an.

Analysen mit Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/2021 weisen auf geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Armutsrisiken hin.[116] Die Armutsrisikoquote bei älteren lesbischen und bisexuellen Frauen ist hier höher als bei gleichaltrigen heterosexuellen Frauen. Bei schwulen und bisexuellen Männern in dieser Altersgruppe liegt die Armutsrisikoquote hingegen etwas niedriger als bei heterosexuellen Männern (Romeu Gordo et al. 2022b). Interessant ist, dass Bisexuelle, Schwule und Lesben trotz durchschnittlich höherer Bildung durchschnittlich geringere Brutto-Stundenlöhne (auch unter Berücksichtigung von Unterschieden in Qualifikationen, beruflicher Stellung, Berufserfahrung, Arbeitszeitmodellen und Branchen) als heterosexuelle Männer beziehen („Sexuality Pay Gap“) (Kroh et al. 2017).

---

115 Das Äquivalenzeinkommen ist ein Wert, der sich aus dem Gesamteinkommen eines Haushalts und der Anzahl und dem Alter der von diesem Einkommen lebenden Personen ergibt. Mithilfe einer Äquivalenzskala werden die Einkommen nach Haushaltsgröße und -zusammensetzung gewichtet. Dadurch werden die Einkommen von Personen, die in unterschiedlich großen Haushalten leben vergleichbar, da in größeren Haushalten Einspareffekte (Economies of Scale) auftreten (z. B. durch gemeinsame Nutzung von Wohnraum oder Haushaltsgeräten).

116 Leider sind u. a. aufgrund der Panelselektivität im DEAS die bereits auf einem niedrigen Niveau befindlichen Fallzahlen bei homosexuellen und bisexuellen Befragten zwischen den Erhebungswellen 2017 und 2020/2021 zurückgegangen (insbesondere bei homo- und bisexuellen Frauen). Romeo Gordo und Kolleg*innen (2022b) merken an, dass die Fallzahlen von Personen mit homosexueller und bisexueller Orientierung 2020/2021 so gering sind, dass sie auf eine verallgemeinernde Übertragung der Ergebnisse für die Grundgesamtheit der Wohnbevölkerung Deutschlands verzichten.

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Die Online Befragung LGBielefeld 2021 zeigt zum einen, dass trans* und inter* Personen deutlich seltener über ein höheres Einkommen verfügen als Lesben, Schwule und Bi-Personen. Zum anderen zeigen sich zumindest bei den LSB-Personen ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede: Hier verfügen Cis-Männer häufiger über ein höheres Einkommen als Cis-Frauen (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Das geringe durchschnittliche Einkommen unter den trans* oder inter* Personen geht vermutlich darauf zurück, dass ein großer Anteil der trans* und inter* Personen aus verschiedenen Gründen einer Teilzeiterwerbstätigkeit und dass viele inter* Personen einer gelegentlichen oder unregelmäßigen Beschäftigung nachgegangen sind. Beides führt in der Regel zu geringeren Einkommen und Beitragszahlungen in die gesetzliche Rentenversicherung mit der Folge geringer Vermögensbildung und niedriger Altersrenten (Brunnett 2022).

Internationale Studien bestätigen die beschriebenen Einkommensverteilungen in der Stichprobe der LGBielefeld 2021: So weisen in einer US-Studie lesbische und heterosexuelle Frauen höhere Armutsraten auf als schwule und heterosexuelle Männer, wobei trans* Personen das höchste Armutsrisiko unter LSBTI*-Personen tragen (Badgett et al. 2021; Bouton et al. 2023; Fredriksen Goldsen et al. 2014; Schneebaum & Badgett 2019; Wilson et al. 2023).

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass insbesondere trans* Personen stärker gefährdet sind, Diskriminierung, Belästigung und Gewalt in den mittleren Lebensjahren auch im Erwerbsleben zu erleben (Bayrakdar & King 2021; Franzen & Sauer 2010). Dies macht negative Konsequenzen für die gesundheitliche, soziale und eben auch materielle Lage im Alter wahrscheinlich. Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass fehlender Wohlstand, Armut(sgefährdung) und materiell prekäre Lebenslagen das Leben vieler trans* und inter* Personen bis ins höhere Alter prägen und Benachteiligungen potenziert (Brunnett 2020; vgl. auch Appenroth & Lottmann 2019; Sauer 2020).

Zur Einkommenslage und zu Armutsrisiken von älteren LSBTI*-Personen fehlen für Deutschland repräsentative Datensätze mit größeren Fallzahlen, die differenziertere Analysen ermöglichen. Insbesondere besteht Bedarf an weiterer Forschung, um lebenslaufbezogene Effekte – auch unter intersektionaler Berücksichtigung weiterer Merkmale wie Bildung, soziale und regionale Herkunft und Migrationsgeschichte – adäquat zu beurteilen und Benachteiligungsrisiken zu adressieren.

8.3.5 Soziale Eingebundenheit und Zughörigkeit

Wie in Abschnitt 8.4.1 aufgezeigt wurde, leben LSBTI*-Personen im Alter seltener in Partnerschaften und haben seltener Kinder als ältere Heterosexuelle. Es wurde bislang kaum erforsch, ob damit beispielsweise eine erhöhte Einsamkeit im Alter einhergeht. Im Weiteren wird deshalb der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die Familien- und Lebensformen auf die Lebenssituation älterer LSBTI*-Personen und ihr Verhältnis zu Herkunfts- und Wahlfamilie haben. Dabei wird zunächst das Erleben von Einsamkeit, anschließend die Bedeutung von sozialen Beziehungen in Nachbarschaft und Community beschrieben.

Einsamkeitserleben

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Tabelle 24 zeigt das Einsamkeitserleben von älteren heterosexuellen und LSBTI*-Personen im Vergleich. Dabei zeigen sich nur geringe Unterschiede für das Gefühl, dass die „Gesellschaft anderer fehlt“ und das Gefühl „außen vor zu sein“. Allerdings berichteten signifikant mehr LSBTI*-Personen als Heterosexuelle, dass sie (sehr) oft das Gefühl hatten, „sozial isoliert“ zu sein, wobei der größere Anteil in beiden Gruppen manchmal/selten oder nie das Gefühl hatte, „sozial isoliert“ zu sein.

Tabelle 24 Einsamkeitserleben von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

	Heterosexuell	LSBTI*	Differenz
Gefühl, Gesellschaft anderer fehlt			
(sehr) oft	15,2	17,3	n. s.
manchmal/selten	69,7	69,3	n. s.
nie	15,1	13,5	n. s.
Gefühl, außen vor zu sein			
(sehr) oft	6,7	10,4	**
manchmal/selten	63,1	62,9	n. s.
nie	30,2	26,7	n. s.
Gefühl, sozial isoliert zu sein			
(sehr) oft	5,4	9,8	***
manchmal/selten	38,9	40,3	n. s.
nie	55,7	49,9	*

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2016-2021; n = 22.473 (davon ‚eterosexuell = 22.037, LSBTI* = 436), gewichtet. Frage: „Wie oft haben Sie das Gefühl, … - dass Ihnen die Gesellschaft anderer fehlt? / - außen vor zu sein?/ - dass Sie sozial isoliert sind?“.

Die Sternchen in der Spalte „Differenz“ bezeichnen das Signifikanzniveau. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem 0,1-; Ein- und Fünf-Prozent-Niveau an. N. s. = nicht signifikant.

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI-Community*

In Bezug auf das Einsamkeitserleben in der älteren LSBTI*-Community hatten Cis-Frauen häufiger das Gefühl, außen vor zu sein als Cis-Männer – hier zeigen sich also ähnliche geschlechtsspezifische Unterschiede wie bei den Heterosexuellen. Auch wenn viele Aspekte aufgrund geringer Fallzahlen nicht differenziert dargestellt werden können, zeigte sich, dass trans* und inter* Personen innerhalb der LSBTI*-Community häufiger die Gesellschaft anderer fehlte und sie das Gefühl hatten, außen vor zu sein – sie also von Einsamkeit häufiger betroffen waren (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Ältere trans* Personen haben im Vergleich zu älteren LSB*-Personen zwar häufiger Kinder, doch ist auch bei ihnen die Wahrscheinlichkeit etwas höher als bei der Mehrheitsgesellschaft, sich einsam zu fühlen (de Vries, L. K. & Zindel 2025; Fredriksen Goldsen et al. 2011; James et al. 2016). Aus der Beratungspraxis von trans* und inter* Personen ist zudem bekannt, dass der Verlust von existenzsichernden Strukturen wie der Familie, Freund*innen und Arbeit in Kombination mit einem häufig erzwungenen Wohnortwechsel, Verlust von Partner*innen und Minoritätenstress, bei trans* Personen zu einem Gefühl von Einsamkeit führen können (Güldenring et al. 2025). Auch inter* Personen berichteten häufig ein Erleben von Einsamkeit, hier wird unter anderem auf Folgen des Verlustes von sexueller Erregbarkeit und des Begehrens durch medizinische geschlechtszuweisende Eingriffe und damit einhergehender Scham im Verlauf ihres Lebens verwiesen. Auch fehlende gesellschaftliche Anerkennung und das Gefühl dauerhafter Ausgrenzung können bei inter* Personen zu einem Leben in Einsamkeit und sozialer Isolation beitragen (ebd.).

Soziale Eingebundenheit und Nachbar*innenschaft

Soziale Interaktionen und Community-Aktivitäten können soziale Isolation und Einsamkeit vorbeugen oder sie abpuffern und die Lebensqualität älterer Menschen fördern (Paquet et al. 2023).

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Tabelle 25 zeigt die Häufigkeit von Besuchen von Familie und Verwandten sowie von Nachbar*innen und Freund*innen von älteren heterosexuellen und LSBTI*-Personen im Vergleich. Während ältere heterosexuelle

Personen signifikant häufiger ihre Familie oder Verwandten besuchten oder selbst Besuch von diesen bekamen, trafen sich ältere LSBTI*-Personen häufiger mit ihren Nachbar*innen und Freund*innen. Dies steht im Einklang mit der bisherigen Forschung, die zeigt, dass Freundschaftsnetzwerke oder Wahlfamilien eine bedeutende Rolle im Leben von LSBTI*-Personen spielen, während die Verbindungen zur Herkunftsfamilie vergleichsweise geringer ausgeprägt sind (Brennan-Ing et al. 2014; Fischer & Kalmijn 2021; Lottmann & King 2020).

Tabelle 25 Besuchshäufigkeit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

	Heterosexuell	LSBTI*	Differenz
Besuche Familie, Verwandte			
wöchentlich und häufiger	45,3	27,9	***
monatlich oder seltener	50,9	57,2	*
nie	3,8	15,0	***
Besuche Nachbar*innen, Freund*innen			
wöchentlich und häufiger	37,6	44,6	**
monatlich oder seltener	55,9	51,2	n. s.
nie	6,5	4,2	n. s.

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2016-2021; n = 22.683 (davon heterosexuell = 22.045, LSBTI* = 638), gewichtet. Frage: „Geben Sie bitte zu jeder Tätigkeit an, wie oft Sie das machen: täglich, mindestens 1mal pro Woche, mindestens 1mal pro Monat, seltener oder nie? - Gegenseitige Besuche von Nachbarn, Freunden oder Bekannten/ - Gegenseitige Besuche von Familienangehörigen oder Verwandten".

Die Sternchen in der Spalte „Differenz" bezeichnen das Signifikanzniveau. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem 0,1-; Ein- und Fünf-Prozent-Niveau an. N. s. = nicht signifikant.

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI-Community*

Ergebnisse der LGBielefeld 2021 geben einen Überblick über persönliche Beziehungen zum Austausch über Gedanken und Gefühle innerhalb der LSBTI*-Community nach Altersgruppen (de Vries, L. K. & Zindel 2025). Sowohl jüngere (18- bis 49-jährigen) als auch ältere (ab 50 Jahren) LSBTI*-Personen teilten persönliche Gedanken und Gefühle am häufigsten mit Freund*innen, Bekannten und sonstigen Personen, was für die Relevanz dieser Netzwerke für LSBTI*-Menschen spricht. Aber auch mit (Ex-)Partner*innen, der Familie und Verwandtschaft wurden persönliche Gedanken und Gefühle häufig geteilt. Der Anteil der Personen ohne solch enge Beziehungen war in beiden Altersgruppen gering, ebenso wie der Anteil an Personen, welche Gedanken und Gefühle mit ihren Kindern teilten – was in Anbetracht der geringen Zahl von LSBTI*-Personen mit Kindern nicht überrascht (ebd.).

Für inter* Personen haben insbesondere Scham und Körperverlegenheit sowie erlebte Diskriminierungen (siehe hierzu auch Abschnitt 8.8) Auswirkungen auf ihre sozialen Beziehungen. Die Belastungen sind dabei insbesondere auf Stigmatisierung und Diskriminierung unter anderem im Gesundheitswesen zurückzuführen (Zeeman & Aranda 2020). Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Eltern-Kind-Beziehung von inter* Personen häufig durch die schwerwiegenden und komplikationsbehafteten medizinischen geschlechtszuweisenden Eingriffe belastet sind, in die die Eltern involviert waren und die die Beziehung zu den Eltern beeinträchtigen können (Güldenring et al. 2025).

Belastbare soziale Beziehungen von trans* Personen erwiesen sich insbesondere während der Phasen einer Transition als bedeutsam für ihre Lebensqualität (Lewis et al. 2021), hingegen wirkte sich soziale Isolation, wie sie mit der Transition verbunden sein und mit dem Alter zunehmen kann, ungünstig auf die Lebensqualität aus (Freedman & Nicolle 2020; Güldenring et al. 2025; Lewis et al. 2021). Insbesondere in US-Studien wurde von häufigeren Kontaktabbrüchen oder ausbleibender Unterstützung durch eigene Kinder berichtet (Fredriksen Goldsen et al. 2011; James et al. 2016). Ältere trans* Personen bauen sich im Vergleich zu älteren Lesben, Schwulen und Bisexuellen im stärkeren Ausmaß ein soziales Netzwerk in vielfältigen Communities auf, hier zeigten sich die größten Netzwerke und die größte Netzwerkdiversität (Erosheva et al. 2016).

Wie die Daten im Vergleich zu anderen Studien zu bewerten sind und welche Relevanz diese unterschiedlichen Beziehungen für das Alter haben, wird im nachfolgenden Abschnitt thematisiert. Die Ergebnisse lenken den Blick zum einen auf die Bedeutung wahlfamilialer (nicht-verwandtschaftliche) Netzwerke mit Freund*innen und

Nachbar*innen sowie auf die Beziehungen zu Partner*innen oder (wenn vorhanden) Kindern. Zum anderen kommt Aktivitäten der Zivilgesellschaft oder der Communities für die Gruppe der älteren LSBTI*-Personen eine wachsende Bedeutung zu – hierdurch könnte Einsamkeit gemindert und Eingebundenheit und soziale Teilhabe ermöglicht werden. Daher sollten die Angebote etwa für Besuchs- und Mobilitätsdienste auf kommunaler Ebene – nicht nur in Metropolen – ausgebaut und von oder zumindest mit der LSBTI*-Community konzipiert und durchgeführt werden. Auch von der Bundesinteressenvertretung schwuler Senioren e. V. (BISS) und dem Dachverband Lesben und Alter e. V. initiierte sogenannte „Open Spaces“ (dt.: offene Räume), die verschiedene Generationen der LSBTIQ*-Community zusammenbringen sollen, sind geeignete unterstützungswürdige Maßnahmen.[117]

Zugehörigkeitsgefühl zur LSBTI*-Community

Die LSBTI*-Community kann einen wichtigen Bezugspunkt für LSBTI*-Personen darstellen und Raum für Austausch und Unterstützung bieten. Insbesondere im Alter können die Lebenswelten und wahlfamiliale (nicht-verwandtschaftliche) soziale Netzwerke Unterstützungspotenziale bieten, die etwa bei Kinderlosigkeit, gesundheitlichen Einschränkungen und Alleinleben den Erhalt der Lebensqualität und die Teilhabe im Alter fördern.

In Tabelle 26 ist die Teilhabe an Angeboten der LSBTI*-Community nach Altersgruppen dargestellt. Insgesamt fällt auf, dass ältere LSBTI*-Personen durchweg etwas häufiger an Angeboten der Community teilnahmen als jüngere LSBTI*-Personen. Dies lässt neben Kohorteneffekten (die auch bei Heterosexuellen vorliegen) auf eine bessere Anbindung der älteren LSBTI*-Personen an die Community schließen und lässt die besondere Relevanz einer Community für die älteren Generationen innerhalb der LSBTI*-Community erkennen (siehe auch Abschnitt 8.6.4). In diesem Zusammenhang ist nochmal darauf hinzuweisen, dass die Rekrutierung der Studienteilnehmenden in dieser Befragung über Social Media zu einer Überrepräsentanz von Personen, welche gut an die Community angebunden sind, geführt haben kann.

Tabelle 26 Nutzung von Angeboten und Beteiligung an Angeboten der LSBTI*-Community nach Altersgruppe, in Prozent

	18 bis 49 Jahre	**50 Jahre und älter**
LSBTI*-Bars oder Clubs		
(sehr) oft	9,0	11,6
manchmal/selten	52,7	62,5
nie	38,4	25,9
Kunst- und Kulturveranstaltungen der LSBTI*-Szene(n)		
(sehr) oft	6,3	8,5
manchmal/selten	47,8	61,7
nie	45,9	29,9
Sportvereine/Sportveranstaltungen mit überwiegend LSBTI*-Teilnehmer*innen		
(sehr) oft	2,8	3,8
manchmal/selten	18,9	23,0
nie	78,4	73,3

[117] https://www.seniorenpolitik-aktuell.de/engagement/modellprojekt-homo-und-queerfeindlichkeit-generationsuebergreifend-begegnen/ [Zugriff am 02.02.2024].

	18 bis 49 Jahre	50 Jahre und älter
Der jährliche Christopher Street Day (CSD)		
(sehr) oft	35,0	38,7
manchmal/selten	39,8	37,5
nie	25,2	23,8
Selbsthilfegruppen mit LSBTI*-Fokus		
(sehr) oft	2,5	6,4
manchmal/selten	13,1	17,5
nie	84,4	76,1

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: LGBielefeld 2021; n = 3.799 (davon 18-49 Jahre: 3.280, 50 Jahre und älter: 519), gewichtet. Frage: „Wie oft besuchen Sie normalerweise die folgenden Orte oder nehmen an den folgenden Aktivitäten teil? (Bitte denken Sie dabei an ihre Gewohnheiten vor der Corona-Pandemie)“.

Neben der Teilnahme an Angeboten der LSBTI*-Community ist auch das Zugehörigkeitsgefühl zur Community relevant. Tabelle 27 kann hierzu Unterschiede zwischen Altersgruppen aufzeigen. Demnach fühlten sich LSBTI*-Personen im Alter von 50 Jahren und älter im Vergleich zu den Jüngeren etwas häufiger der Community zugehörig und sahen dies als positiv an. Die Unterschiede waren jedoch insgesamt gering.

Tabelle 27 Zugehörigkeitsgefühl zur LSBTIQ*-Community nach Altersgruppen, in Prozent

	18 bis 49 Jahre	50 Jahre und älter
Sie fühlen sich einer oder mehreren LSBTIQ*-Szene(n) zugehörig		
trifft gar nicht zu	36,7	30,8
trifft teilweise zu	40,9	41,8
trifft voll zu	22,4	27,4
Sie fühlen sich mit einer oder mehreren LSBTIQ*-Szene(n) verbunden		
trifft gar nicht zu	36,4	28,6
trifft teilweise zu	41,3	45,1
trifft voll zu	22,4	26,2

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: LGBielefeld 2021; n = 3.797 (davon 18-49 Jahre: 3.278, 50 Jahre und älter: 519), gewichtet. Frage: „In Deutschland wird manchmal von einer (oder mehreren) LGBTIQ*-Szene(n) gesprochen, wenn es um die sozialen und aktivistischen Beziehungen von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und queeren Menschen untereinander geht, Inwiefern treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?“.

Doch können diese Lebenswelten auch Altersdiskriminierungen mit sich bringen, wenn sie von älteren LSBTI*-Menschen als jugend- oder körperorientiert wahrgenommen werden (wie etwa die schwule Szene). So ist die (frühe) Abnahme sexueller Attraktivität in der schwulen Community mehrfach in Studien thematisiert worden; Altern wird in der schwulen Community als „beschleunigt“ erlebt (Bennett & Thompson 1991). Auch die GLESA-Studie zum Wohn- und Pflegeprojekt „Lebensort Vielfalt“ in Berlin beschreibt insbesondere bei den schwulen Bewohnern eine hohe Relevanz der (Abnahme) sexueller Attraktivität: Ältere schwule Männer berichteten von frühen Ausgrenzungserfahrungen innerhalb der Community aufgrund des (kalendarischen und physischen) Alters. Die Befragten beschrieben aufgrund ihres Alters „(erlebte) Ausschlüsse aus Angeboten und Einrichtungen der Schwulenszene und Stigmatisierungsprozesse innerhalb der Szene“ (Lottmann 2016: 91). Altersdiskriminierungen bei schwulen Männern werden mit einer geringen Sichtbarkeit älterer Schwuler in der Szene in Verbindung gebracht. Ein durch idealisierte und sexualisierte Körperwahrnehmungen erlebter Druck lässt

alternde schwule Männer Altersdiskriminierungen im intergenerationellen Umgang erfahren.[118] Bei älteren lesbischen Frauen wurden hingegen vielfältigere Altersbilder als bei schwulen Männern nachgewiesen. Dies könnte ein geringeres Ausmaß an Altersdiskriminierungen in der entsprechenden Community nach sich ziehen (Krell 2016; Lottmann 2016).

Dass – wie oben geschrieben – ältere trans* Personen stärker als ältere Lesben, Schwule und Bisexuelle ein soziales Netzwerk in vielfältigen Communities aufbauen und im Vergleich zu diesen die höchste Netzwerkgröße und -diversität aufweisen (Erosheva et al. 2016), kann auf eine besondere Relevanz einer Community zur Unterstützung über den Lebenslauf und überregional – etwa bei der Transition – für ältere trans* Personen hinweisen (Appenroth & Castro Varela 2022; Appenroth & Lottmann 2019). Ein weiterer Grund für die möglicherweise größere Bedeutung der Community für trans* Personen kann darin liegen, dass zahlreiche ältere trans* Personen ein „Doppelleben" führten, um dem sozialen Druck zu entgehen und dennoch zumindest hin und wieder in der gefühlten Rolle leben zu können. Oft fand dies in Subkulturen, eben in ihrer Community, statt (Güldenring et al. 2025). In der deutschsprachigen Forschung gibt es darüber hinaus bislang jedoch kaum Befunde.

Unterstützungspotenziale im Alter

Vor dem Hintergrund der bisher beschriebenen Unterschiede hinsichtlich der sozialen Eingebundenheit stellt sich die Frage, welche sozialen und pflegerischen Unterstützungspotenziale LSBTI*-Personen im Alter haben.

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Werden bei älteren Heterosexuellen vor allem Kinder und Partner*innen als die wichtigsten Kontakt- und Betreuungspersonen genannt, die die Unterstützung im Alter und im Pflegefall leisten (Hoff 2006), so sind es bei älteren LSBTI*-Personen häufiger Freund*innen und – wenn vorhanden – ebenfalls die jeweiligen Partner*innen – weshalb (wie auch oben erläutert) freundschaftliche Netzwerke zumindest für ältere LSBT-Personen als Rückgrat der sozialen Unterstützung im Alter bezeichnet werden (Brennan-Ing et al. 2014; Hughes & Kentlyn 2011).

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI-Community*

Von den LSBTI*-Personen ab 50 Jahren gab ein kleinerer Anteil (20,4 %) an, intensivere Beziehungen zur eigenen Verwandtschaft wie zu Geschwistern, Nichten und Neffen zu führen als jüngere LSBTI*-Personen (18-49 Jahre: 41,4 %) (de Vries, L. K. & Zindel 2025). Diese Ergebnisse werden in angloamerikanischen Studien bestätigt, die darüber hinaus zeigen, dass die Beziehungen der älteren LSBTI*-Personen weniger belastbar sind (Heaphy et al. 2004).

Inwiefern ältere trans* Personen die im Vergleich zu älteren LSB-Personen häufiger vorhandenen Kinder im Alter als Unterstützung erleben, ist bislang nicht erforscht. Die im Vergleich zu LSB*-Personen nachgewiesenen größeren und diverseren Netzwerke bei trans* Personen könnte eine Ressource auch für das Altern darstellen (Erosheva et al. 2016). Auch hier sind für die Alternsforschung Forschungsdesiderate festzustellen.

Doch auch wenn wahlfamiliale Beziehungen einen kompensatorischen Faktor bei den Unterstützungspotenzial für ältere LSBTI*-Personen darstellen, so ist darauf hinzuweisen, dass diese Netzwerke häufig altershomogen und aufgrund der erhöhten Hilfebedarfswahrscheinlichkeit der Freund*innen der gleichen Altersgruppe als fragil bewertet werden (Brennan-Ing et al. 2014; Lottmann 2018; Misoch 2017). Verlusterfahrungen bei persönlichen Beziehungen, zum Beispiel nach Todesfällen, können generell im höheren Alter schwerer ausgeglichen werden (Wagner & Wolf 2001). Einer britischen Online-Studie zufolge, die wahlfamiliale Unterstützungspotenziale im Alter nach verschiedenen Hilfearten untersuchte, waren die Freund*innen oder die Wahlfamilie insbesondere bei der emotionalen und praktischen Hilfe im Alter die wichtigste Stütze. Sie waren für ältere Lesben die häufigste Quelle für emotionale Unterstützung (66 %) oder für praktische Hilfe (52 %) – die Werte für schwule Männer und Bisexuelle waren vergleichbar. Doch waren diese Unterstützungsbereitschaft durch Freund*innen für eher persönlichere Hilfearten niedriger: Je intimer die Form der Hilfeart, desto geringer die Chance auf wahlfamiliale Unterstützung. Nur 14 Prozent der Befragten nannten Freund*innen als Personen, die persönliche Pflege (wie Waschen, Anziehen etc.) anbieten würden. Lediglich 8 Prozent der Befragten würden Vollzeitpflege von Freund*innen erhalten (wollen) (Lottmann & King 2020). Die Einstellungen zu wahlfamilialer Unterstützung von heterosexuellen älteren Menschen sind vermutlich ähnlich, vergleichende empirische Daten sind jedoch bislang nicht bekannt.

[118] Ähnlich wurde dies für heterosexuelle Frauen beschrieben (Schultz-Zehden 2013).

Auch für ältere trans* und inter* Personen sind hierzu weitere Forschungen nötig, wenn die Wahlfamilien einerseits kompensatorisch Kinderlosigkeit und ein häufigeres Alleinleben ausgleichen (sollen) und andererseits diese Unterstützung und Pflege im Alter für die informelle und formelle Versorgung von älteren LSBTI*-Personen als fragil zu bewerten ist.

8.3.6 Gesundheit und Lebenszufriedenheit

Die gesundheitliche Situation und die Lebenszufriedenheit von älteren LSBTI*-Personen wird unter anderem davon beeinflusst, inwieweit sie ihre Lebensform, ihre geschlechtliche und sexuelle Identität selbstbestimmt und frei leben können und mit welchen Teilhabechancen oder aber Diskriminierungen dies verbunden ist. Bislang greifen Studien zur Gesundheit von LSBTI*-Personen – unabhängig vom Alter der Befragten – häufig das Minoritätenstressmodell nach Meyer (2003)[119] auf und erklären damit Defizite in der gesundheitlichen Situation älterer LSBTI*-Personen. Nach Meyer (2003) sind Angehörige von stigmatisierten sozialen Gruppen aufgrund ihrer sozialen Minderheitenposition vermehrtem Stress (minority stress) ausgesetzt. Neben dieser psychologischen Erklärung, die sich auf die Wahrnehmung stigmatisierter Personen konzentriert, fokussiert Hatzenbuehler (2017) den Mechanismus struktureller Stigmatisierungen (z. B. durch kulturelle Normen und institutionelle Richtlinien), die Ressourcen, das Wohlbefinden und die Gesundheit der Stigmatisierten beeinflussen und somit gesundheitliche Ungleichheiten erklären können. Das heißt, dass sich der gesellschaftliche Kontext und die vorherrschende gesellschaftliche Ausrichtung an Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität belastend und nachteilig auf die Lebenssituation und Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans* und inter* Menschen auswirken kann. Anders herum kann eine wachsende Anerkennung von Diversität positive Effekte auf Wohlbefinden und Gesundheit haben (Pöge et al. 2020).

Der folgende Abschnitt gibt einen Überblick über die gesundheitliche Situation von älteren LSBTI*-Personen. Hierbei ist zu beachten, dass die bisherige Forschung stark auf bestimmte Themen, wie die psychische Gesundheit von (älteren) LSBTI*-Personen, fokussiert (siehe etwa Herrmann, W. J. et al. 2023); Ergebnisse zur körperlichen Gesundheit von LSBTI*-Personen findet man hingegen seltener (Kasprowski et al. 2021; Pöge et al. 2020). Aufgrund der eingeschränkten Datenlage können einige Themen nur selektiv dargestellt werden.

Weiterhin bleibt für viele Studien in diesem Bereich herausfordernd, dass sie eine heterogene Personengruppe im Hinblick auf geschlechtliche Merkmale und Geschlechtsidentitäten zusammenfassen. Darüber hinaus wirken sich auch zahlreiche weitere Faktoren – wie Alter, sozioökonomischer Status, regionale Unterschiede – auf Gesundheit und Lebensqualität aus, die aufgrund des Mangels an geeigneten Datenquellen nicht berücksichtigt werden (können). So werden zum Beispiel in den Untersuchungen – aufgrund geringer Stichproben – in der Regel Personen einer größeren Altersspanne in einer Gruppe zusammengefasst, sodass dezidierte Aussagen zur Gesundheit von Personen höheren Alters schwierig sind. Insbesondere sind Aussagen zur Gesundheit von trans* und inter* Personen nur bedingt belastbar und können lediglich einen Eindruck von der Gesundheit und Lebensqualität geben, dies gilt verstärkt, wenn noch hinsichtlich eines weiteren Merkmals – hier Alter – differenziert werden soll (Güldenring et al. 2025).

Körperliche Gesundheit

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Zunächst ist festzustellen, dass sich die subjektiven Gesundheitseinschätzungen von älteren Heterosexuellen und LSBTI*-Personen nicht signifikant unterscheiden. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen, dass jeweils etwas mehr als ein Drittel der beiden Gruppen ihre eigene Gesundheit als sehr gut oder gut einschätzten. Ein Vergleich zwischen älteren Heterosexuellen und LSBTI*-Personen in Bezug auf weitere gesundheitliche Aspekte zeigen bei einigen körperlichen Erkrankungen signifikante Unterschiede: Während ältere LSBTI*-Personen häufiger von Asthma, Herzkrankheiten und Migräne betroffen waren, haben heterosexuelle Personen häufiger Krebserkrankungen (de Vries, L. K. & Zindel 2025) (Tabelle 28).

Diese Ergebnisse weisen für LSBTI*-Personen auf eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für Erkrankungen (z. B. Herzerkrankungen oder Asthma) hin, bei denen psychischer Stress (wie Minoritätenstress) eine symptomverstärkende Rolle spielen könnte (de Vries, L. K. & Zindel 2025; Kasprowski et al. 2021).

[119] Oder eine Erweiterung des Modells, etwa bei Frost & Meyer 2023, Johnson, et al. 2020, Matsuno, et al. 2022, Tan, et al. 2020.

Tabelle 28 Physische Gesundheit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

	Heterosexuell	LSBTI*	Differenz
Schilddrüsenerkrankung	18,9	18,9	n. s.
Diabetes	13,8	13,2	n. s.
Asthma	7,5	12,2	***
Herzkrankheit	17,1	23,0	***
Krebserkrankung	10,1	5,7	***
Schlaganfall	4,2	4,1	n. s.
Migräne	6,6	11,2	***
Bluthochdruck	43,7	38,8	*
Gelenkerkrankungen	35,1	30,8	*
Chronische. Rückenschmerzen	25,2	24,3	n. s.

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2017, 2019 und 2021, n = 35.449 (davon heterosexuell = 34.662, LSBTI* = 787), gewichtet. Frage: „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?".
Die Sternchen in der Spalte „Differenz" bezeichnen das Signifikanzniveau. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem 0,1-; Ein- und Fünf-Prozent-Niveau an. N. s. = nicht signifikant.

Obgleich die Studienlage und die Qualität der empirischen Daten nicht gut sind, belegen verschiedene Untersuchungen, dass die gesundheitliche Situation von älteren trans* sowie von inter* Personen durchschnittlich schlechter ist als die von Lesben, Schwulen und Bi-Personen und als die der älteren heterosexuellen Bevölkerung (Brunnett 2022; Pöge et al. 2020). So zeigte eine US-amerikanische Studie, dass ältere trans* Personen im Vergleich zu älteren heterosexuellen Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, körperlich eingeschränkt zu sein und an Diabetes, koronaren Herzerkrankungen und Arthrose zu erkranken (Fredriksen Goldsen et al. 2011). Auch für inter* Personen konnten in einer US-amerikanischen Studie Hinweise auf einen schlechteren körperlichen Funktionsstatus im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gefunden werden (Rosenwohl-Mack et al. 2020).

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Für inter* Personen zeigt sich bereits im jüngeren Alter eine höhere physische Krankheitslast als bei der restlichen Bevölkerung, welche mit dem Alter noch ansteigt. Beispielsweise zeigt sich bei Neugeborenen mit einer kongenitalen Nebennierenhyperplasie[120], dass zwar lebensrettende Therapien zur Verfügung stehen, diese jedoch im Erwachsenenalter zu zahlreichen Gesundheitsrisiken und -problemen führen. Dazu gehören eine beeinträchtigte Furchtbarkeit, Erkrankungen der Nebennieren, kardiovaskuläre und metabolische Komorbiditäten sowie Tumore und Osteoporose (Reisch 2019). Viele dieser Probleme stehen höchstwahrscheinlich im Zusammenhang mit einer suboptimalen Therapie, sodass neue therapeutische Optionen für inter* Personen erforscht werden sollten (ebd.). Auch andere Varianten der Geschlechtsentwicklung können sich auf die körperliche Gesundheit auswirken, sodass in der medizinischen Versorgung spezifisches Fachwissen für eine angemessene Betreuung erforderlich ist (Beale & Creighton 2016; Gomez-Lobo & Amies Oelschlager 2016; Kosti et al. 2019).

Insbesondere chirurgische und hormonelle Eingriffe ab dem frühen Kindesalter, die das Ziel verfolgen, intergeschlechtliche Körper an binär definierte Geschlechternormen anzupassen (Klöppel 2010; Voß 2012), können mit vielfältigen körperlichen Auswirkungen verbunden sein, die im Alter (wieder) Bedeutung erlangen können. Diese medizinischen Eingriffe können schwerwiegende psychische und somatische Folgen haben wie Infertilität, chronische Schmerzen, Inkontinenz, funktionelle Beeinträchtigungen und sexuelle Funktionsstörungen (Güldenring et al. 2025). Insofern ist es wichtig zu untersuchen, wie sich Eingriffe, die Säuglinge und Kinder erfahren, auf ihre Gesundheit über den gesamten Lebensverlauf auswirken, um die Entscheidungsfindung zu unterstützen, die

[120] Die Vererbung der Nephronophthise erfolgt autosomal rezessiv. Das bedeutet, dass die Erkrankung nur dann in Erscheinung tritt, wenn der betroffene Patient eine krankmachende Genveränderung von seiner Mutter und eine von seinem Vater erbt. Die Eltern sind dabei nicht erkrankt, da sie nur eine krankmachende Genveränderung tragen. Die Erkrankung tritt also nicht in jeder Generation auf.

körperliche Autonomie zu fördern und gesundheitliche Schäden zu vermeiden (Güldenring et al. 2025; Rosenwohl-Mack et al. 2020).

Psychische Gesundheit

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Viele Untersuchungen zeigen eine höhere psychische Belastung von LGBTI*-Personen im Vergleich zur heterosexuellen Bevölkerung (Kasprowski et al. 2021; Pöge et al. 2020). Für die Gruppe der älteren LSBTI*-Personen ab 50 Jahren werden mit den SOEP-Analysen die Unterschiede zur heterosexuellen älteren Mehrheitsbevölkerung bestätigt (Tabelle 29): Bei 18,5 Prozent der befragten LSBTI*-Personen ab 50 Jahren wurde schon einmal eine depressive Erkrankung diagnostiziert – im Vergleich zu 10,1 Prozent bei den gleichaltrigen heterosexuellen Personen. Auch berichten ältere LSBTI*-Personen mit 7,4 Prozent signifikant häufiger als ältere Heterosexuelle (mit 4,3 %), dass bei Ihnen schon einmal ein Burnout diagnostiziert wurde (Tabelle 29).

Tabelle 29 Psychische Gesundheit von heterosexuellen und LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, in Prozent

	Heterosexuell	LSBTI*	Differenz
Depressive Erkrankung	10,1	18,5	***
Schlafstörung	13,6	15,8	n. s.
Burnout	4,3	7,4	***

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: Sozio-oekonomisches Panel v38.1; pooled 2017, 2019 und 2021, n = 35.449 (davon heterosexuell = 34.662, LSBTI* = 787), gewichtet. Frage: „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?“.
Die Sternchen in der Spalte „Differenz“ bezeichnen das Signifikanzniveau. Je mehr Sternchen, desto geringer die Irrtumswahrscheinlichkeit: ***, ** und * geben die Signifikanz auf dem 0,1-; Ein- und Fünf-Prozent-Niveau an. N. s. = nicht signifikant.

Internationale Studien (leider ohne Differenzierung nach Altersgruppen) zeigen eine höhere Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen für LSB*- Personen als für heterosexuelle Befragte (Hottes et al. 2016). Eine altersdifferenzierende US-amerikanische Querschnittstudie mit über 185.000 LSB*-Erwachsenen im Alter ab 50 Jahren ergab eine 4,5 Prozentpunkte höhere Prävalenz von Suizidgedanken (in den letzten 12 Monaten vor der Befragung) für LSB*-Personen im Vergleich zu Heterosexuellen in der gleichen Altersgruppe (Capistrant & Nakash 2019; für Großbritannien siehe auch Kneale et al. 2020).

Für Homo- und bisexuelle Männer im Vergleich zu heterosexuellen Männern zeigt eine Meta-Analyse internationaler Studien ebenfalls ein signifikant höheres Risiko für Depression und Suizidalität (ein etwa 3-fach erhöhtes Risiko für eine schwere Depression in den letzten 12 Monaten vor der Befragung; ein etwa 5 bis 6-fach erhöhtes Risiko für die Lebenszeitprävalenz für Suizidversuche). Studien aus dem deutschsprachigen Raum bestätigen die hohe Suizidalität von homo- und bisexuellen sowie von Männern, die Sex mit Männern haben, im Vergleich zu der von heterosexuellen Männern. Auch für lesbische Frauen zeigen verschiedene Untersuchungen im Vergleich zu heterosexuellen Frauen neben einer erhöhten Prävalenz von riskantem Substanzmittelkonsum ein erhöhtes Suizidalitätsrisiko (Plöderl et al. 2009; Pöge et al. 2020).

Für inter* Personen gibt es Einzelstudien und wenige Meta-Reviews im Hinblick auf die körperliche und mentale Gesundheit sowie zur Lebensqualität, die jedoch nicht nach Alter differenzieren (Güldenring et al. 2025). Verglichen mit der Allgemeinbevölkerung leiden intergeschlechtliche Menschen häufiger unter Angst, Depression und weiteren psychischen Problemen (Bennecke et al. 2017; de Vries, A. L. C. et al. 2019; Khorashad et al. 2018; Zeeman & Aranda 2020). In der dsd-LIFE-Studie gaben 6,8 Prozent der Teilnehmenden im Alter ab 16 Jahren an, schon einmal einen Suizidversuch unternommen zu haben, was deutlich über der Prävalenz von 1,8 Prozent der Cis-Kontrollgruppe lag (Falhammar et al. 2018). Körperliche Unzufriedenheiten und damit verbundene Scham und Verlegenheit sind bei Personen mit einer Abweichung oder Störung der Geschlechtsentwicklung verbreitet, wenn auch zwischen den einzelnen Subgruppen jeweils unterschiedlich und mit weiteren Merkmalen (wie BMI, Hormongaben und Depression) assoziiert (Bennecke et al. 2017; de Vries, A. L. C. et al. 2019; van de Grift et al. 2018).

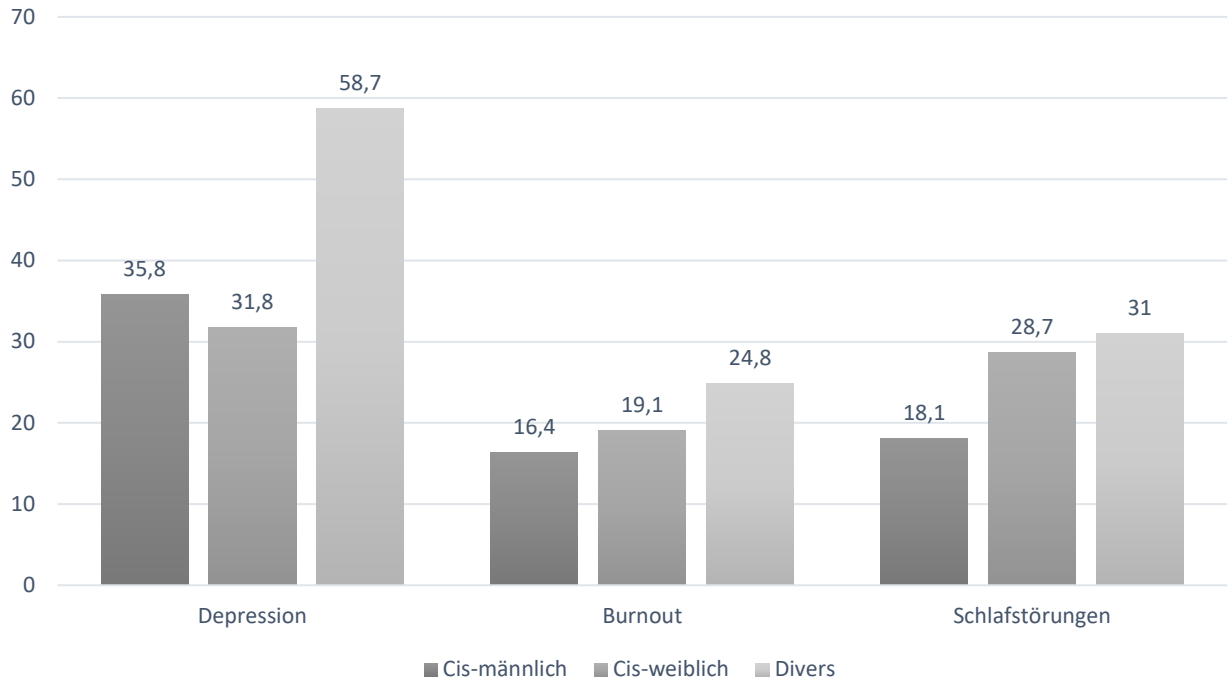
Entsprechende Daten für Deutschland und Längsschnittdaten für einen Vergleich von Suizidgedanken oder Suizidversuchen über den Lebensverlauf liegen bislang nicht vor.

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Stigma und Diskriminierung werden zu den wichtigsten Determinanten hinsichtlich der psychischen Gesundheit bei älteren LSBTI*-Personen gezählt. Diese können sowohl extern, in Form von Viktimisierung und Diskriminierung, als auch intern durch internalisiertes Stigma oder durch Verschweigen der eigenen sexuellen oder körperlichen Identität wirksam werden. Diese Formen von Diskriminierung und Stigma verstärken nicht nur den chronischen Stress und begünstigen Depressionen, sondern können die Betroffenen auch von potenziell gesundheitsfördernden sozialen Netzwerken abschneiden (Brunnett 2022; Fredriksen Goldsen et al. 2014; Hoy-Ellis & Fredriksen-Goldsen 2017). Studien weisen jedoch darauf hin, dass das psychische Wohlbefinden von LSBTI*-Personen besser ist, wenn sie ihre sexuelle und geschlechtliche Identität diskriminierungsfrei leben können und auf ein gutes soziales Umfeld zurückgreifen können (Pöge et al. 2020).

Ältere trans* und inter*Personen leiden mit 58,7 Prozent häufiger (mindestens einmal im Leben) an Depressionen als cis-männliche Personen (35,8 %) und cis-weibliche Personen (31,8 %) (de Vries, L. K. & Zindel 2025) (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11 Lebenszeitprävalenz Depression von LSBTI*-Personen, 50 Jahre und älter, nach Geschlecht, in Prozent



Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: LGBielefeld 2021, n = 274, gewichtet. Frage: „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?“. In der Befragung gab es 19 unterschiedliche Antwortkategorien, hier sind die Ergebnisse zu „Depressive Erkrankung“, „Burnout“ und „Schlafstörungen“ dargestellt.

Anmerkung: Cis-männlich/ Cis-weiblich = Männer/ Frauen, die sich mit dem Geschlecht identifizieren, welches sie bei der Geburt hatten (unabhängig ihrer sexuellen Orientierung), Divers = Trans* und inter* Personen.

In Bezug auf einen jemals im Leben diagnostizierten Burnout zeigen sich ebenfalls Unterschiede: Der Anteil an trans*oder inter* Personen liegt hier bei 24,8 Prozent, während er bei cis-männlichen (16,4 %) und cis-weiblichen Personen (19,1 %) innerhalb der LSBTI*-Community deutlich darunter liegt (Abbildung 11). Bei jemals im Leben diagnostizierten Schlafstörungen werden Unterschiede nach Geschlecht deutlich: Innerhalb der LSBTI-Community sind cis-weibliche Personen mit 28,7 Prozent häufiger von Schlafstörungen betroffen als cis-männliche Personen mit 18,1 Prozent. Trans* und inter* Personen zeigen mit 31 Prozent wieder die höchste Betroffenheit (Abbildung 11). Die Ergebnisse in Bezug auf trans* und inter* Personen stehen im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen (Hajek et al. 2023; Kasprowski et al. 2021; Pöge et al. 2020) und lassen sich mit den Diskriminierungserfahrungen dieser Personen innerhalb der Gesellschaft in Verbindung setzen (ebd.).

Deutsche Studien zur psychischen Gesundheit älterer trans* und inter* Personen sind im Vergleich zu solchen Studien zu heterosexuellen und LBS* Personen kaum verfügbar. Mehrere internationale Studien zu trans*Personen (nur wenige mit einer Differenzierung nach Altersgruppen) zeigen, dass diffuser Stress, die Erwartung von Ablehnung, verinnerlichte Transfeindlichkeit und Verheimlichung signifikant mit erhöhten Raten von selbstverletzendem Verhalten, Depression, Suizidgedanken und Suizidversuchen assoziiert sind (Marchi et al. 2022; Newcomb et al. 2020; Pellicane & Ciesla 2022; Velasco et al. 2022); auch der Substanzkonsum (z. B. Alkohol) ist erhöht (Newcomb et al., 2020; Gilbert et al., 2018), wobei einzelne Studien insbesondere für den deutschsprachigen Raum auch Gegenteiliges feststellen (Kürbitz et al. 2018). Relativ gesichert zeigt sich, dass sich die Lebensqualität transgeschlechtlicher Personen nach einer Transition[121] verbessert und teilweise keine Unterschiede zur heterosexuellen Bevölkerung messbar sind (Eftekhar Ardebili et al. 2020; Nobili et al. 2018; Park, R. H. et al. 2022). Eine der noch äußerst raren Studien zur postoperativen Zufriedenheit von älteren trans* Personen kommt sowohl für die transmännliche als auch für die transweibliche Gruppe zu dem Ergebnis, dass deren psychische Gesundheit vergleichsweise gut ist und Suizidgedanken und psychische Erkrankungen nach der Operation abnehmen (Park, R. H. et al. 2022). Die empfundene Geschlechterkongruenz nach einer Transition erwies sich durchgängig als verlässlich positiver Einfluss auf die psychische Gesundheit (Puckett et al. 2022; Scandurra et al. 2021). Im intergenerationalen Vergleich zeigten sich bei den jüngeren im Vergleich zu den älteren Generationen von trans* und nicht-binären Personen deutlich erhöhte psychische Belastungen (Puckett et al. 2022; Scandurra et al. 2021).

In einer US-amerikanischen Studie aus dem Jahr 2018 gaben 31,8 Prozent der Befragten inter* Personen an, dass sie einen Suizidversuch unternommen hatten (Rosenwohl-Mack et al. 2020), wobei die allgemeine Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen in den USA wesentlich niedriger ist. Die Ergebnisse des National Transgender Discrimination Survey (2008-2009) sind vergleichbar mit der Lebenszeit-Suizidversuchsrate bei trans* Personen, die in den USA bei etwa 41 Prozent liegt (Haas et al. 2014). Die höhere Suizidalität und schlechte psychische Gesundheit führen die Autor*innen auf negative Erfahrungen mit Diskriminierung, Gewalt und einer Verweigerung oder schlechter medizinischer Behandlung zurück.

Wird zur körperlichen und mentalen Zufriedenheit bei intergeschlechtlichen Menschen in den USA nach Alter differenziert, zeigt sich für 2018, dass die Werte für inter* Personen ab einem Alter von 40 Jahren, denen es psychisch „gut" „ausgezeichnet" und „sehr gut" ging, höher waren als bei den jüngeren Befragten (62 % vs. 37 %) (Rosenwohl-Mack et al. 2020). Dies kann darauf hindeuten, dass Traumatisierungen bearbeitet wurden und die Resilienz gestärkt ist (Güldenring et al. 2025; Veith 2014). Weiterhin kann sich eine bessere Situation auch für jüngere Befragte ergeben, wenn sie früh über ihre Intergeschlechtlichkeit aufgeklärt und psychisch begleitet wurden (Zeeman & Aranda 2020). Hier zeigt sich, dass eine allgemeine gesellschaftliche Akzeptanz und diversitätssensible gesundheitliche Strukturen entscheidend sind.

Lebenszufriedenheit und Lebensqualität

Für die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sind nicht allein gesundheitliche Ungleichheiten, sondern auch das Gesundheitsverhalten und Resilienz von Bedeutung (Fredriksen Goldsen et al. 2019). Die Lebenszufriedenheit und Lebensqualität älterer LSBTI*-Personen ist national wie international bislang kaum erforscht.

Vergleiche zwischen der LSBTI-Community und heterosexuellen Personen*

Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels zur Zufriedenheit von älteren LSBTI*-Personen im Vergleich zu heterosexuellen Personen zeigen nur geringfügige Unterschiede in verschiedenen Lebensbereichen wie Gesundheit, Schlaf, Haushaltseinkommen, Lebenszufriedenheit, Freizeit und Familienleben (de Vries, L. K. & Zindel 2025). In Bezug auf die letzteren beiden Bereiche (Freizeit und Familienleben) ist im Vergleich der jeweiligen Zufriedenheitswerte eine tendenziell stärkere Unzufriedenheit von älteren LSBTI*-Personen festzustellen. Dies stützt Befunde, nach denen verwandtschaftliche Beziehungen zur Herkunftsfamilie von LSBTI*-Personen als weniger belastbar im Hinblick auf Unterstützung bewertet werden (Guasp 2011; Heaphy et al. 2004; Lottmann 2018).

[121] Transition bedeutet verschiedenes: Einerseits meint sie, dass transgeschlechtliche Personen sich im sozialen Umfeld zu erkennen geben und in ihrer selbstbestimmten Geschlechtlichkeit leben. Formal meint Transition hingegen (a) die rechtliche Transition (behördliche Änderung des Vornamens sowie des Geschlechtseintrags) und (b) die medizinische Transition (also geschlechtsangleichende Eingriffe, wie geschlechtsangleichende Operationen, Hormontherapie, Epilation, Logopädie). In der Bundesrepublik Deutschland sind rechtliche und medizinische Transition formal getrennt (Güldenring, et al. 2025).

Meta-Analysen zur Lebensqualität von trans* Personen deuten insgesamt auf eine geringere Lebensqualität im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin (Eftekhar Ardebili et al. 2020; National Academies of Sciences 2020; Newcomb et al. 2020; Nobili et al. 2018). Studien zeigen jedoch auch, dass sich die Lebensqualität (auch die Körperzufriedenheit u. a. mit Brust, Körperbehaarung und Stimme) von trans* Personen nach der Transition verbessert und teils keine Unterschiede zur cis-geschlechtlichen Bevölkerung mehr messbar sind (Eftekhar Ardebili et al. 2020; Nobili et al. 2018; Park, R. H. et al. 2022).

Vergleiche und Befunde innerhalb der LSBTI*-Community

Zufriedenheitsangaben mit Blick auf verschiedene Altersgruppen innerhalb der LSBTI*-Community zeigen, dass die Zufriedenheit von älteren LSBTI*-Personen (ab 50 Jahren) in den abgefragten Lebensbereichen Familienleben, Freizeit und Lebenszufriedenheit höher ist als die von jüngeren Befragten (18 bis 49 Jahren) (de Vries, L. K. & Zindel 2025).

Für die Lebensqualität von trans* Personen erweist sich die soziale Eingebundenheit durch soziale Interaktionen und Community-Aktivitäten als bedeutsam (Paquet et al. 2023), vor allem in den Phasen der Transition. Ist eine Transition mit sozialer Isolation verbunden, die unabhängig vom Geschlecht im Alter zunehmen kann, wirkt sich dies ungünstig auf die Lebensqualität aus (Freedman & Nicolle 2020; Lewis et al. 2021).

Im Hinblick auf die Lebensqualität von inter* Personen sind Studien besonders rar. Es ist anzunehmen, dass aufgrund der vergleichbaren Datenlage zur psychischen Gesundheit (siehe Abschnitt 8.3.6) ähnliche Wirkungsmechanismen auf die Lebensqualität im Alter bestehen (Güldenring et al. 2025).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ältere LSBTI*-Personen im Allgemeinen eine schlechtere (insbesondere psychische) Gesundheit aufweisen als heterosexuelle Personen. Die oft uneinheitlichen und nicht signifikanten Unterschiede bei der physischen und psychischen Gesundheit deuten einerseits auf strukturelle Stigmatisierungen und andererseits auf erhebliche Resilienzpotenziale im Lebensverlauf hin, die bislang kaum valide und differenziert (nach Alter, sozioökomnomischem Status etc.) untersucht sind.

8.3.7 Diskriminierungserfahrungen

Anknüpfend an die aufgezeigten Diskriminierungserfahrungen im historischen Überblick von unterschiedlichen LSBTI*-Generationen (siehe Abschnitt 8.2) werden hier einige Erkenntnisse aus empirischen Studien ergänzt.

Der Anteil an LSBTI*-Personen, welche in den letzten fünf Jahren Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung erlebt haben, ist nach Altersgruppen getrennt in Tabelle 30 dargestellt. Ältere LSBTI*-Personen ab 50 Jahren berichteten seltener über Diskriminierungen aufgrund von Geschlecht, Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung als jüngere Befragte (18-49 Jahre).

Dies kann zum einen damit zusammenhängen, dass ältere LSBTI*-Personen in der Öffentlichkeit als LSBTI*-Personen weniger sichtbar werden als jüngere Befragte („silence“ und „invisible“ Generation) (Fredriksen Goldsen et al. 2022; siehe Abschnitt 8.2) oder dass sich die Wahrnehmung von Diskriminierung im Lebensverlauf verändert.

Tabelle 30 Diskriminierungserfahrungen aufgrund von sexueller Orientierung, Geschlecht oder Geschlechtsidentität von LSBTI*-Personen, nach Alter, in Prozent

	18-49 Jahre	**50 Jahre und älter**
Diskriminierungserfahrungen aufgrund von sexueller Orientierung		
nie	22,3	35,9
selten	32,6	31,2
manchmal	33,2	26,3
häufig	12,0	6,6

	18-49 Jahre	**50 Jahre und älter**
Diskriminierungserfahrungen aufgrund von Geschlecht oder Geschlechtsidentität		
nie	38,6	51,9
selten	17,8	21,1
manchmal	24,1	17,8
häufig	19,4	9,2

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: LGBielefeld 2021, n= 7.118, Frage: „Wie häufig haben Sie persönlich innerhalb der letzten 5 Jahre die Erfahrung gemacht, hier in Deutschland aufgrund eines oder mehrerer der folgenden Merkmale diskriminiert worden zu sein?“.

Die Tabelle 31 gibt Auskunft darüber, in welchen unterschiedlichen Bereichen ältere LSBTI*-Personen in den letzten fünf Jahren Diskriminierung aufgrund von sexueller Orientierung oder von geschlechtlicher Identität erfahren haben. Insgesamt zeigt sich, dass in allen aufgeführten Bereichen ältere trans* und inter* Personen wesentlich häufiger Diskriminierung erfahren haben als ältere Menschen, die schwul, lesbisch oder bisexuell sind. Von beiden Personengruppen wurden Diskriminierungen am häufigsten in der Öffentlichkeit oder in der Freizeit erfahren. Hier gaben immerhin die Hälfte aller befragten trans* und inter* Personen sowie jede dritte LSB*-Person an, in den letzten fünf Jahren mindestens einmal diskriminiert worden zu sein.

Tabelle 31 Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Bereichen aufgrund sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität (in der LSBTI*-Community), 50 Jahre und älter, in Prozent

	LSB* Diskriminierung aufgrund sexueller Orientierung	**trans* und inter*** Diskriminierung aufgrund Geschlechtsidentität
Geschäfte/Dienstleistungsbereich	17,7	37,6
Öffentlichkeit/Freizeit	31,3	49,6
Gesundheits-/Pflegebereich	13,6	26,7
Ämter/Behörden	12,3	32,7
Privater Bereich	24,2	37,4

Quelle: de Vries, L. K. & Zindel 2025. Daten: LGBielefeld 2021; n = 1066 (davon LSB = 939, Divers = 127).

Hinweis: Personen ohne Kontakt zum jeweiligen Bereich sind ausgeschlossen. Frage: „Wie häufig kam es innerhalb der letzten 5 Jahren in Deutschland vor, dass sie in den folgenden Bereichen aufgrund Ihrer sexuellen Orientierung/ Ihrer Geschlechtsidentität diskriminiert wurden?“. In der Tabelle sind alle Angaben von Diskriminierung (selten, manchmal, häufig) zusammengefasst.
Anmerkung: LSB = Lesben, Schwule, Bisexuelle.

In anderen Studien wurden Barrieren im Zusammenhang mit Erfahrungen im Gesundheitswesen – insbesondere für trans* und inter* Personen – identifiziert. Diese zeigten sich auf einer individuellen Ebene beispielsweise darin, dass Früherkennungsuntersuchungen und medizinische und psychische Unterstützung seltener oder zeitlich verzögert in Anspruch genommen wurden. Beigang et al. (2017) führen dies auf erwartete oder erfahrene Diskriminierungen sowie mangelndes Fachwissen und Kompetenzen beim medizinischen Personal zurück. In der Interaktion zwischen den Leistungserbringenden und trans* und inter* Personen führt es zu Diskriminierungen, wenn das medizinische oder pflegerische Personal die Anerkennung der Geschlechtlichkeit oder der geschlechtlichen Identität der trans* und inter* Personen verweigert (Beigang et al. 2017). Güldenring et al. (2025) verweisen ebenfalls auf vielfältige nachgewiesene Diskriminierungserfahrungen (u. a. am Arbeitsplatz und im Gesundheitswesen) von trans* und inter* Personen in internationalen altersdifferenzierten Erhebungen, jedoch ohne ausreichende Spezifizierung im Hinblick auf Inter- und Transgeschlechtlichkeit (z. B. FRA 2014, 2020). Diskriminierungserfahrungen im Lebensverlauf können Angst vor weiteren Diskriminierungen und geringes Vertrauen in Bezug auf die Angebots- und Versorgungsstrukturen im Alter zur Folge haben und somit Teilhabe von LSBTI*-Personen im Alter einschränken (Appenroth & Lottmann 2019; Fredriksen Goldsen et al. 2013; Gardner et al. 2014; Lottmann 2020; Siverskog 2014; Witten 2014).

8.4 Anforderungen an eine diversitätssensible Altenhilfe und Altenpflege

Die in den vorangegangenen Abschnitten dargestellten Lebensumstände älterer und hochaltriger LSBTI*-Personen führen zu einer tendenziell größeren Abhängigkeit von formalen Leistungen der Altenhilfe und Pflege. Sowohl der offenen Altenhilfe wie auch der ambulanten und stationären Altenpflege kommt somit eine besondere Verantwortung bei der Gewährleistung einer guten Lebens- und Pflegequalität auch für ältere LSBTI*-Personen zu. Eine höhere Abhängigkeit von formalen Versorgungsleistungen wird spätestens dann zur Herausforderung für die Regeldienste und Versorgungsstrukturen für ältere Menschen, wenn diese auf ein starkes, antizipiertes Unbehagen seitens älterer LSBTI*-Personen treffen. Dies zeigte sich in diversen Studien und kann als geringes Vertrauen in die tatsächliche Existenz einer inklusive Angebotsstruktur gewertet werden (Braukmann & Schmauch 2012; Gerlach & Szillat 2017).

Die sich in den Daten zeigende stärkere Skepsis von älteren trans* und inter* Personen gegenüber den traditionellen Strukturen der Altenhilfe, die sich durch negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem über den Lebensverlauf begründen lassen, kann nur mit diversitätssensiblen Altenhilfe- und Pflegestrukturen abgebaut werden. Auch die frühere Kriminalisierung von Homosexualität und die Folgen der rechtlichen wie sozialen Diskriminierungen für Menschen der jeweiligen LSBTI*-Generationen begründen die in der Alterns- und Pflegeforschung mittlerweile gut beschriebene Angst dieser Bevölkerungsgruppe, im Alter oder etwa in einer stationären pflegerischen Einrichtung wieder „in den Schrank“ [die Unsichtbarkeit] zurück zu müssen.[122] So wird etwa die Befürchtung geäußert, dass sie in Einrichtungen der Altenhilfe und Altenpflege nicht so sein können, wie sie sind, oder sich (immer wieder neu) selbst erklären müssen, obwohl sie dies vielleicht nicht mehr wollen oder können (Almack & Crossland 2018; Bochow 2005; Gerlach & Schupp 2018; Gerlach & Szillat 2017; Kenel et al. 2018; Lottmann 2021; Stinchcombe et al. 2017; Westwood 2016).

Für die Entwicklung einer diversitätssensiblen Altenhilfe und Altenpflege, die die Heterogenität von älteren Menschen generell und in Hinsicht auf die sexuelle wie geschlechtliche Vielfalt im Besonderen berücksichtigen kann, werden Modellprojekte oder inklusive Altenhilfestrukturen diskutiert und ausprobiert. So sind seit einigen Jahren LSBTI*-freundliche Wohn- und Pflegeprojekte in Großstädten wie Berlin, Frankfurt, München oder Köln entstanden, aber auch Zertifikats- oder Weiterbildungsprojekte und -angebote wie der „Pink Passkey®“, einem niederländischen Auditverfahren für die pflegerische Versorgung (Linschoten et al. 2016). Das Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“[123] zeichnet stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste in Deutschland aus, welche die Integration sexueller und geschlechtlicher Minderheiten in ihrer Organisation und in ihrem Pflegekonzept berücksichtigen. Im Rahmen des Modellprojekts zur Öffnung der Altenhilfe für LSBTIQ* des AWO Bundesverbands e. V. „Queer im Alter“[124] wurden für Einrichtungen und Dienste der Altenhilfe Materialien für eine queer-sensible Pflege erarbeitet und eine bundesweite Netzwerkkarte (mit queer-sensiblen Einrichtungen) und weitere hilfreiche Adressen zur Verfügung gestellt. Intergenerationale Wohnprojekte für LSBTI*-Personen können (auch für die Mehrheitsgesellschaft) für die Vermeidung von Umzügen in stationäre Pflege interessant sein (Lottmann 2016; Teti 2015a).

Zunehmend wird in der kritischen Alternsforschung aber auch die Forderung nach einer tatsächlich inklusiven Altenhilfe laut, die den Begriff „Vielfalt“ kritisch hinterfragt und eine inklusive Altenhilfe und Altenpflege nicht nur für sogenannte Minderheiten, sondern für alle diskutiert (Castro Varela 2020; Tezcan-Güntekin & Razum 2017). LSBTI*-Personen zeigen in diesem Sinne nur exemplarisch für alle Menschen die Notwendigkeit einer diversitätssensiblen Altenhilfe und Altenpflege auf, die die Lebensgeschichten von Menschen stärker als bisher in den Mittelpunkt wohlfahrtsstaatlichen Handelns stellt. Ziele und Absichten der Pflegecharta[125] gelten für alle Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf und sollten auch für und von LSBTI*-Personen und deren Angehörigen als Richtlinie für das alltägliche Handeln verstanden werden. Eine tatsächlich inklusive und diversitätssensible Altenhilfe, von der – nicht nur – LSBTI*-Personen profitieren könnten, erfordert eine intersektionale Perspektive, die auch nicht-normatives Begehren oder nicht-normative Körper für möglich hält, Bedarfe erkennt und dabei Differenzierungsmerkmale wie soziale Klasse, Ethnizität/Nation oder Behinderung nicht vernachlässigt. Hierfür ist es erforderlich, Geschlecht und Gender nicht mehr nur binär, sondern als ein Kontinuum zu verstehen (Zeeman & Aranda 2020). Für diese – für die Forschung und Praxis mitunter herausfordernde – Perspektive wird in Kapitel 9 sensibilisiert.

---

[122] Die Bezeichnung „zurück in den Schrank“ verweist auf die gesellschaftliche Unsichtbarkeit früherer LSBTI* Generationen – übersetzt aus der Wendung „Coming out of the closet“ („Herauskommen aus dem Schrank“), die seit den Stonewall-Unruhen 1969 in New York verwendet wird.

[123] https://schwulenberatungberlin.de/qualitaetssiegel-lebensort-vielfalt/ [Zugriff am 05.06.2024].

[124] https://queer-im-alter.de/ [Zugriff am 05.06.2024].

[125] https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta [Zugriff am 05.06.2024].

9 Intersektionale Ungleichheiten

In den vorangegangenen Kapiteln konnte gezeigt werden, dass Teilhabechancen in Abhängigkeit von der Geschlechtszugehörigkeit und -identität, dem Bildungsstatus, der Ethnizität, der sexuellen Orientierung oder auch dem Lebensalter variieren. Diese Merkmale, die Zugehörigkeiten von Menschen zu sozialen Gruppen oder Kategorien markieren, beeinflussen somit die Zugangsbedingungen zu den betrachteten Teilhabedimensionen. Menschen charakterisiert dabei zumeist nicht nur die Zugehörigkeit zu *einer* solchen Sozial- oder Differenzkategorie. Vielmehr ist jede*r Einzelne im Schnittpunkt mehrerer Kategorien positioniert. So tragen beispielsweise insbesondere ältere Migrantinnen ein erhöhtes Armutsrisiko und fühlen sich seltener als migrierte Männer oder Personen ohne Migrationsgeschichte sehr gesund (siehe Kapitel 7). Nicht allein der Migrationsstatus kennzeichnet hier die materielle Lage und die subjektive Gesundheit, es ist seine Verschränkung mit Geschlecht. Für ältere LSBTI*-Personen stellt sich die Teilhabe in einigen Dimensionen teilweise differenziert dar – zu nennen sind etwa eine größere Varianz bei der materiellen Lage oder eine etwas negativere gesundheitliche Situation hinsichtlich der Prävalenz von Depression und Burnout (siehe Abschnitt 8.3). Mit einer sexuellen oder geschlechtlichen Identität, die als divers erlebt wird, wirkt hierbei – in Kombination mit dem Alter – eine weitere Differenzkategorie und beeinflusst gesundheitsbezogene Teilhabechancen.

Statistische Analysen, auf denen die in den vorausgegangenen Kapiteln präsentierten Ergebnisse vornehmlich basieren, können in der Regel nur eine begrenzte Anzahl von Differenzkategorien berücksichtigen. So entscheiden aber innerhalb der Gruppe der älteren Migrant*innen beispielsweise auch der jeweilige Herkunftskontext, der Einreisezeitpunkt und damit verknüpfte Anschlusschancen (also die individuelle Einbettung in eine konkrete Migrationsbewegung), die Religionszugehörigkeit oder der Bildungsstatus über Teilhabeaussichten im Zuwanderungsland. Die Wirkung der verschiedenen Differenzkategorien erscheint überdies in der statistischen Betrachtung oftmals rein additiv. Eine intersektionale Perspektive hingegen nimmt die Verflechtungen und Potenzierung verschiedener Achsen der Differenz und sozialen Ungleichheit in den Blick. Bei einer intersektionalen Herangehensweise ist also die Art und Weise von Interesse, wie Differenzkategorien miteinander verwoben sind, sich überlagern oder auch verstärken.

Die im Folgenden betrachteten Teilhaberäume verknüpfen sich mit verschiedenen Arten von Vor- und Nachteilen wie mehr oder weniger Einkommen, Bildung, Macht, Gesundheit, soziale Netzwerke, bessere oder schlechtere Wohnverhältnisse. Diese Verhältnisse der Besser- oder Schlechterstellung, der Begünstigung und Benachteiligung, der Über- und Unterordnung hängen mit dem Aufbau der Gesellschaft zusammen und sind strukturell verankert. Die Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen ist mit einem ungleichen Zugang zu Macht, Ressourcen und eben auch Teilhabechancen verbunden. Es ist nicht naturgegeben, dass beispielsweise ein Minderheitenstatus oder das weibliche Geschlecht mit strukturellen Nachteilen in verschiedenen Teilhabedimensionen verknüpft ist. Dass soziale Differenzmerkmale zu Vor- und Nachteilen in den Lebensbedingungen (Teilhabe-Dimensionen) führen, wird ebenso über gesellschaftliche Mechanismen vermittelt (z. B. Rassismus oder Sexismus). Es ist deshalb ein Anliegen der machtkritischen Perspektive von Intersektionalität, die hinter den Differenzkategorien verborgenen Machtstrukturen aufzudecken.

In diesem Kapitel werden drei Fallbeispiele herangezogen, um die Verstrickungen und Folgen intersektionaler Ungleichheiten über den Lebensverlauf eines Menschen zu veranschaulichen. Eine Lebensverlaufsperspektive ermöglicht hierbei, insbesondere die Wirkung der Differenzkategorie Alter in ihrem Zusammenspiel mit weiteren Strukturkategorien und das Verhältnis von gesellschaftlichen Strukturen und individuellen Potenzialen zu betrachten.

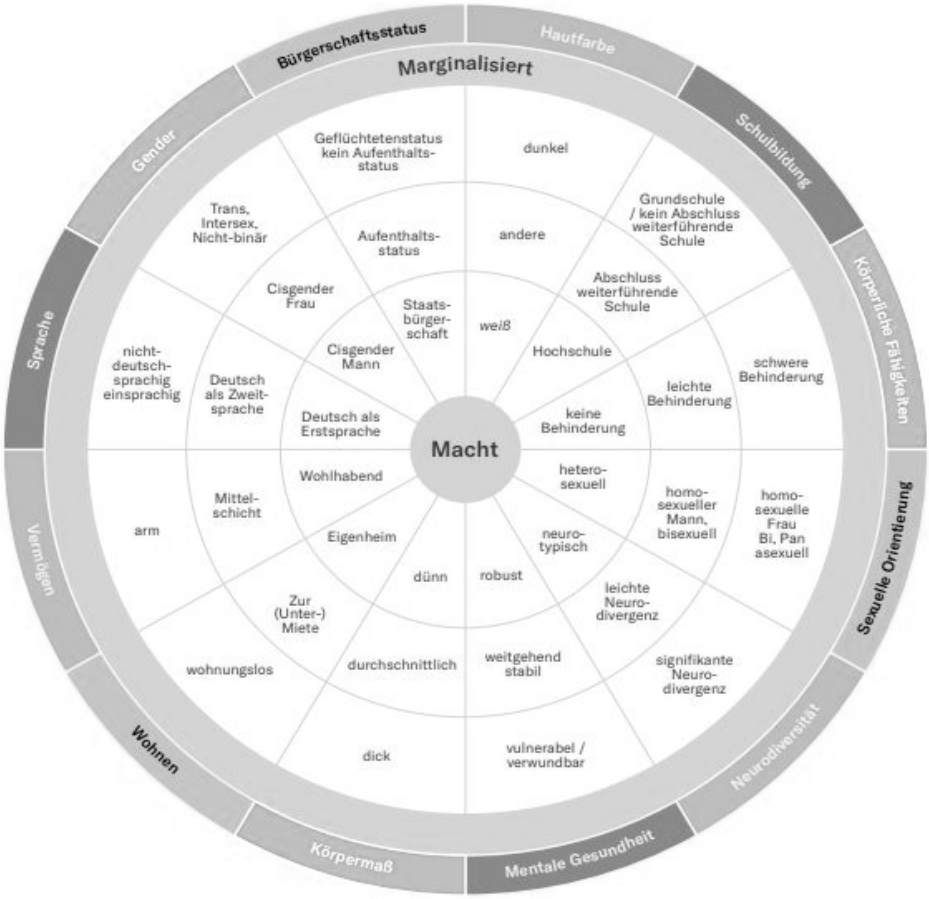
9.1 Einführung in den Begriff der Intersektionalität

Der Begriff „Intersektionalität“ wurde Ende der 1980er Jahre durch die schwarze US-amerikanische Juristin Kimberlé Crenshaw (1989) geprägt. Mit diesem Begriff führte Crenshaw, die sich bis dahin im US-amerikanischen Antidiskriminierungsrecht, in der Geschlechterforschung und in politischen (Bürgerrechts-) Bewegungen engagiert hatte, die sich gegenseitig ausschließenden Erfahrungs- und Analysekategorien „Race“ und „Geschlecht“ zusammen. Die vielschichtigen Erfahrungen Schwarzer Frauen bildeten den Ausgangspunkt ihrer Analyse, mit der sie zeigte, dass verschiedene Ungleichheitsdimensionen und soziale Merkmale einer Person nicht voneinander losgelöst betrachtet werden können, da sie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen (Marten & Walgenbach 2016).

Zentral für das Konzept der Intersektionalität ist somit die Verwobenheit verschiedener Diskriminierungs- und Ungleichheitsachsen. Das bedeutet, „dass historisch gewordene Diskriminierungskategorien wie Geschlecht, Behinderung, Sexualität, Race/Ethnizität/Nation oder soziales Milieu nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren Überkreuzungen (intersections) oder Interdependenzen analysiert werden müssen“ (Marten & Walgenbach 2016: 158). Beim Zusammenkommen der genannten Differenzierungsmerkmale wird also nicht von doppelten oder additiven Diskriminierungs- und Ungleichheitserfahrungen ausgegangen, sondern von Wechselwirkungen, bei denen zudem Macht- und Herrschaftsstrukturen berücksichtigt werden (Schütze 2019).

Mit dem „Wheel of Power & Privilege“ lassen sich die vielfältigen Ungleichheiten in Bezug auf Benachteiligungen und Privilegien sowie potenzielle Überschneidungen verdeutlichen (Abbildung 12). Damit werden Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und für den Abbau von Benachteiligungen deutlicher sichtbar.

Abbildung 12 Wheel of Power & Privilege



Quelle: Charta der Vielfalt 2022.

Mit der Aufnahme weiterer Differenzkategorien in der Entwicklung von intersektionalen Ansätzen wird anerkannt, dass neben „class, race, gender“ auch „Behinderung“[126] oder „Alter“ ebenso ungleichheitsfördernd sein können (Höppner & Wanka 2021).

[126] In Abgrenzung zum individuellen Modell von Behinderung, das Behinderung mit einer körperlichen Schädigung gleichsetzte und als individuelles Schicksal deutete, folgt der Bericht dem Verständnis, dass zwischen Beeinträchtigung („impairment“) und Behinderung („disability“) zu unterscheiden ist, um zu zeigen, dass aus einer Beeinträchtigung (körperlich, seelisch, geistig und sinnesbezogen) erst durch institutionelle und strukturelle Prozesse, wie umweltbedingte Barrieren oder Marginalisierung und Diskriminierung, eine Behinderung entsteht (Oliver 1983).

9.1.1 Alter als Differenzkategorie

Bereits im Siebten Altenbericht der Bundesregierung wurde darauf hingewiesen, dass das „Alter" selbst als eine Ungleichheitskategorie zu verstehen ist und ins Verhältnis zu anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit zu setzen ist. Dies ermöglicht, Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen vulnerablen Lebenssituationen im Alter und daraus entstehende Handlungsbedarfe auf verschiedenen Ebenen zu identifizieren (Deutscher Bundestag 2016). Auch im vorliegenden Neunten Altersbericht wird „Alter" als ein eigenes gesellschaftsstrukturierendes Merkmal verhandelt (siehe Kapitel 6). Wie im Kapitel zum Thema Ageismus gezeigt wird, können ältere Menschen allein auf der Basis ihres fortgeschrittenen chronologischen Alters benachteiligt und ungleich behandelt werden. Dies lässt sich auf vielfältige Ursachen zurückführen, unter anderem auf präskriptive Altersstereotype, Vorurteile gegenüber älteren Menschen sowie Altersdiskriminierung, die nicht immer als solche erkannt und adressiert werden.

„Alter" als gesellschaftsstrukturierende Dimension aus einer intersektionalen Perspektive zu betrachten, ist im deutschsprachigen Raum nach wie vor ein junges Feld in der sozialwissenschaftlichen und gerontologischen Forschung. Doch auch innerhalb der Intersektionalitätsforschung steht selten die Verflechtung mit der Sozialkategorie „Alter" im Fokus (Höppner & Wanka 2021; Richter, A. S. & Kricheldorff 2020). Bislang vorliegende Arbeiten plädieren für eine intersektionale Betrachtung von „Alter", bei der – mit der gesellschaftlichen Strukturebene, der Ebene der alltäglichen Praktiken und der symbolisch-diskursiven Dimension – mehrere Analyseebenen differenziert werden (Richter, A. S. 2018, 2020). Dabei wird grundsätzlich ein Verständnis von Alter(n) zugrunde gelegt, „das davon ausgeht, dass Altern nicht allein ein biophysischer Prozess ist, sondern als individuell (psycho-soziales) und gesellschaftlich erfahrbares Phänomen in komplexen sozialen Prozessen hervorgebracht wird" (Richter, A. S. 2020: 206).

Im internationalen Diskurs zeigt sich bei der Betrachtung des intersektionalen Zusammenwirkens von Alter(n) mit weiteren Ungleichheitskategorien, dass soziale Ungleichheit im höheren Alter nicht losgelöst vom Lebensverlauf erklärt werden kann. Zugleich hängt diese Ungleichheit mit Machtverhältnissen zusammen, die durch das Alter selbst entstehen (McMullin 1995). So zeigen die nachfolgenden lebensbiografischen Betrachtungen von drei Fallbeispielen, dass das Alter selbst den Lebensverlauf prägt und mit neuen, Teilhabe betreffenden Ausschlüssen einhergehen kann.

Für das Konzept der Intersektionalität sind dabei verschiedene Aspekte bedeutsam: Erstens geht es um das Infragestellen von Deutungsmacht, das heißt, es gilt „kritisch zu hinterfragen, wer in wessen Namen spricht und wer darüber entscheidet, ob eine Differenz relevant ist oder eben nicht" (Gruhlich & Riegraf 2022: 263). Zweitens geht es um das Aufbrechen des Verständnisses einer homogenen Gruppenzugehörigkeit, also um die Anerkennung von Heterogenität und das Infragestellen von Hierarchien innerhalb sozialer Gruppen. So kann es innerhalb von sozialen Gruppen erhebliche Unterschiede in den sozialen Lagen und Erfahrungen zwischen Gruppenmitgliedern geben. Drittens werden Ungleichheiten als Ausdruck von Machtstrukturen verstanden, die sich in gesellschaftlichen Normen widerspiegeln (ebd.). Dabei wird historisch tradierten (Herrschafts)Systemen wie dem Patriarchat (in Kombination mit Heteronormativität) und dem Kapitalismus (in Kombination mit Post-/Neoliberalismus) eine große Bedeutung beigemessen, da sich solche gesellschaftlichen Strukturen in Wissensformen und Normen (Regeln) widerspiegeln (ebd.).

9.1.2 Soziale Ungleichheit und Intersektionalität

Die beiden für diesen Bericht relevanten Konzepte der Intersektionalität und der sozialen Ungleichheit weisen große Überschneidungen auf. Beide Konzepte bieten Erklärungen, wie soziale Merkmale von Individuen mit Ungleichheit und struktureller Benachteiligung oder mit Vorteilen verknüpft sind. In der klassischen Ungleichheitsforschung geht es darum, die Wirkung einzelner Determinanten auf den Zugang zu sozialen Positionen oder zu den Ressourcen Macht, Geld und Status sowie die zugrundeliegenden sozialen Mechanismen zu untersuchen. Dabei sind materielle Ungleichheiten zwischen Individuen und Gruppen und ihre Folgen für Bildung, Gesundheit oder eben soziale und politische Teilhabe von zentralem Interesse. Der Ansatz der Intersektionalität fokussiert in Bezug auf Diskriminierung, wie einleitend erörtert, auf das Zusammenwirken verschiedener Differenzkategorien im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Machtstrukturen und ihren Konstellationen von Akteur*innen- und Interessen.

Für eine intersektional ausgerichtete Ungleichheitsperspektive kann darüber hinaus der Capability-Ansatz fruchtbar gemacht werden (Nussbaum 2000; Sen 1985; siehe Abschnitt 1.2), um die Verwirklichungs- und Lebenschancen des Individuums ins Zentrum der Betrachtung zu rücken und zu adressieren (von Alemann 2022). Auf diese Weise kann „ausgehend vom konkreten Fall das spezifische Zusammenwirken von Ressourcen, sozialen Kontexten, persönliche Zielen und Spielräumen" (von Alemann 2022: 27) herausgearbeitet werden. Mit einer

intersektionalen Verknüpfung von Heterogenitäts- und Ungleichheitskategorien lässt sich erklären, wie die individuell heterogenen Ziele und Vorstellungen vom guten Leben und die ungleiche Verteilung der Chancen, diese Ziele und Vorstellungen zu erreichen, miteinander verknüpft sind (von Alemann 2022).

Mit einer solchen intersektionalen Perspektive kann es darüber hinaus gelingen, sowohl bestehende strukturelle Macht- und Ungleichheitsverhältnisse zu analysieren und zu hinterfragen als auch Denk- und Handlungsspielräume für emanzipatorische Transformationen und Empowerment sichtbar zu machen. Ein intersektionaler kritischer Blick auf aktuelle politische und wissenschaftliche Diskurse in der Alter(n)sforschung ermöglicht es, die Regeln zu reflektieren, vor deren Hintergrund eben diese Diskurse geführt werden. Denn Machtbeziehungen sind performativ, das heißt, sie sind ein prozesshaftes Geschehen. Bei der Betrachtung von intersektionalen Überschneidungen und wechselseitigen Beziehungen werden hier sogenannte horizontale („nebeneinanderstehende") Merkmale wie Geschlecht und sexuelle Orientierung, Alter, Behinderungen oder Ethnizität und vertikale („ein mehr oder weniger bzw. höher oder tiefer implizierende") Merkmale wie Einkommen, Bildung und Vermögen berücksichtigt.

In diesem Kapitel wird nur eine Auswahl an Differenzkategorien berücksichtigt und in ihrer Verschränkung betrachtet. Anhand von drei Biografien erhalten die in den vorangegangenen Kapiteln berichteten Zahlen und statistischen Anteile ein Gesicht, werden exemplarisch mit Leben gefüllt. Es wird veranschaulicht, dass Ungleichheit nicht überwiegend eine bloße Verschiedenheit von selbstgewählten Lebensstilen ist, sondern eben strukturell und mit dauerhaften, oft biografisch verankerten Ausschlüssen, Abwertungen und Benachteiligungen einhergeht. Zum einen sollen damit strukturelle Macht- und Ungleichheitsverhältnisse in den Blick genommen werden, zum anderen soll das Zusammenwirken mehrerer gesellschaftlicher Ungleichheitsachsen entlang verschiedener Differenzmerkmale illustriert werden.

9.1.3 Perspektiven auf Lebensverlauf und Biografie

Aus einer Lebensverlaufsperspektive lässt sich zeigen, dass soziale und gesundheitliche Ungleichheiten häufig bereits im Kindesalter und der Herkunftsfamilie ihren Ursprung haben (Dragano 2022). Der Grundstein für soziale und gesundheitliche Ungleichheiten, die sich auch auf Teilhabe im Alter auswirken können, wird somit häufig bereits in früheren Lebensphasen gelegt. Aus dieser Perspektive lässt sich zudem verdeutlichen, wie individuelle Verläufe mit sozio-historischen Kontexten und Prozessen verschränkt sind, auch über Familiengenerationen hinweg (Gilligan et al. 2018). Die Lebensverlaufsforschung ist in ihrer methodischen Orientierung – wenngleich es auch Mixed-Methods-Ansätze der Lebensverlaufsforschung gibt (z. B. Kluge & Kelle 2001; Sackmann 2013) – eher quantitativ ausgerichtet und zielt durch die statistische Aggregation von Mikrodaten auf die Makroebene sozialer Strukturen (Langfeldt 2018). Auch die Erkenntnisse des Neunten Altersberichts, wie einleitend in diesem Kapitel beschrieben, bleiben auf ihrer zumeist empirisch quantitativen Grundlage sehr abstrakt und lassen weitgehend offen, was die Zugehörigkeit eines Individuums zu verschiedenen sozialen Gruppen in ihrem Zusammenwirken für die jeweiligen Lebenssituationen und das subjektive Erleben von älteren Menschen bedeutet.

Die methodisch qualitativ ausgerichtete Biografieforschung ermöglicht ein vertieftes Verständnis der Verbindung zwischen sozialen Ungleichheitsstrukturen und subjektiven Erfahrungen und Deutungen. Dabei sind intersektional-biografische Perspektiven auf den Untersuchungsgegenstand hilfreich (Richter, A. S. 2020). Biografien, verstanden als Beschreibungen eines individuellen Lebens, können als Schnittstelle von Individuum, seinem sozialen Umfeld und der Gesellschaft sowie als Ort der Verknüpfung unterschiedlicher gesellschaftlich strukturierter Positionierungen nachvollziehbar gemacht werden (Dausien 2009). Durch die Analyse von biografischen Erzählungen können subjektive Erfahrungen sichtbar werden (Rosenthal & Fischer-Rosenthal 2013), wie im Folgenden anhand unterschiedlicher Biografien illustriert werden soll.

9.2 Intersektionale Ungleichheiten – drei Fallbeispiele

Im Folgenden sollen drei ausgewählte Fallbeispiele verdeutlichen, was es für die Lebenssituation älterer Menschen bedeuten kann, wenn sich in ihrer Biografie verschiedene Differenz- und Strukturkategorien wechselseitig verstärken oder auch kompensatorisch wirken. Dabei werden Differenzkategorien wie Einkommen und Bildung, Gender, sexuelle Orientierung, Ethnizität beziehungsweise Migrationsgeschichte, Behinderung und Wohnen in unterschiedlichen Kombinationen und in ihren Verknüpfungen mit Teilhabedimensionen und -situationen betrachtet. Alle drei Fallbeispiele gehen auf biografische Interviews aus verschiedenen Forschungsprojekten zurück, die für diesen Bericht aus einer explizit intersektionalen Perspektive veranschaulichend dargestellt werden.

9.2.1 Frau Mutlu: Verschränkung von Migration, geringer Bildung, Armut und Sorgearbeit

Das Interview mit Frau Mutlu[127] wurde im Rahmen einer Interventionsstudie geführt, die von April 2018 bis März 2021 an der Universität Bielefeld umgesetzt wurde.[128] Die aufsuchende Intervention hatte zum Ziel, Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenzen von türkeistämmigen Angehörigen von Menschen mit Demenz zu stärken. Vor und nach der Intervention wurden mit insgesamt zehn Angehörigen problemzentrierte Interviews (Witzel 2000) in ihrer Muttersprache realisiert. Konzepte zur Gesundheitskompetenz, zum Selbstmanagement (Haslbeck & Schaeffer 2007) und zur motivierenden Befragung (Miller & Rollnick 2015) fanden in der theoriegeleiteten Entwicklung des Leitfadens Eingang.

Der Fall von Frau Mutlu verdeutlicht, welche Konsequenzen das Zusammenwirken der Strukturkategorien Migrationsgeschichte, Gender, Sozialstatus, Religionszugehörigkeit und Alter für die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen hat. Die in diesem Fall negativen Folgen betreffen also nicht nur eine, sondern mehrere Teilhabedimensionen, die teilweise in wechselseitigem Zusammenhang stehen.

Frau Mutlu – Kurzbeschreibung des Falles

Frau Mutlu migrierte im Rahmen der Anwerbeabkommen aus der Türkei in den 1970er Jahren nach Deutschland und arbeitete in einer Geflügelfabrik. Sie ließ in der Türkei eine drei Monate alte Tochter zurück, nahm aber ihren älteren Sohn mit nach Deutschland. Inzwischen ist Frau Mutlu 76 Jahre alt, lebt – sozial isoliert, ihr Mann hat sich vor etlichen Jahren von ihr getrennt – mit ihrem 45-jährigen an Demenz erkrankten Sohn in einer Wohnung. Die Demenz des Sohnes fiel bei einem Besuch beim Arbeitsamt auf. Der Arzt verschrieb bei Diagnosestellung ein Medikament, ein Sozialdienst oder ähnliche Versorgungsleistungen wurden nicht organisiert. Frau Mutlu kümmert sich um den Haushalt, begleitet ihren Sohn zu Arztgängen und beaufsichtigt dessen medikamentöse Versorgung.

Soziale Eingebundenheit und Sorgearbeit

Frau Mutlu hat keine sozialen Kontakte, keine Verwandten oder Bekannten in Deutschland und kann somit auf keine informelle Unterstützung zurückgreifen. Im Zuge der Trennung von ihrem Mann und der Sorgeverantwortung gegenüber ihrem Sohn hat sie im Alter alle sozialen Kontakte verloren. Frau Mutlu kontrastiert ihre jetzige Lebenssituation mit einem früheren, sozial ausgefüllten Leben. Sie erzählt davon, dass sie sich mit Bekannten getroffen, diese besucht und selbst Besuch empfangen habe. Ihr Sohn möchte nun jedoch nicht, dass sie irgendwo ohne ihn hingeht, er möchte bei ihr sein. Es fällt ihr schwer, dies auszuhalten, sie fühlt sich einsam und empfindet sogar das Herunterbringen des Mülls als wohltuende Abwechslung. Sie fordert ihn ab und an auf, nach Draußen zu gehen, damit er etwas unternimmt oder dort auf der Bank sitzt, aber er bleibt bei ihr.

Ihr Sohn hat – trotz der Demenzdiagnose und gleichwohl er Alltagstätigkeiten nicht selbst verrichten kann – keinen Pflegegrad, da Frau Mutlu von dieser Möglichkeit der Unterstützung nichts weiß. Er ist der Mutter gegenüber manchmal verbal aggressiv und schreit. Sie nennt es „Vergesslichkeit“ – dass es sich um eine Demenzerkrankung handelt, ist ihr nicht bewusst.

Auf die Frage, was sie in schwierigen Situationen im Umgang mit ihrem Sohn macht, sagt Frau Mutlu:

> „Ich kann ja nicht meine Nachbarn rufen, die helfen nicht. Ich muss ihn zum Arzt oder ins Krankenhaus bringen. Du musst ihn dahin bringen, wenn es schwer wird“.

Es wird deutlich, dass sie keine Personen in ihrem Umfeld kennt, die ebenfalls jemanden pflegen und mit denen sie sich austauschen könnte. Wenn sie nicht mehr weiter weiß, scheint für sie ein Besuch beim Arzt oder im Krankenhaus die einzige Möglichkeit, um sich Hilfe zu holen.

Als Frau Mutlu gefragt wird, was ihr helfen könnte, lacht sie, der Gedanke erscheint ihr absurd. Es fällt ihr sehr schwer, ihre Wünsche zu äußern. Sie weiß nicht, was ein Pflegedienst ist, sie hat keinerlei Vorstellung davon, was Hilfe von Außenstehenden sein könnte; über die Möglichkeit der Beantragung von Pflegeleistungen ist sie ebenfalls nicht informiert.

---

127 Alle Namen wurden zum Zwecke der Pseudonymisierung verändert.

128 „Entwicklung und Validierung einer Intervention zur Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen türkeistämmiger Menschen bei der Pflege von Angehörigen mit Demenz (FörGes 5)“ (Universität Bielefeld). Ergebnisse der Studie wurden in Tezcan-Güntekin, et al. 2020 und Yilmaz-Aslan, et al. 2022 veröffentlicht.

Die Situation mit ihrem Sohn interpretiert sie als Strafe:

> „Ich fühle mich erschöpft. Ja, ich bin erschöpft. Ich sage zu mir, wie alt bin ich jetzt. Gott hat mir eine Strafe gegeben mit meinem Sohn, so ist es. Dann überlege ich mir, wäre ich doch nie hierhergekommen. Also, hier ist nichts für uns, murmle ich“ (Zeile 104).

Sie bereut ihre Entscheidung, nach Deutschland gekommen zu sein und verknüpft ihr Schicksal, den kranken Sohn pflegen zu müssen, mit ihrer Religion. Fehlende soziale Ressourcen und fehlendes Wissen um Versorgungsstrukturen und entlastende Angebote, gepaart mit einer fatalistischen Orientierung („Gott hat mir eine Strafe gegeben“) scheinen Frau Mutlu wenig Handlungsoptionen zu lassen. Vielmehr dominiert ein Gefühl der Ohnmacht und Ausweglosigkeit.

Materielle Lage *und* Zukunftsaussichten

Im weiteren Interventionsverlauf wird deutlich, dass Frau Mutlu keine Winterjacke besitzt und auch nicht weiß, wie sie das Geld dafür beantragen kann. Die betreuende Sozialarbeiterin im Forschungsprojekt unterstützt sie hierbei und begleitet sie beim Kauf einer Winterjacke. Frau Mutlu zeigt sich sehr erleichtert darüber, dass dieses große Problem gelöst wurde. Erst danach öffnet sie sich dafür, über weitere Unterstützungsmöglichkeiten nachzudenken. Zu ihrer finanziellen Situation äußert sie im Interview:

> „Wissen Sie, wie viel wir zusammen erhalten? 1300 Lira (Anm.: sie meint Euro) erhalten wir. 455 Lira ist die Miete, 100 Lira ist der Strom, Telefon. Geld für Essen und Trinken, alles ist teuer. Es reicht nur sehr schwer, seit zwei Jahren fahren wir nicht weg“

(Zeile 179f.).

Die Demenzerkrankung ihres Sohnes verstärkt Ängste im Hinblick auf die Zukunft. Sie weiß nicht, was noch auf sie zukommen wird und vor allem auch nicht, was mit dem Sohn passieren wird, wenn sie ihn nicht mehr pflegen kann. Ein Erlebnis macht für sie erfahrbar, was es für den Sohn bedeuten kann, nicht mehr für ihn da zu sein: Als sie sich sehr tief in die Hand schneidet, ruft sie ihren Nachbarn an (nicht den Krankenwagen), damit er sie ins Krankenhaus fährt. Sie muss operiert werden und zwei Tage im Krankenhaus bleiben. Sie entscheidet sich im Krankenhaus bewusst dafür, dass sie vorzeitig entlassen wird, um ihren Sohn zu versorgen. Als sie nach Hause zurückkehrt, findet sie ihren Sohn in einem schlechten Zustand vor. Er muss wegen Unterernährung ins Krankenhaus eingeliefert werden, da er in ihrer Abwesenheit nichts getrunken und gegessen hat. Sie hatte in der Zeit offensichtlich niemanden, den sie in eine Notversorgung hätte einbeziehen können. In der Schilderung des Erlebnisses dokumentiert sich einmal mehr, wie abhängig Frau Mutlu den Sohn von ihrer Sorgearbeit erlebt und welche Verantwortung damit auf ihr lastet. Dies wiederum verstärkt ihre zukunftsbezogenen Ängste und Unsicherheit.

Frau Mutlu hegt den Wunsch, künftig in der Türkei zu leben, aber auch das verknüpft sich mit vielen Ungewissheiten, die vornehmlich die finanzielle Absicherung und die gesundheitliche Versorgung ihres Sohnes betreffen. Einen Umzug in die Türkei ohne ihren Sohn zieht sie gar nicht erst in Erwägung:

> „Das überlege ich die ganze Zeit. Wenn wir dort zwei Jahre wären, vielleicht würde er irgendwann Rente kriegen, aber was passiert in der Zwischenzeit, wenn er zum Arzt muss, wie soll ich ihn dann hinbringen? Er hat ja keine Rente und Versicherung. (…) Ich überlege, ob ich es bereue, wenn ich in die Türkei gehe. Ich denke auch darüber nach, wer mich hier pflegen soll, wenn ich hier alt werde und krank.“

Eine Verunsicherung kommt auch durch Gedanken an ihr eigenes Altwerden und eine mögliche Pflegebedürftigkeit. Die einzige vorstellbare Option ist hier ebenfalls die Pflege durch eine Angehörige. Mit Blick auf ihre Tochter, die sie mit drei Monaten in der Türkei zurückgelassen hat, als sie nach Deutschland migrierte, sagt sie:

> „Das ist auch schwierig, (…) ob sie mich in der Zukunft pflegen wird, das bezweifle ich, ich denke, sie wird mich nicht pflegen. Weil sie sagt, dass ich sie mit drei Monaten zurückgelassen habe. `Du hast eigenständig entschieden, mich zurückzulassen`, sagt sie. Aber ich habe gearbeitet, (…) ich habe damals vier Wohnungen gebaut. Das war auch nicht leicht, der Vater ist 12, 13 Jahre geblieben und hat uns dann verlassen. Er hat mich mit den ganzen Schulden zurückgelassen. (…) Ich bin fünf Jahre lang nicht in die Türkei gefahren, weil ich seine Schulden bezahlen musste. (…) Ich musste sie zurücklassen. Sie sagt sich jetzt im Inneren: `Meinen Bruder hat sie mitgenommen, mich hat sie zurückgelassen. Sie sagt es mir nicht direkt. Sie sagt es in ihrem Herzen vielleicht. (…)

> Ich habe Angst. Vielleicht wenn ich krank bin, dass sie sagt, warum sollte ich Dich pflegen, Du hast mich verlassen und bist weggegangen“

(Zeile 324ff.).

In dem Zwiegespräch, welches Frau Mutlu in Gedanken mit ihrer Tochter führt, dokumentiert sich ein innerer Konflikt: Äußere Zwänge (Arbeitstätigkeit, Verschuldung), die die Entscheidung, ihre Tochter im Herkunftsland zurückzulassen, erklären und die „Eigenständigkeit“ ihres Entschlusses relativieren sollen, auf der einen Seite – auf der anderen Seite die imaginierte Haltung der Tochter, die sich möglicherweise zurückgesetzt fühlt. Dieser Konflikt verstärkt sich vor dem Hintergrund der eigenen antizipierten altersbedingten Einschränkungen und des Angewiesenseins auf Unterstützung, da für Frau Mutlu die Tochter die einzig vorstellbare Pflegeoption darstellt.

Teilhabe und Potenziale

In ihrer biografischen Rückschau scheinen immer wieder Sequenzen auf, die Frau Mutlu als aktive Frau zeichnen (gegenseitige Besuche, Arbeitsleben). Heute schildert sie ihren Tag so: Sie steht früh auf und betet. Dann ruht sie sich aus und denkt sich:

> „Wenn mir jetzt jemand mein Frühstück bringen würde. Dann stehe ich auf und bereite mir das Frühstück. Dann wasche ich ab, ruhe mich aus, putze die Wohnung“. (Sie lacht.) „Ich schaffe nur so viel, ich bin 76 Jahre alt. Dann kommt das Abendessen, die Tage werden kürzer. Morgens und dann abends, dann Abendessen vorbereiten, abwaschen, beten, so halt. (…) Ich habe mit 16 geheiratet (…) ich wurde eine Braut (…), mit zehn habe ich angefangen zu kochen. Ich denke mir dann so, ich koche immer noch, ich wasche immer noch ab. Ich habe es satt“

(Zeile 79ff. und 135ff.).

Frau Mutlu beschreibt ihren Alltag als einen regelhaften Ablauf sich wiederholender religiöser Praktiken und eintöniger Haushaltstätigkeiten. Ihr höheres Lebensalter geht mit schwindenden Kräften einher, sie schafft ein geringeres Pensum, muss sich öfter ausruhen. Ihr Leben ist gekennzeichnet durch Sorgearbeit für andere; der Wunsch, dass jemand sie umsorgt („wenn mir jetzt jemand mein Frühstück bringen würde“), bleibt unerfüllt. Während frühere Phasen für ein anderes Leben und Entwicklungspotenziale stehen mögen, so dokumentiert sich in dem Rückbezug auf ihre Kindheit, dass sie diese nicht nutzen konnte. Die Tätigkeiten, denen sie bereits im Alter von 10 Jahren nachgegangen ist und die heute immer noch ihren Alltag ausmachen, symbolisieren Wiederholung und Stillstand.

Lebensverlauf und gesellschaftliche Strukturen

In welche gesellschaftlichen Strukturen ist der Lebensverlauf von Frau Mutlu eingebettet? Zunächst rahmen gesellschaftlich und religiös geprägte Normen, nach denen die Sorgearbeit primär als Aufgabe von Frauen verstanden wird, die Biografie von Frau Mutlu. Ihr wurde bereits in frühen Jahren die Rolle der sorgenden Frau zugewiesen, die sie seither unhinterfragt, wenn auch inzwischen widerstrebend, erfüllt. Die Nicht-Honorierung von Sorgearbeit bei gleichzeitiger Abwesenheit einer Sorgeverpflichtung für Männer konstituiert ein Ungleichheitsgefälle zwischen den Geschlechtern, das sich unter anderem nachteilig auf die Bildungs- und Berufslaufbahnen sowie die Gesundheit von Frauen auswirken kann. Geschlechternormen wirken auch bei der Bewertung des Umstandes, wenn Kinder im Herkunftsland zurückbleiben. Migrationsprozesse – und diese spannen einen weiteren strukturellen Rahmen – gehen mit veränderten Mutterschaftsarrangements einher, sofern beispielsweise die Migration als eine temporäre angelegt ist wie die sogenannte Gastarbeitermigration oder als eine transnationale Pendelmigration (Lutz & Amelina 2017). An Väter richten sich eher Erwartungen einer instrumentellen und finanziellen, an Mütter die einer emotionalen und sorgenden Unterstützung in der Familie. Abwesende Mütter erfahren eine entsprechend größere Stigmatisierung, die sie – wie im Falle von Frau Mutlu – auch gegen sich selbst richten können. Die Entscheidung, ihre Tochter als Kind nicht mit nach Deutschland genommen zu haben, sondern nur ihren Sohn, geht Frau Mutlu immer noch nach. Die damit verbundenen Schuldgefühle mögen für sie die auferlegte Strafe Gottes begründen, in der Pflegesituation mit ihrem Sohn gefangen zu sein. Eine Entscheidung also mit weitgehenden Folgen für ihr Leben. Die Übernahme unbezahlter Sorgearbeit, aber auch kritische Lebensereignisse wie die Trennung von ihrem Mann und die Verantwortung für das Abbezahlen seiner Schulden schränken eine autonome Lebensgestaltung von Frau Mutlu im Laufe ihres Lebens immer wieder ein. In Verschränkung mit einem niedrigen Bildungsstand, einer finanziell prekären Situation, fehlendem (Erfahrungs-)Wissen um unterstützende Angebote und fehlendem sozialen Kapital sowie einer eher fatalistischen Orientierung, mangelt es an Möglichkeiten, aus dieser Dynamik des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht auszusteigen. Angesichts zunehmender

körperlicher Einbußen im Alter scheinen sich die wahrgenommenen Möglichkeitsräume für Frau Mutlu noch weiter zu verengen.

Frau Mutlus Teilhabe ist in mehreren Lebensbereichen stark eingeschränkt, die teilweise wechselseitig miteinander verknüpft sind. Sie ist materiell depriviert, sozial isoliert und von institutionalisierter Unterstützung ausgeschlossen. Entgegen der zugeschriebenen Kollektivorientierung, dass in „migrantischer Vergemeinschaftung" auf ein vorhandenes Netzwerk geschlossen werden kann, welches Pflegeverantwortung oder Belastungen mitträgt, wird Frau Mutlu nicht gesehen. Sie bekommt weder aufgrund ihrer geringen finanziellen Mittel, noch aufgrund der Überforderung durch die Pflegebedürftigkeit und Aggressivität ihres Sohnes, noch aufgrund ihrer begrenzten Fähigkeiten sich in beiden Ländern zu orientieren und der damit zusammenhängenden Unsicherheit, Hilfe. Gesellschaftlich tradierte und als „normalisiert" wahrgenommene Geschlechterverhältnisse wirken sich unmittelbar auf die Biografie von Frau Mutlu und auf andere ältere Post-/Migrant*innen in ähnlichen Lebenslagen aus.

Viele der Folgen bleiben für Außenstehende unsichtbar und es existieren keine Unterstützungsstrukturen. Auch die jetzt ältere post-/migrantische Bevölkerung ist oft in der Rolle der pflegenden Angehörigen und benötigt nutzer*innenorientierte und diversitätssensible aufsuchende Angebote, damit den individuellen Bedürfnissen entsprochen werden kann.

9.2.2 Herr Christoph: Verschränkung von sexueller Orientierung, Alter und körperlicher Beeinträchtigung

Empirische Grundlage für das nachfolgende Fallbeispiel von Herrn Christoph sind die Daten aus dem Forschungsprojekt „Gleichgeschlechtliche Lebensweisen und Pflege im Alter" der Alice Salomon Hochschule Berlin (für weitere Details zur Studie siehe Lottmann 2020). Aus acht biografisch-narrativen Interviews mit lesbischen, schwulen, trans- und intergeschlechtlichen Menschen im höheren und hohen Lebensalter wird ein – aus intersektionaler Perspektive bedeutsames – Interview beispielhaft vorgestellt. Mit der Geschichte von Herrn Christoph soll unter anderem für kontextabhängige Intersektionen zwischen den Merkmalen sexuelle Orientierung, Sozialstatus, Alter und körperlicher Beeinträchtigung über den Lebensverlauf sensibilisiert werden. Ältere Menschen mit Behinderungen sind eine größer werdende Gruppe, deren heterogene Lebenssituationen einer genaueren Betrachtung bedürfen (Denninger 2020; Falk & Zander 2020). Aus einer intersektionalen Perspektive auf den Lebensverlauf kann beispielweise gefragt werden, ob (körperliche) Beeinträchtigungen im Alter weniger dramatisch erlebt werden, weil sie im Alter wahrscheinlicher sind und dann weniger stark eine implizite Norm verletzen. Ebenfalls kann der Frage nachgegangen werden, ob ältere Menschen mit lebenslanger oder früh erworbener Beeinträchtigung beim Eintreten weiterer funktioneller Einschränkungen auf Strategien und/oder Ressourcen zurückgreifen können, die sie im bisherigen Lebensverlauf erworben haben, um beispielsweise besser mit Ausgrenzungen umgehen zu können. Damit kann gezeigt werden, ob die Intersektion von Alter und Behinderung(en) zu mehr Ausschließungen und Diskriminierungen führt und/oder ob sich vor dem Hintergrund veränderter gesellschaftlicher Normalitätserwartungen auch Entlastungen für Individuen ergeben (Denninger 2020).

Herr Christoph – Kurzbeschreibung des Falles

Herr Christoph ist schwul, 70 Jahre alt, verpartnert und lebt in einer Seniorenresidenz. Nach seinem Abitur hat Herr Christoph ein Studium absolviert und in verschiedenen Berufsfeldern auch im Ausland gearbeitet. Im Grundschulalter erkrankte er an einer Kinderlähmung mit dauerhaften körperlichen Beeinträchtigungen.

Erwerbsleben, materielle Teilhabe und Wohnen

Die Kinderlähmung von Herrn Christoph bringt seine Eltern dazu, ihn zu einer höheren Bildungslaufbahn zu motivieren, anstatt in die Fußstapfen des Vaters zu treten und das elterliche Unternehmen zu führen:

> „Kinderlähmung, daraufhin war meinen Eltern auch sehr wichtig, dass ich Abitur mache [..] Äh danach, wie sich 's gehört, für anderes, weiß ich nicht, hätte es vielleicht auch kein Geld gegeben, BWL-Studium"

(IP12: 22f.).

Bereits während seines Studiums führte ein Stipendium Herrn Christoph für ein Jahr ins Ausland. Er ist beruflich erfolgreich, sein abwechslungsreiches Berufsleben war durch Neuorientierungen und ein ständiges Lernen gekennzeichnet. Im Unterschied zu Frau Mutlu und auch dem nachfolgenden Fall von Frau Gruber (s. u.) ermöglichen es ihm seine beruflichen Tätigkeiten, Erfahrungen des aktiven Gestaltens zu machen. Seine auskömmliche

sozioökonomische Situation, aber auch seine Erfahrungen mit der körperlichen Beeinträchtigung versetzen ihn in die Lage, bei einem Umzug in eine neue Stadt auf Barrierefreiheit in seiner neuen Wohnung zu achten: „Meine Bedingung war barrierefrei und direkt in der Innenstadt. (…) Und dann haben wir gesucht." Mit seinen Erfahrungen im Umgang mit der körperlichen Beeinträchtigung ist er vergleichsweise gut vorbereitet auf das Alter.

Soziale Teilhabe und Stigmatisierung

Während sich Herr Christoph trotz der Kinderlähmung beruflich gut positionieren konnte, hat er in der schwulen Szene (z. B. in schwulen/homosexuellen Clubs und beim Kennenlernen anderer schwuler/homosexueller Männer) auch negative Erfahrungen machen müssen:

> „Und in dem Moment, wo die mich dann ganz gesehen haben, haben mich auch viele dann auch stehen gelassen, oder ich habe einen mit nach Hause genommen und dann da plötzlich sagen, nee, geht nicht – und so, ne?"

(IP12: 22).

Im Verlauf des Interviews beschreibt Herr Christoph wiederholt Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen aufgrund seines durch Kinderlähmung nicht den Normen entsprechenden Körpers. Das führt zu Misstrauen und Ängsten in Situationen des Kennenlernens:

> „[…], aber wenn die mich angesprochen haben, habe ich gedacht: Na, das ist bestimmt ein krummer Typ, der mich überfällt, ausraubt oder sonst was oder so was"

(IP12: 22).

> „Also ich habe schon einen sehr großen Scan laufen gehabt, wenn mich jetzt da einer anspricht. Warum spricht der mich an? So wie ich aussehe? Der hat irgendetwas Ungutes im Schilde…"

(IP12: 32).

Obgleich Herr Christoph Clubs und Bars aufsucht, um Männer kennenzulernen, hinterfragt er diese Kontaktaufnahmen aufgrund seines Aussehens. Eine intersektionale Perspektive lenkt hier den Blick auf den Kontext: Dieses Misstrauen, das er gegenüber möglichen Partnern zeigt, verstärkt sich vor dem Hintergrund der in der schwulen Community vorherrschenden körperlichen Normen, die in verstärktem Maße an einem unversehrten Körperideal ausgerichtet sind. Mit zunehmendem Lebensalter, wenn Männer nicht (mehr) den dominierenden Körpernormen entsprechen, erst recht mit einer das Aussehen betreffenden Beeinträchtigung, können abwertende Zurückweisungen zunehmen (siehe Abschnitt 8.3.5). Retrospektiv nimmt Herr Christoph an, dass das von ihm verinnerlichte Körperselbstbild und die antizipierte Ablehnung ihn um „viele Chancen" gebracht hat:

> „Im Nachhinein sehe ich ganz viele verpasste Chancen auch, die ich aber dann dadurch irgendwie aus meiner eigenen Abwertung und meines schiefen Körpers oder so … oder Angst – Angst, dass das rauskommt und damit umzugehen, beiseite geschoben habe"

(IP12: 155).

Herrn Christoph gelingt es dennoch, Bindungen einzugehen, indem er sich anderer sozialer Räume wie Kontaktanzeigen bedient. Auf diesem Weg kann Herr Christoph auch seinen Partner finden.

Gesundheitliche Teilhabe im Alter und Zukunftsperspektive

Haben ihn Erfahrungen im Umgang mit körperlichen Einschränkungen sein Leben lang begleitet, so machen sich im Alter Spätfolgen der Kinderlähmung mit einer eigenen Qualität bemerkbar:

> „[…] es gibt so was wie Spätfolgen. Das wissen viele Ärzte nicht und negieren das als Alter und so was […] Und ich merke, dass es also laufend schlechter wird"

(IP12: 24).

In dem Zitat kommt zum Ausdruck, dass Herr Christoph seine Versorgung als nicht adäquat wahrnimmt, da die Ärzt*innen seine Beschwerden unter anderem als altersbedingt interpretieren und nicht in den Zusammenhang mit der Kinderlähmung stellen. Dafür macht er fehlende Forschung und fehlendes Wissen bei Ärzt*innen zum Postpolio-Syndrom verantwortlich. Herr Christoph beschreibt, dass es ihm immer schwerer fällt, längere Strecken zu gehen. Während sein Leben davon geprägt war, aktiv zu sein und sich anzustrengen, raten neuere Erkenntnisse

dazu, Belastungen zu minimieren. Das hat Konsequenzen für die Gestaltung seines Freizeit- und Alltagslebens. Der stete körperliche Abbau führt aber auch zu, die Zukunft betreffenden, Unsicherheiten.

> „Und jetzt stehe ich vor der Frage, wo ich nicht weiß, hat die jeder alte Mensch? (lacht) Wie geht es weiter? Was sind die Zukunftssachen? […] Ich habe mir so ziemlich viel erfüllen können. Ziemlich viel von der Welt gesehen. Und (.) ja, auf der einen Seite geht alles sehr gut und auf der anderen Seite weiß ich nicht, wie das weitergeht, und das sind so die Themen, wo es mir dann nicht so sehr gut geht"

(IP12: 27).

Herr Christoph grenzt die Zukunft von der Gegenwart, in der „alles sehr gut geht", und von der Vergangenheit ab, in der er sich „so ziemlich viel" hat erfüllen können. Die Zukunft birgt hingegen Unsicherheiten und verbindet sich mit einem Lebensszenario, für das es weniger Träume oder Wünsche gibt. Unsicherheiten, die mit dem Älterwerden und Altsein verknüpft sind, verstärken sich durch die Ungewissheit, zu welchen weiteren körperlichen Einschränkungen die Spätfolgen der Kinderlähmung führen.

Lebensverlauf und gesellschaftliche Strukturen

Herr Christoph wächst in einer historischen Zeit auf, die von heteronormativen Strukturen geprägt ist, welche homosexuelles Begehren kriminalisieren, Homosexualität als gesundheitliche Abweichung definieren und mit starren Geschlechterrollen verknüpft sind (siehe Abschnitt 8.2). Erzählungen, die sein Coming Out betreffen, zeugen von einem langen Prozess zwischen Verheimlichen, Angst vor Aufdeckung, Selbstvergewisserung und Selbstverständlichkeit. Herrn Christophs Lebensverlauf rahmt gleichzeitig ein gesellschaftlicher Kontext, in welchem die Bedeutung des Körpers – unabhängig von schwulen Lebenswelten – für die individuelle und kollektive Identität zunimmt. Das Körperideal richtet sich hierbei „auf den jungen, schlanken, schönen, fitten Körper, den es zu hegen und zu pflegen, zu trainieren, zu formen, zu ästhetisieren und zu dekorieren gilt" (Gugutzer 2004: 35). Forciert wird dieser Prozess der Körperorientierung durch eine zunehmende Kommerzialisierung des Körpers, durch Industriezweige und eine Gesundheitsindustrie, die Produkte und Dienstleistungen anbieten, die der Schönheit und Fitness dienen. Investitionen in das körperliche Kapital erhöhen wiederum die Chancen auf dem Arbeits- und Liebesmarkt (Gugutzer 2004). Die Partnersuche von Herrn Christoph wird angesichts seiner Beeinträchtigung zusätzlich durch den hohen Stellenwert von Körpernormen in der schwulen Community erschwert, in der ein Abweichen von diesen zu (Selbst-) Ausgrenzungen führen kann. Dies bestätigen Studien, die eine geschlechtsspezifische Besonderheit bei schwulen Männern aufgrund einer idealisierten und sexualisierten Körperwahrnehmung innerhalb ihrer Community beobachten: Schwule Männer erleben Altern „beschleunigt" (Bennett & Thompson 1991) beziehungsweise ist von einer „Nicht-Existenz" einer schwulen älteren Identität die Rede (Schütze 2019).

Die frühe Behinderung und die Intervention der Eltern, Herrn Christoph zu einem Studienabschluss zu bewegen, mit dem er einer gut bezahlten Arbeit nachgehen kann, ebnete ihm den Weg zu einer autonomeren Lebensgestaltung, als dies etwa Frau Mutlu möglich war. Bewusste Entscheidungen von Eltern mit einem hohen Bildungsstand und einer guten ökonomischen Situiertheit führten dazu, dass ihrem Sohn Herrn Christoph im Jugendalter ein hoher Bildungsstand und damit einhergehend ein gutes Einkommen und eine stärkere Unabhängigkeit ermöglicht wurde – trotz der frühen Behinderung. Er erlebt dennoch Ausschlüsse in der LSBTI*-Szene und auch Gewalt und Diskriminierung aufgrund seiner Behinderung (Lottmann 2020), die wiederum ältere homo- oder bisexuelle Menschen ohne Behinderung vermutlich so nicht oder anders erleben.

Im Vergleich zu den anderen Fällen wird deutlich, dass durch finanzielle Ressourcen Teilhabemöglichkeiten trotz der körperlichen Beeinträchtigung entstehen können. Auch hinsichtlich altersgerechter Wohnbedingungen hat Herr Christoph infolge seiner Beeinträchtigung vergleichsweise gut vorgesorgt. Obwohl er in einigen Bereichen individuelle Handlungsmöglichkeiten hat, können allerdings Aspekte wie erlebte Diskriminierungen oder die sich mit den Spätfolgen seiner Behinderung verknüpfte zukunftsbezogenen Unsicherheit, nicht ohne Weiteres kompensiert werden und wirken sich mitunter unmittelbar auch auf Teilhabemöglichkeiten aus.

9.2.3 Frau Gruber: Verschränkung von geringer Bildung, Armut, Heimerfahrung und ostdeutscher Herkunft

Grundlage der Falldarstellung von Frau Gruber ist eine ethnografische Studie zum Leben mit chronischen Erkrankungen im Alter. Im Mittelpunkt dieser Studie stand die Lebenswelt älterer, chronisch erkrankter Menschen und die sozio-biografische, soziale und strukturelle Einbettung von Entwicklungs- und Bewältigungsprozessen.

Hierzu wurden autobiografisch-narrative Interviews, die den Befragten viel Raum für ihre Lebenserzählung bieten, mit Menschen in Ost- und Westdeutschland geführt, die zwischen 57 und 94 Jahre alt waren. Das methodische Design, der Forschungsprozess und die Ergebnisse der Studie sind in Richter (2024) ausführlich beschrieben.[129]

Frau Gruber – Kurzbeschreibung des Falls

Frau Gruber, 75 Jahre alt, lebt unfreiwillig in einer stationären Pflegeeinrichtung. Sie wuchs als Kind in der DDR in einem Heim auf, zog ihren Sohn alleine groß, welcher infolge einer Behinderung bereits in jungen Jahren verstarb. Frau Gruber ging ungelernten Tätigkeiten nach, die sie mit dem Systemzusammenbruch zu verlieren drohte. Ihre finanzielle Situation ist wegen ihrer geringen Rente prekär.

Soziale Einbindung

Frau Gruber wächst in einer kriegsgeprägten Zeit in einer Großstadt mit Erlebnissen im Luftschutzkeller und Spielen zwischen Ruinen auf. Die Mutter verstirbt früh. Der Vater „gibt" sie in eine Pflegefamilie, von dort gelangt sie in ein Heim, in dem offenbar restriktive Erziehungsmethoden herrschen. Ihre wenigen Schilderungen zeugen von menschenunwürdigen Situationen. Sie ist früh auf sich selbst gestellt und erlebt sich gleichzeitig rückblickend als „ja [ich] war ein richtig rumgestoßenes Kind, wa" (832-833). Statt von Sicherheit, emotionaler Wärme und einem Gefühl des Aufgehobenseins ist ihr Leben geprägt von Kriegsgeschehnissen, Armut, einem frühen Verlust der Mutter und Ablehnung durch den Vater, einer Odyssee durch institutionalisierte Obhut und Erziehung, die wenig Raum für eigene Wünsche und individuelle Entwicklung lässt. Vielmehr lernt sie früh sich anzupassen, unterzuordnen und unauffällig zu sein. Ihre schulische und berufliche Entwicklung scheint durch die Institution und ein tradiertes Frauenbild bestimmt, ganz abgesehen davon, dass es in der Nachkriegszeit wenig wohlwollende Einstellungen gegenüber sogenannten „Heimkindern und -jugendlichen" gab. Frau Gruber bringt einen Sohn zur Welt und sorgt alleinstehend für ihren chronisch-degenerativ erkrankten Jungen. Eine langfristige Partnerschaft geht Frau Gruber nicht ein, auch hat sie kein – über nachbarschaftliche Kontakte hinausgehendes – unterstützendes soziales Netzwerk.

Ihr derzeitiges Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung ermöglicht ihr ebenfalls keine erfüllenden sozialen Kontakte. Anderthalb Jahre nach Heimeintritt fühlt sie sich eher fremd unter den älteren, hilfebedürftigen Menschen. Der Heimalltag bietet ihr kaum Abwechslung[130]:

> „Na ja, is bisschen langweilig […] jeden Monat so ne Veranstaltung da unten […] jo, aber sonst gibst ja nüscht weiter […] entweder gucken wir Fernsehen oder man geht in Park, oder man kann hier o:ch uff de Straße […] na ja dit sind ja o:ch eigentlich viele ältere Leute die ja nu na ja die nicht mehr so richtig da sind. Also mit die is ja nu ja nüscht anzufangen […] nee sonst spielt sich nüscht ab"(248-268).

Das Leben beschreibt sie als eher monoton mit Fernsehen und Spazierengehen als wiederkehrende Freizeitaktivitäten. Das soziale Miteinander wird durch die kognitiven Einschränkungen der Bewohner*innen erschwert, sodass sie sich auch hier eher auf sich allein gestellt fühlt.

Erwerbstätigkeit und materielle Teilhabe

Frau Gruber besuchte eine Volksschule und absolvierte eine Hauswirtschaftslehre. Mit Hilfe einer Fürsorgerin fand sie – entgegen des institutionalisierten Entwurfs (Hauswirtschaft) – mit achtzehn als Ungelernte eine Anstellung in einer Fabrik und darüber einen Einstieg in ein eigenständiges Leben mit Wohnung, Beruf und Freizeit in der DDR. Sie arbeitete im Schicht- und Akkordsystem – als Alleinerziehende eines Sohnes mit Behinderungen. In Schicht und Akkord zu arbeiten war für Frauen der DDR keine Ausnahme, sodass sie hier offenbar etwas Normalität erfährt. Allerdings hat die ungelernte und körperlich anstrengende Tätigkeit Folgen für ihre Rentenansprüche und für ihre Gesundheit. Frau Gruber arbeitete 27 Jahre lang in dem Betrieb. Systembedingt fehlende Förderprogramme erhöhten ihre Belastungen in der Häuslichkeit (sie übernahm Bestückungsarbeiten und die Betreuung ihres Jungen zu Hause). Als der jugendliche Sohn in eine stationäre Langzeitversorgung kommt, gelingt es ihr, von einer das Leben absichernden zu einer sie mehr erfüllenden Arbeit zu wechseln. Sie versorgt über den Tod ihres Sohnes hinaus junge Menschen mit Behinderungen – wenn auch weiterhin nur als ungelernte „Hilfskraft".

---

[129] Die folgende Fallaufbereitung orientiert sich an Richter (2024).

[130] Die folgenden Zitate werden im Vergleich zu ihrem Original (Richter 2024) in etwas vereinfachter, dem Hochdeutschen teilweise angepasster Form dargestellt, um den Lesefluss zu erleichtern.

Mit dem Systemzusammenbruch 1989 wurde ihre Anstellung in den Folgejahren unsicher und Frau Gruber geht, da sie nicht arbeitslos werden möchte, in den Vorruhestand. Mit einer kleinen Rente fühlte sie sich in ihrer Einzimmerwohnung wohl und pflegte den Kontakt zu zwei älteren Nachbar*innen. Sie haushaltet, um sich etwas Schönes leisten zu können:

> „Ick bin eher mal losgegangen, ach, […] fährste einfach mal […] da hab ick immer hübsche Pullover gekriegt […] geh einfach los, Geld gezählt Miete Miete, is allet abgebucht, also allet wat sein muss, dit war abgebucht. Na ja Essen na ja is jut […], ach fährste einfach ma, fuffzich Euro haste übrig und da kaufste wat für Pullover oder Unterwäsche oder n Rock oder“ (1140-1150).

Mit Anfang 70 machten sich zunehmend Funktionseinbußen bemerkbar, welche die Alltagsbewältigung erschwerten. Auf Rat ihrer Nachbarin vereinbarte Frau Gruber Serviceleistungen mit einem Pflegedienst, ohne die Kosten zu überblicken. Als sie nach einem Krankenhausaufenthalt direkt in ein Pflegeheim kommt, kann sie nicht wählen, was sie mitnimmt. Ihre Wohnung wird durch ihre Nachbarin aufgelöst:

> „Hatte meine Nachbarin irgendwo an den Mann gebracht […] oder wat weggeschmissen direkt in de Müllabfuhr“ (281-283).

Ihre wenigen Ersparnisse brauchten sich jetzt für neue Einrichtungsgegenstände auf. Zudem war ein Teil der Kosten für die Haushaltshilfen des Pflegedienstes nicht bezahlt, sie hat 400 € Schulden. Mit dem Einzug in die Pflegeeinrichtung wird Sozialhilfe beantragt und sie erhält ein „Taschengeld“, von dem sie sich wegen ihrer Schulden kaum etwas mehr leisten kann:

> „Neunzig Euro bleiben mir […] und davon soll ick denn nu noch, abzahln […] jetzt kann ick mir nüscht mehr leisten nüscht, nüscht, na Essen und Trinken hab ick ja hier. Na ja, Essen und Trinken, reicht ja och, sag ick, aber ick wollt ma ja ma wat Neuet zum Anziehn wieder ma kaufen. Man möchte ja och wieder wat Neuet ham, nich immer […] oder ich muss mit nen Becher inne S-Bahn gehn (..) mit nen Plastebecher [lacht leise], eine kleine Spende, oder ick muss unter de Bahnbrücke schlafen [lacht leise]. Nee, da würd ick och nüscht kriegen für, vor allem weil ick ma nicht traue, würd ma ja nicht trauen [lacht leise], ja“ (1011-1023).

Die Versorgung ihrer existenziellen Grundbedürfnisse ist zwar gewährleistet, sie verfügt jedoch über keinerlei Mittel, sich etwa neue Kleidungsstücke leisten zu können. Frau Gruber zieht sogar in Erwägung, Geld zu erbetteln, resümiert aber, dass ihr selbst dieser letzte Ausweg nicht bliebe, da sie diesen Schritt nicht wagen würde („… würd ma ja nicht trauen [lacht leise] (...) ja“). Zwar weiß sie derweil, dass sie Bekleidungsgeld beantragen kann, allerdings fehlt ihr die Unterstützung, die sie für eine Beantragung brauchen würde. Die Mitarbeiterin des Heimsozialdienstes signalisiert ihr, überlastet zu sein und keine Zeit zu haben. Sie selbst sieht sich nicht in der Lage, Rechte gegenüber dem Amt einzufordern:

> „Ick könnt da nicht sprechen, wenn ick denn da rinkomme würde würde sagen na ja so und so, denn sagen sie, tut uns leid, ick würd sofort wieder gehn“ (934-936).

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung

Die jahrzehntelangen Beanspruchungen und ein möglicher Mangel an Selbstfürsorge und Entlastung finden einen Höhepunkt in ihrem körperlichen Zusammenbruch vor dem Renteneintrittsalter. In dieser Zeit erlitt Frau Gruber offenbar einen Herzinfarkt, der erst Tage später diagnostiziert wird. Die Hausärztin habe ihre Schilderungen nicht ernst genommen und sie nach Hause geschickt. Dieses Erlebnis knüpft an ihre bisherigen Erfahrungen mit Institutionen an. In ihren Erzählungen dokumentiert sich, dass sie nicht über entsprechende Kompetenzen, Strategien und ein Selbstbewusstsein verfügt, ihre Bedürftigkeit und ihre Interessen – vor allem in Situationen, die sich mit einem Machtgefälle verknüpfen – geltend zu machen:

Als mit Anfang 70 Jahren zunehmende Funktionseinbußen den Alltag von Frau Gruber erschwerten, stürzte sie und musste im Krankenhaus operiert werden. Sie erzählt:

> „na und da saß ick immer, wie en wie ein, keiner hat, Mann, keiner hat mit mir gesprochen […] Plüschsessel n ganz ollet Ding“ (443-447).

Ihre Schmerzen wurden erst Tage später auf einer anderen Station registriert. Sie hatte einen behandlungsbedürftigen Dekubitus und erlebte, wie sie gegen ihren Willen im Krankenhaus bleiben musste:

> „ick ja dagegen gesprochen, ick hab jesagt nee ich möcht nach Hause […] ick möchte aber ick will ja nicht hier bleiben. ‚Nee wir lassen Sie nicht, dit Loch ist zu tief und dit müssen wir behandeln.' Also dit ging nicht, ick konnte sagen wat ick wollte: ‚Nee, jetzt bleiben Sie hier […].' Die haben ma einfach nicht gelassen" (313-319).

Die über achtzigjährige Nachbarin ist die einzige Bekannte, die sie besucht und offenbar in die Veranlassung des Heimübergangs involviert ist. Frau Gruber erinnert sich:

> „Na ja und da haben die dit allet so in die Wege geleitet […], aber ick wollt ja nicht hier rein […] ick sag Mensch ick will eigentlich ja nicht sag ick und ich hab jedeppert" (163-168).

Sie kommt nach etwa drei Monaten vom Krankenhaus direkt in ein Pflegeheim. Das erste halbe Jahr musste sie mit einer hochaltrigen, demenziell erkrankten Frau das Zimmer teilen, was sie zusätzlich belastete. Sie möchte wieder zurück „wär ick am liebsten, wieder, rausejang, ja dit is –" (226). Eineinhalb Jahre nach dem Einzug, 75-jährig und sichtbar mobil, resümiert sie:

> „Na ja so, manchmal möcht ick schon [zurück in ihre Wohnung], manchmal möcht ick schon – dann müsst ick ja erst mal zusehn dass ick ne Wohnung kriege. Eine billige, nicht so teuer und, dann brauch ick wieder Möbel, braucht ick- braucht man wieder allet, jeht dit nich, na –" (1099-1105).

Lebensverlauf und gesellschaftliche Strukturen

Frau Grubers Lebensverlauf ist geprägt durch zwei einschneidende gesellschaftliche Umbrüche: den Zweiten Weltkrieg und die Nachkriegszeit in Deutschland sowie den Zusammenbruch der DDR, die sogenannte Wende. Die Nachkriegszeit verknüpft sich für Frau Gruber – durch den frühen Verlust der Mutter und die fehlende Fürsorge des Vaters – mit einer Karriere als Heimkind. Die Sozialisation in einer „totalen Institution" (Goffman 1973), deren Charakteristikum die Aufhebung der ansonsten üblichen Trennung von Schul-, Wohn- und Freizeitbereich ist, haben Konsequenzen für die Identitätsentwicklung von Frau Gruber und die Möglichkeiten, ihre Entwicklungspotenziale zu nutzen. Die Unterordnung der Lebensvollzüge unter Heimordnung und -regeln, Machtstrukturen verknüpft mit Gefühlen des Ausgeliefertseins und fehlender Handlungsautonomie behindern die Ausprägung solcher Ressourcen und Kompetenzen wie Selbstwirksamkeit, Zuversicht, Selbstwertgefühl oder interpersonales Vertrauen. So zieht sich durch die gesamte Biografie von Frau Gruber das Gefühl, nicht gehört zu werden, fremdbestimmt und Spielball der Entscheidungen Anderer zu sein.

Der Beitritt der DDR zum Geltungsbereich des Grundgesetzes war mit einer sinkenden Erwerbsquote insbesondere ostdeutscher Frauen und Diskriminierungen auf dem Arbeitsmarkt verbunden (Beckmann 2020). Frau Gruber möchte um keinen Preis arbeitslos werden und wählt daher den Vorruhestand. Die Ent- und Abwertung der in Ostdeutschland lebenden Menschen ist nachgewiesen, sie äußerte sich unter anderem in Form von Einkommensungleichheiten, in der Besetzung zentraler (Macht- und Führungs-)Positionen durch Westdeutsche sowie in der Zuschreibung negativ konnotierter Eigenschaften (Richter, A. S. 2018). Diese sozialen Mechanismen spiegelten sich in Abwertungsgefühlen seitens älterer ostdeutscher Frauen. Die ältere Generation der Frauen erfuhr mit dem gesellschaftlichen Umbruch in ihrer Biografie eine doppelte Entwertung von Kompetenzen und Potenzialen: Zum einen war es für die Kriegsgenerationen (noch) nicht selbstverständlich, auch höhere Bildungswege und akademische Laufbahnen einzuschlagen. In dieser Zeit waren solche Bildungsverläufe – wenn überhaupt – vorwiegend Männern vorbehalten. Zum anderen waren es insbesondere Frauen, deren Qualifikationen und berufsbezogenes Wissen durch Ausschlüsse vom Arbeitsmarkt entwertet wurden (Richter, A. S. 2018). Auf der individuellen Ebene verknüpfte sich der Beitritt der DDR mit der Herausforderung, sich in einem Gesellschaftssystem neu zu orientieren und Handlungspraktiken zu transferieren. Mit der „Wende" brachen kollektiv geteilte Sicherheiten zusammen und Frau Gruber musste für sich Entscheidungen treffen, deren Konsequenzen sie nicht überblicken konnte. Obgleich sie seit ihrem 18. Lebensjahr durchgehend gearbeitet und alleinerziehend für ihren Sohn mit Behinderung gesorgt hatte, erhält sie vor allem aufgrund ihres Qualifikationsstatus als „Ungelernte" nur „kleine" Rente. Diese lässt ihr zwar in der eigenen Häuslichkeit etwas Gestaltungsspielraum, ist aber im Zuge des Heimübergangs nicht auskömmlich und zwingt Frau Gruber zur Inanspruchnahme von Sozialhilfe und „Taschengeld".

Mit dem Leben und der Pflege im Heim sind für die betroffenen Menschen anteilig Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Investitionen und Ausbildung verbunden (siehe Abschnitt 5.4). 2021 bezogen 36,8 Prozent der Bewohner*innen von Heimen Hilfen zur Pflege nach SGB XII (Rothgang et al. 2023). Ihr Einkommen und Vermögen ist zu gering, um die Kosten zu decken. Sie verfügen über wenig Spielraum, sich Dinge des täglichen Bedarfs zu leisten. Prognosen zeigen, dass trotz politischer Bemühungen, beispielsweise durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG), der Eigenanteil und die Quote der Hilfe zur Pflege weiter steigen

werden und die „pflegebedingte Verarmung“ (Rothgang et al. 2023: 31) sich fortsetzen wird. Somit ist ein Heimübergang für viele Menschen nicht nur mit Einschnitten und Veränderungen in ihrem Alltag verbunden, sondern auch mit dem Risiko einer Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen, die zu (weiteren) Einschränkungen ihrer Entscheidungs-, Gestaltungs-, Teilhabechancen führen kann (Richter, S. 2024).[131]

Das Beispiel von Frau Gruber zeigt, wie fragil ein Leben im „prekären Wohlstand“ ohne finanzielle Rücklagen ist und wie eine unerwartete Ausgabe (zu begleichende Forderungen des Pflegedienstes) eine Abwärtsspirale in Richtung Armut in Gang setzen kann. Mit ihrem Sturz gerät das Alltagsgefüge von Frau Gruber ins Wanken. Diverse Faktoren wie ihr vulnerabler Gesundheitszustand, ihre biografisch bedingte Hilflosigkeit gegenüber Professionellen sowie unzureichendes Wissen über Rechte und ambulante Angebote wirken zusammen und verstärken sich gegenseitig – mit negativen Folgen. Frau Gruber ist immer weniger dazu in der Lage, selbst Entscheidungen zu treffen. Es wird für sie „gemacht“. Mit dem Übergang ins und dem Leben im Heim verliert sie weiter an Kontroll- und Gestaltungsspielraum. Die Schulden gegenüber dem ambulanten Pflegedienst belasten sie zusätzlich. Ihren Wunsch auf Rückkehr in die Häuslichkeit kann sie nicht verwirklichen. Ihre Wohnung ist aufgelöst, Ersparnisse sind für Möbel und Schulden aufgebraucht und es mangelt ihr an ressourcenorientierter Unterstützung. Im Alter von 75 Jahren ist sie aus strukturellen Gründen dazu gezwungen, im Pflegeheim zu bleiben.

In Frau Grubers Lebensverlauf dokumentiert sich, wie ihre Heimkarriere und die damit verbundene erschwerte Persönlichkeitsentwicklung, ein niedriger Bildungsstatus, die ostdeutsche Herkunft und ihre Geschlechtszugehörigkeit Teilhabechancen in materieller und gesundheitlicher Hinsicht, aber auch bezüglich ihrer sozialen Eingebundenheit, ihrer Erwerbs- und ihrer Wohnsituation beeinflussen. Die durch die Heimsozialisation geprägte Identität und die damit einhergehenden geringeren personalen Ressourcen können kaum kompensiert werden, vielmehr zeigen sich kumulative Belastungserfahrungen über den Lebensverlauf. Hierbei überlagern und verstärken sich Effekte fehlender sozialer Unterstützung und einer materiell prekären Lage mit sich durch die „Wende“ für Ostdeutsche verändernden Arbeitsmarktstrukturen und dem endgültigen Verlust ihrer Erwerbstätigkeit durch den Vorruhestand. In der Lebensphase Alter spitzt sich hierbei vor allem infolge zunehmender gesundheitlicher und finanzieller Einbußen die Lage für Frau Gruber zu und mündet in einer Situation der Ausweglosigkeit.

9.3 Fallübergreifende Gesamtschau

Die drei Fallbeispiele geben Einblicke, wie sich in Abhängigkeit von den jeweiligen sozialen Zugehörigkeiten die Chancenstrukturen der Interviewten im Lebensverlauf entwickeln und wie jeweils relevante sozio-historische Kontexte Möglichkeitsräume für Teilhabe überformen. Jede*r Interviewte ist in mindestens zwei Differenzkategorien nicht im inneren Ring des „Wheel of Power & Privilege“ platziert (siehe Abschnitt 9.1); das heißt, dass hier Zugehörigkeiten zu sozialen Gruppen mit strukturellen Nachteilen einhergehen. Im Falle von Frau Mutlu und Frau Gruber hat die Verschränkung von niedrigem Sozialstatus, Genderzugehörigkeit und alleiniger Verantwortlichkeit für die Sorgearbeit sowie von Migrationskontext beziehungsweise ostdeutscher Herkunft negative Konsequenzen für die materielle, soziale und gesundheitliche Teilhabe. Während das Leben der beiden Frauen durch eine finanziell prekäre Lage und fehlende soziale Ressourcen charakterisiert ist, ist es Herrn Christoph möglich, trotz der körperlichen Behinderung und seiner Homosexualität durch seine Bildungs- und Erwerbsbiografie zunächst materielle Teilhabe zu erzielen. Die finanziellen Ressourcen sowie die Strategien zum Umgang mit körperlicher Einschränkung, die er sich im Laufe des Lebens angeeignet hat, versetzen ihn wiederum in die Lage, beispielsweise beim Umzug in eine andere Stadt sehr bewusst ein Pflegeheim für sich zu wählen, welches barrierefrei ist und Beeinträchtigungen aufgrund der Körperbehinderung angemessen berücksichtigt. Hier ermöglicht also ein hoher Sozialstatus Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen und vermag zumindest teilweise Benachteiligungen zu reduzieren.

Die drei Falldarstellungen verdeutlichen weiterhin, dass Weichen für Entwicklungschancen bereits in frühen Lebensphasen gestellt werden. Ausgehend von der Lebensverlaufsperspektive zeigen alle Fälle, dass die Entwicklung der Biografien stark von den Voraussetzungen geprägt ist, die die frühen Lebensphasen rahmten: Bei Frau Mutlu waren es eine frühe Übernahme von familialer Verantwortung und die Migration mit reduzierten Anschlusschancen im Zuwanderungsland, bei Frau Gruber ein Aufwachsen im Heim, geringe Bildung und ein fehlender Ausbildungsabschluss und bei Herrn Christoph eine frühe Behinderung und eine Familie, die sowohl vom ökonomischen Status als auch vom Bildungsstand her von Beginn an kompensierend auf die benachteiligende Behinderung wirken konnte. Die Eltern von Herrn Christoph motivierten ihn, das Abitur zu machen und zu studieren. Frau Mutlu und Frau Gruber fehlten hingegen das soziale Umfeld und der (elterliche) Rückhalt für finanziell

[131] Dieser Abschnitt ist der Expertise von Richter (2024) entlehnt.

auskömmlichere Laufbahnentscheidungen. Das Leben der beiden Frauen ist durch frühe Einschränkungen ihrer Handlungsautonomie gekennzeichnet. Über den Lebensverlauf kumulieren Belastungen (wie Trennung vom Partner, die alleinige Sorgearbeit für die Söhne mit körperlichen beziehungsweise kognitiven Beeinträchtigungen, Schulden, Verlust der Erwerbstätigkeit); die Chancenstrukturen für Teilhabe scheinen sich bei beiden Frauen sukzessiv weiter zu verengen. Es scheint ihnen nicht gegeben, ihre Potenziale zu entfalten, vielmehr dominiert ein Gefühl des Fremdbestimmtseins.

Aus der Lebensverlaufsperspektive betrachtet wirkt der Start ins Leben unter prekären Bedingungen auf die gesamte Biografie. Benachteiligungen und Ungleichheiten können sich verstärken und kumulieren – gegebenenfalls bis ins Alter (sofern diese Lebensphase erreicht wird). Grenzen zwischen sozialen Milieus sind insgesamt wenig durchlässig, das heißt die soziale Position der Herkunftsfamilie bestimmt entscheidend über die Teilhabechancen der nachfolgenden Generation mit. Bildungsungleichheiten reproduzieren sich in hohem Maße über Generationen.

In allen drei Biografien hat das Alter eine eigene, die Teilhabemöglichkeiten einschränkende Wirkung. Für Frau Gruber geht das Alter mit dem Ausschluss von der Erwerbstätigkeit, einem geringen Renteneinkommen, dem unfreiwilligen Heimeintritt und „pflegebedingter Armut“ einher. Frau Mutlu erfährt das Alter als abnehmende körperliche Leistungsfähigkeit, als eine höhere Belastung als pflegende Angehörige und quälende Ungewissheit für den Fall des Angewiesenseins auf Pflege. Bei Herrn Christoph macht sich das Alter vor allem in Form gesundheitlicher Spätfolgen seiner Kinderlähmung und einer dadurch verringerten Teilhabe bemerkbar. In allen drei Fällen ist das Alter(n) mit einer großen Unsicherheit für die Zukunft verknüpft: Für Herrn Christoph stellt sich die Frage, mit welchen Auswirkungen sich seine körperliche Beeinträchtigung im Alter weiterentwickelt, Frau Mutlu beschäftigt die Sorge um ihren Sohn sowie um sich selbst, Frau Gruber sieht sich großer Ungewissheit hinsichtlich ihrer finanziellen Situation ausgesetzt.

Eine Stärke der intersektional-biografischen Perspektive ist, dass sie kenntlich macht, wie sehr die jeweiligen strukturellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen die individuellen Teilhabechancen im Lebensverlauf beeinflussen. Diese Macht- und Ungleichheitsstrukturen wirken über den gesamten Lebensverlauf und führen in ihrer Verschränkung – sofern strukturelle Nachteile nicht zum Beispiel durch eine höhere soziale Position kompensiert werden können – zu weiteren Ausschlüssen und beeinträchtigen die Entwicklung individueller Handlungskompetenzen.

Aus der intersektionalen Betrachtung der drei Fallbeispiele können für die Gestaltung gesellschaftlicher Strukturen (Makroebene) und für die Ausrichtung unterstützender Angebote (Mesoebene) die folgenden Schlüsse gezogen werden:

1. Der Biografiearbeit kommt bei der Arbeit mit Pflegebedürftigen und Patient*innen ein zentraler Stellenwert zu. In der Versorgung von Pflegebedürftigen und Patient*innen müssen lebensbiografische Erfahrungen systematisch berücksichtigt werden.
2. Ungleiche Teilhabechancen im Alter sind nicht (nur) ein Resultat der Lebensphase Alter. Eine diversitätsgerechte Politik für Teilhabe und ein gutes Leben im Alter ist deshalb auf den Abbau sozialer Ungleichheit generell angewiesen. Dies bedeutet beispielsweise, die Ungleichheit von Bildungschancen bereits im Kindesalter zu reduzieren, Sorgearbeit besser zu entlohnen und Zuwanderungsbedingungen so zu gestalten, dass sie eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglichen.
3. Eine diversitätsgerechte Politik für Teilhabe und ein gutes Leben im Alter ist nur dann erfolgreich, wenn sie an den skizzierten multidimensionalen Ungleichheitsstrukturen ansetzt. Hierbei ist nicht nur die Altenhilfepolitik im engeren Sinne gefragt, sondern auch Politikfelder wie die Sozial-, Gesundheits-, Migrations-, Gleichstellungs- und Behindertenpolitik.
4. Die intersektionale Perspektive macht deutlich, dass zur wirksamen Verbesserung prekärer Lebenssituationen im Alter ein ressortübergreifender, verschiedene Handlungsfelder integrierender Politikansatz erforderlich ist.

Im folgenden Kapitel 10 werden diese Schlussfolgerungen aufgegriffen und im Konzept einer integrierten Senior*innenpolitik zusammengeführt.

IV. Politische Implikationen für selbstbestimmte Teilhabe

10 Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter

In diesem Kapitel werden die institutionellen und politischen Rahmenbedingungen für die Gewährleistung von Teilhabe, Zugehörigkeit und Lebensqualität im Alter näher in den Blick genommen. Im Fokus steht somit die Alters- oder Senior*innenpolitik, im umfassenden Sinne verstanden als alle Maßnahmen und Programme, mit denen die Lebenslagen und Lebensumstände älterer Menschen systematisch beeinflusst und gestaltet werden sollen. Dabei werden insbesondere zwei miteinander eng verknüpfte Bereiche betrachtet, die die Lebenssituationen älterer Menschen wesentlich prägen: Die vielfältigen Institutionen, Leistungen und Dienste des Sozialstaates sowie die Leistungen und Infrastrukturen der kommunalen Daseinsvorsorge.

Die sozialen Sicherungssysteme bilden gerade für ältere Menschen eine wesentliche Rahmenbedingung für gesellschaftliche Teilhabe. Mit ansteigendem Alter geht in der Regel eine erhöhte Inanspruchnahme von sozialstaatlichen Geld-, Sach- und Dienstleistungen einher, sei es von Leistungen des Gesundheitssystems, der gesetzlichen Rentenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung oder auch von Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe. Im Einzelfall können Leistungen der kommunalen Altenhilfe, der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, der Hilfe zur Pflege oder Leistungen nach dem Wohngeldgesetz hinzukommen, gegebenenfalls auch Unterstützungsleistungen durch rechtliche Betreuung, Hospiz- und Palliativversorgung sowie eine Vielzahl weiterer sozialstaatlicher Leistungen und Dienste.

Lebensqualität und Teilhabechancen im Alter hängen zudem in besonderem Maße von den infrastrukturellen und sozialräumlichen Gegebenheiten am Wohnort und damit auch von der Qualität der kommunalen Daseinsvorsorge ab (Strünck 2023). Hierzu gehören nicht nur die sozialen und gesundheitsbezogenen Dienste, sondern auch die Aufenthaltsqualität im öffentlichen Raum, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr, die Verfügbarkeit von kulturellen, gesundheitsfördernden und sozialen Angeboten, der Zugang zu öffentlichen Einrichtungen wie Büchereien, Theatern, Museen und Begegnungsstätten, die Möglichkeiten der Nahversorgung, Erholung und Begegnung, der Zustand von Parks und Grünanlagen, die Zugänglichkeit und Bürgerfreundlichkeit von Ämtern und Behörden sowie die vorhandenen Möglichkeiten gesellschaftlicher und politischer Beteiligung. Es handelt sich hierbei überwiegend um Bereiche und Handlungsfelder, die zwar bundes- und landesgesetzlich gerahmt werden, die aber nicht zuletzt auch vor Ort, im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung, konkret auszugestalten sind; dies gilt insbesondere für die freiwilligen Aufgaben der Kommunen.

Im Folgenden werden zunächst die normativen und konzeptionellen Grundlagen einer integrierten Politik zur Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe im Alter herausgearbeitet (Abschnitt 10.1). Weiter werden die bestehenden rechtlichen und institutionellen Grundlagen der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe in den Blick genommen und ihre strukturellen Begrenzungen und Defizite aufgezeigt (Abschnitt 10.2). Darauf aufbauend werden Perspektiven der Weiterentwicklung der institutionellen Rahmenbedingungen für eine integrierte Senior*innenpolitik diskutiert (Abschnitt 10.3). Im Fokus steht dabei die strukturelle Modernisierung der kommunalen Altenhilfe und der sozialen Unterstützungssysteme vor Ort. Die nachfolgenden Ausführungen knüpfen somit insbesondere an die Analysen und Empfehlungen des Siebten Altenberichts der Bundesregierung an (Deutscher Bundestag 2016).

10.1 Teilhabe im Alter als politischer Gestaltungsauftrag

In diesem Abschnitt wird zunächst der Wandel der politischen Diskurse und der Leitbilder der Senior*innenpolitik seit den 1980er Jahren rekonstruiert und es werden Kernelemente einer Politik der Befähigung benannt (Abschnitt 10.1.1). Daran anschließend wird eine normative Zielbestimmung der Senior*innenpolitik und der daraus resultierenden Ansprüche und Kriterien an die Ausgestaltung der institutionellen Rahmenbedingungen entwickelt (Abschnitt 10.1.2). Im dritten Schritt wird herausgearbeitet, was eine zukunftsfähige Politik für Teilhabe im Alter zu einer „integrierten“ Senior*innenpolitik macht: Sie berührt eine Vielzahl von Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen (materielle Teilhabe, Wohnen und Mobilität, Gesundheit und Pflege, Soziale Zugehörigkeit und Partizipation), sollte diese aufeinander beziehen und deren Gesamtwirkungen auf das Leben im Alter reflektieren (Abschnitt 10.1.3).

10.1.1 Wandel der Leitbilder: Von der Fürsorge zur selbstbestimmten Teilhabe

Die Alten- oder Senior*innenpolitik der letzten Jahrzehnte in Deutschland ist von einem programmatisch-konzeptionellen Wandel geprägt, der sich als „Paradigmenwechsel von der defizitorientierten Altenhilfepolitik zur stärker differenzierenden Seniorenpolitik“ beschreiben lässt (Berner 2023: 701). Die traditionelle Alten- oder Altenhilfepolitik war noch bis in die 1980er Jahre hinein von einem fürsorgerischen Ansatz und einem Fokus auf

Hilfe und Versorgung geprägt. Dabei herrschte ein überwiegend defizitorientiertes Bild vom Alter vor, bei dem ältere Menschen vor allem als schutzbedürftige, passive und zurückgezogene Menschen gesehen wurden. Im Laufe der 1990er und 2000er Jahre sind jedoch fachliche Orientierungen und alterspolitische Leitbilder handlungsleitend geworden, die die Ressourcen, Potenziale und Teilhabeansprüche älterer Menschen stärker in den Vordergrund stellen. Sie orientieren sich nicht mehr vorrangig an Defizitmodellen, sondern zunehmend an Kompetenz- und Aktivitätsmodellen des Alters. Die Vorstellungen eines gelingenden Alterns haben sich im Zeitverlauf eindeutig hin zu einem aktiveren, selbstbestimmten und selbstbewussteren Leben verschoben. Alter und Altern werden „heute weniger unter defizitären Betreuungs- als vielmehr unter ressourcengestützten Selbstbestimmungsaspekten gesehen“ (Rüßler 2007: 66).

Die seit Anfang der 1990er Jahre periodisch erscheinenden Altersberichte der Bundesregierung haben von Beginn an für *differenzierte* Altersbilder geworben, die die einseitig defizitorientierte Perspektive auf die zunehmende Hilfsbedürftigkeit im Alter sowie passive und statische Vorstellungen vom „Ruhestand“ überwinden. Von besonderer Bedeutung für die inhaltliche Ausrichtung der Altenhilfe und der Senior*innenpolitik ist dabei ein Bewusstsein für die Vielfalt der Lebensstile und Lebenssituationen im Alter und für das oftmals *gleichzeitige* Auftreten von Stärken und Schwächen, Gewinnen und Verlusten, Potenzialen und Herausforderungen in der Altersphase. Im Sechsten Altenbericht der Bundesregierung, der sich umfassend mit gesellschaftlichen Altersbildern beschäftigt hat, wurde in diesem Sinne festgestellt:

> „Noch immer herrscht im Umgang mit dem Alter eine Fokussierung auf Fürsorge und Hilfebedürftigkeit vor – auch wenn diese in vielen Fällen gut gemeint ist. Eine ausschließliche Deutung des Alters als einen Lebensabschnitt, der einer besonderen Sorge und eines besonderen Schutzes bedarf, entspricht nicht der Vielfalt des Alters. Die fürsorgerische Sicht auf das Alter muss durch eine an den Stärken und Gestaltungsspielräumen des Alters orientierte Sicht ergänzt werden“

(Deutscher Bundestag 2010: 269).

Für die Senior*innenpolitik ergibt sich daraus ein erweiterter politischer Gestaltungsauftrag: Neben der nach wie vor wichtigen Aufgabe, altersgerechte Lebensbedingungen und gute Versorgungsstrukturen für ältere Menschen sicherzustellen gilt es, die Selbstbestimmung älterer Menschen zu fördern und zu stärken und ihre aktive Beteiligung, Mitgestaltung und Mitverantwortung zu ermöglichen. Zeitgemäße senior*innenpolitische Konzepte, so der fachliche Konsens, sollten „sowohl die Potenziale und Ressourcen als auch den Hilfe- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen in den Fokus“ nehmen (StMAS Bayern 2010: 4). Sie müssen darauf angelegt sein, „Ältere *sowohl* als tätige, aktive, mitgestaltende Menschen zu sehen und ihnen Räume für ihre Verantwortungs- und Gestaltungsbereitschaft zu bieten *als auch* sie als Adressaten von Unterstützung anzusprechen“ (Klie 2009: 580, Hervorhebung im Original).

Insbesondere der Siebte Altenbericht betont, dass die Übernahme gesellschaftlicher Mitverantwortung älterer Menschen im Rahmen lokaler Gemeinschaften gefördert werden sollte. Der Eigeninitiative, der Selbsthilfe und dem bürgerlichen Engagement älterer Menschen komme dabei ein hoher Stellenwert zu. Die Autor*innen des Siebten Altenberichts sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Politik *für* ältere und *mit* älteren Menschen“, für die es entsprechende Ermöglichungs- und Beteiligungsstrukturen zu schaffen gelte (Deutscher Bundestag 2016: 276 ff.). Eine Politik, die in diesem Sinne darauf abzielt, die Fähigkeiten älterer Menschen zur Selbstorganisation, zur Mitgestaltung ihres Lebensumfeldes und zur Übernahme gesellschaftlicher Mitverantwortung zu stärken, basiert auf der Grundhaltung, dass ältere Menschen idealerweise dazu befähigt werden sollten, Dinge selbst zu tun, anstatt dass nur etwas für sie getan wird: „Ziel ist es, jeden Menschen zu befähigen, seine Möglichkeiten und Fertigkeiten so zu nutzen, dass er eigenverantwortlich, selbstbestimmt und eingebunden in die soziale Gemeinschaft ein gutes Leben führen kann“ (Deutscher Bundestag 2016: 43). Die Kernelemente und Leitprinzipien einer solchen Politik der Befähigung sollen im folgenden Abschnitt näher in den Blick genommen werden.

10.1.2 Selbstbestimmte Teilhabe als sozialpolitisches Leitbild

Das übergreifende normative Leitbild des vorliegenden Neunten Altersberichts der Bundesregierung ist die Förderung und Ermöglichung der selbstbestimmten, gleichberechtigten und mitverantwortlichen Teilhabe aller älteren Menschen in Deutschland. Zentraler normativer Bezugspunkt ist das Ziel der Förderung von *Autonomie*, das heißt der Ermöglichung einer selbstständigen und selbstbestimmten Lebensführung. Um es möglichst allen älteren Menschen zu ermöglichen, bis ins hohe Alter ein erfülltes und selbstbestimmtes Leben zu führen, müssen sie gezielt in die Lage versetzt werden, ihr Leben vor dem Hintergrund persönlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen aktiv und nach den eigenen Vorstellungen zu gestalten. Eine befähigende Senior*innenpolitik sollte

somit nicht nur ein menschenwürdiges Leben gewährleisten und vor den Risiken und Wechselfällen des Lebens schützen. Sie sollte es darüber hinaus ermöglichen, dass Menschen ihre Talente und Fähigkeiten auch in der Altersphase erhalten und weiterentwickeln sowie ihre individuellen Potenziale ausschöpfen und in gesellschaftliche Zusammenhänge einbringen können.

Das Leitprinzip der individuellen Autonomie und die Forderung, eine selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen, bilden seit jeher zentrale Referenzpunkte der Sozialpolitik. Das Selbstbestimmungsziel hat in den letzten Jahren in der Sozialpolitik und im Sozialrecht noch einmal erheblich an Bedeutung gewonnen und nimmt mittlerweile in fast allen für die Lebensbedingungen im Alter maßgeblichen Sozialgesetzbüchern einen zentralen Stellenwert ein (siehe unten). Als sozialpolitisches Leitbild ist die Ermöglichung von Autonomie dabei mit einem explizit egalitären Anspruch verbunden: Das in verschiedenen sozialpolitischen Handlungsfeldern rechtlich kodifizierte Ziel, allen Gesellschaftsmitgliedern eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen, ist eng mit dem Auftrag verknüpft, Benachteiligungen und strukturelle Teilhabebarrieren abzubauen. Das universelle Teilhabeversprechen des Sozialstaats muss nicht nur für *alle* älteren Menschen gelten, sondern es muss auch in prekären Lebenssituationen, im Falle von Behinderung und Pflegebedürftigkeit sowie bei zunehmender Angewiesenheit auf andere Menschen stets aufs Neue eingelöst werden.

Selbstbestimmung und Teilhabe als Leitkriterien des Sozialrechts
(Hervorhebungen durch die Autor*innen des Neunten Altersberichts)

Altenhilfe: § 71 SGB XII

> „Die Altenhilfe soll dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, *selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen* und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken."

Gesundheitsförderung: § 20 SG V

> „Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur *Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten* (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen […]."

Behinderung: § 1 SGB IX

> „Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen […], um ihre *Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft* zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken."

Pflege: § 2 SGB XI

> „Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein *möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,* das der Würde des Menschen entspricht."

Im Kontext des vorliegenden Sachverständigenberichts zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung werden die Gesichtspunkte der *Diversität* und der *Diskriminierungsfreiheit* besonders hervorgehoben. Ausgangspunkt ist eine progressiv-emanzipatorische Perspektive, die sich am Ideal einer offenen, toleranten und solidarischen Gesellschaft orientiert und gesellschaftlicher Vielfalt und Diversität auch und gerade in der Lebensphase Alter einen positiven Eigenwert zuspricht. In normativer Hinsicht liegt hier ein besonderes Augenmerk auf der menschenrechtlich fundierten Forderung, dass das Versprechen gleichberechtigter und selbstbestimmter Teilhabe tatsächlich für *alle* älteren Menschen realisiert wird, also insbesondere auch für sozial benachteiligte ältere Menschen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit Migrationsgeschichte, LSBTI*-Personen und weitere im sozial- und alterspolitischen Diskurs bislang eher unterrepräsentierte Gruppen. Diese normative Perspektive ist mit einer erhöhten Sensibilität für Konstellationen und Mechanismen der sozialen Ausgrenzung (Denninger & Richter 2021), der strukturellen Diskriminierung und der systematischen (Mehrfach-)Benachteiligung (Intersektionalität) verbunden (siehe Kapitel 9). *Gleichberechtigte* Teilhabe ist in diesem Sinne als universelle Freiheit von

Diskriminierung, als gleiches Recht auf Nicht-Diskriminierung und uneingeschränkte Partizipation zu verstehen (Rudolf 2017).

In der Sozialen Arbeit gehört es seit jeher zum professionstheoretischen Kern, die Autonomie der Lebensführung zu fördern und zu ermöglichen. Einer emanzipatorischen Sozialen Arbeit, die im Sinne des Capability-Ansatzes auf „Befähigungsgerechtigkeit" abzielt (Otto et al. 2010), geht es um „die Erweiterung des Raums an Handlungs- und Daseinsmöglichkeiten, über den ihre Adressat*innen selbstbestimmt verfügen können" (Ziegler 2012: 103). Ziel ist somit die „Schaffung und Weiterentwicklung ermöglichender Strukturen [...], die allen älteren Menschen Gelegenheiten zur selbstbestimmten Verwirklichung ihrer Lebensentwürfe im Alter eröffnen" (Klein, L. et al. 2021b: 1).

Der individuelle Grad an selbstbestimmter Teilhabe lässt sich im Sinne des Capability-Ansatzes als „Möglichkeitsraum der Lebensführung", als Auswahlmenge an institutionell offenen und individuell verfügbaren Optionen zur Gestaltung der eigenen Lebensumstände verstehen (Bartelheimer et al. 2020). Die Leitfrage lautet: „Was sind die Menschen wirklich befähigt zu tun und zu sein? Welche tatsächlich gegebenen Möglichkeiten stehen ihnen zur Verfügung?" (Nussbaum 2015: 8). Die konkreten Teilhabe- und Verwirklichungschancen einer Person hängen dabei nicht allein von ihrer materiellen Ressourcenausstattung ab, sondern ergeben sich aus dem Zusammenwirken persönlicher und gesellschaftlicher „Umwandlungsfaktoren" (Bartelheimer et al. 2020; Cremer 2021; Röh 2022). Zu den persönlichen Umwandlungsfaktoren gehören unter anderem körperliche Funktionen, kognitive Fähigkeiten und Motivation, erworbene Bildung sowie andere, biografisch geprägte individuelle Merkmale der jeweiligen Person. Zu den sozialen oder gesellschaftlichen Umwandlungsfaktoren zählen unter anderem politische und gesellschaftliche Machtverhältnisse, soziale Normen, Marktmechanismen und sozialrechtliche Anspruchsvoraussetzungen, die die tatsächliche Nutzung von Lebenschancen erleichtern oder erschweren.

Eine Politik für Teilhabe und ein gutes Leben im Alter, die sich am Befähigungsansatz orientiert und darauf abzielt, reale Handlungsfreiheiten für ältere Menschen zu sichern und zu erweitern, muss daher sowohl auf der Ebene der individuellen Kompetenzen und der subjektiven Handlungsfähigkeit als insbesondere auch auf der Ebene der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Prozesse und Strukturen ansetzen: „Die persönlichen wie die sozialen Umwandlungsfaktoren zu verändern, um so die Handlungsmöglichkeiten und die realen Freiheiten zu erweitern, mit denen Menschen ihr Leben gestalten können, ist eine Aufgabe für die Akteure der sozialen Infrastruktur, wenn sie im Sinne einer Politik der Befähigung wirken wollen" (Cremer 2022: 45).

Sowohl die wohlfahrtstaatlichen Institutionen, Leistungen, Maßnahmen und Programme als auch die kommunalen Strukturen und Angebote der sozialen Daseinsvorsorge sind somit danach zu beurteilen, ob und inwiefern sie tatsächlich die realen Wahl- und Handlungsfreiheiten ihrer jeweiligen Adressat*innen und Nutzer*innen erweitern (Brettschneider & Klammer 2021). Aus der Perspektive des Befähigungsansatzes lassen sich somit mehrere Leitlinien und Kriterien für eine teilhabeorientierte Sozial- und Kommunalpolitik für ein gutes Leben im Alter ableiten:

- *Öffnung von Zugängen*: Es sollte grundsätzlich sichergestellt werden, dass es sich bei sozialstaatlichen Leistungen und Angeboten nicht nur um formale Anrechte, sondern um tatsächlich individuell für alle nutzbare Handlungsmöglichkeiten und Optionen handelt. Um möglichst für alle älteren Menschen gleiche Zugangschancen zu Infrastrukturen, Geld-, Sach- und Dienstleistungen zu schaffen, sollten sozialstaatliche Systeme, kommunale Infrastrukturen und Angebote möglichst niedrigschwellig und inklusiv, diskriminierungs- und stigmatisierungsfrei, bedarfs- und ressourcenorientiert, kultur- und differenzsensibel, wertschätzend und partizipativ ausgestaltet sein.
- *Autonomierespekt*: Es muss gewährleistet werden, dass der Subjektstatus und das Selbstbestimmungsrecht von älteren Menschen als Leistungsbezieher*innen, Adressat*innen und Nutzer*innen sozialer Dienste stets gewahrt bleiben. Dazu gehören neben dem individuellen Recht auf Information, Aufklärung und Beratung (und der damit korrespondierenden Informations-, Aufklärungs- und Beratungspflicht der Leistungsträger) auch das individuelle Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl von Einrichtungen und Anbieter*innen sowie die aktive Mitsprache bei der Ausgestaltung sozialer Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen. Der Respekt vor den Lebenserfahrungen, den Wünschen, den Bedürfnissen und dem „Eigensinn" älterer Menschen sowie die Anerkennung und Wertschätzung der individuellen Einzigartigkeit jeder Person sollten einen zentralen Stellenwert haben. Eine Politik der Befähigung versteht sich somit als expliziter Gegenentwurf zu einer institutionellen Praxis der Fremdbestimmung und Entmündigung älterer Menschen, der Nichtberücksichtigung legitimer Bedürfnisse und der im Rahmen asymmetrischer Machtverhältnisse erzwungenen Durchsetzung gesellschaftlicher Normalitätsstandards.

- *Beteiligungsorientierung*: Im Sinne der Demokratisierung (sozial-)staatlicher Institutionen und Prozesse ist ein möglichst hohes Maß an partizipativen Beteiligungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten älterer Menschen anzustreben, beispielsweise bei lokalen Planungsprozessen (u. a. im Rahmen von Sozial- und Teilhabeplanung sowie altersgerechter Quartiersentwicklung), aber auch in Form von institutionalisierten Mitwirkungsgremien wie kommunalen Senior*innenbeiräten oder Beiräten in Alten- und Pflegeheimen. Zu einer Politik der Befähigung gehört somit auch die Förderung der Selbstvertretung und Selbstorganisation älterer Menschen. Mitsprache, Mitverantwortung und Mitgestaltung finden nicht zuletzt im Rahmen ehrenamtlichen Engagements und zivilgesellschaftlicher Initiativen statt, für die entsprechende Ermöglichungs- und Befähigungsstrukturen zu schaffen sind (Reckert 2022).
- *Regionale Gleichwertigkeit*: Im Hinblick auf die Chancengleichheit und die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse ist darauf zu achten, dass die sozialstaatlichen Leistungen und die kommunalen Infrastrukturangebote in ganz Deutschland flächendeckend und in vergleichbarer Qualität zugänglich und verfügbar sind; regionale und kommunale Disparitäten, die mit ungleichen Finanzausstattungen zusammenhängen, sollten die bestehenden sozialen Ungleichheiten im Alter nicht noch zusätzlich verstärken. Notwendig sind daher sowohl Maßnahmen zur Reduzierung der zunehmenden sozialen und finanziellen (oder steuerrechtlichen) Polarisierung *zwischen* wirtschaftlich prosperierenden und strukturschwachen Kommunen als auch Maßnahmen zur Reduzierung der zunehmenden sozialen Segregation *innerhalb* der Kommunen, indem benachteiligte oder benachteiligende Stadtteile und Sozialräume gezielt gefördert werden.
- *Ganzheitliche Unterstützung durch Kooperation und Vernetzung*: Eine Politik der Befähigung ist immer ganzheitlich, das heißt sie setzt an der Lebenswirklichkeit der älteren Menschen an. Um eine passgenaue, ganzheitliche Hilfe und Unterstützung leisten zu können, sind Prozesse der sektoren- und rechtskreisübergreifenden Kooperation und Vernetzung zwischen den verschiedenen Institutionen, Akteuren, Professionen und Leistungserbringern unverzichtbar. Im Hinblick auf die Ausgestaltung der kommunalen Daseinsvorsorge geht es im Kern darum, ein abgestimmtes System von vernetzten sozialen Dienstleistungen und Infrastrukturen auf kommunaler Ebene zum flächendeckenden Standard in ganz Deutschland zu machen – als selbstverständlich und verlässlich vorhandene, bei Bedarf unkompliziert nutzbare Infrastruktur von hochwertigen und passgenauen Beratungs- und Unterstützungsangeboten für alle älteren Menschen.

Um diese normativen und fachlichen Grundsätze in der alltäglichen lokalen Praxis so weit wie möglich realisieren zu können, bedarf es einer bereichsübergreifend aufgestellten, strategisch integrierten Politik *für* ältere und *mit* älteren Menschen. Diese soll im Folgenden als *integrierte Senior*innenpolitik* bezeichnet und verstanden werden.

10.1.3 Integrierte Senior*innenpolitik als ganzheitlicher Ansatz

Mit dem Paradigmenwechsel von der Fürsorge zur Teilhabe ist nicht nur ein ambitionierterer gesellschaftspolitischer Anspruch, sondern auch eine inhaltliche Aufgaben- und Perspektiverweiterung verbunden. Alters- oder Senior*innenpolitik im erweiterten Sinne lässt sich als „Gesamtheit aller auf die Gestaltung der Lebenssituationen älterer Menschen gerichteten Maßnahmen“ verstehen (Kruse, A. et al. 2010: 98). Neben die klassische Risikoabsicherungs- und Schutzfunktion der Sozialpolitik tritt damit ein gesellschaftspolitischer *Gestaltungsauftrag*, der sich auf die Gesamtheit der sozialen Lebensverhältnisse, Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen richtet (Backes & Amrhein 2011; Deutscher Bundestag 2016; Naegele 2010a, 2015).

Eine proaktive Politik der Befähigung und der Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe im Alter adressiert somit eine Vielzahl von Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen, zwischen denen vielfältige Überschneidungen und Querverbindungen bestehen und die es im Rahmen einer bereichsübergreifenden, strategisch integrierten Politik aufeinander abzustimmen gilt. Dazu gehören unter anderem die materielle Sicherheit (siehe Kapitel 2), der Zugang zu altersgerechtem und barrierefreiem Wohnraum (siehe Kapitel 4), die gesundheitliche und pflegerische Versorgung (siehe Kapitel 5), die Möglichkeiten der Beteiligung am politischen, gesellschaftlichen und kulturellen Leben (siehe Kapitel 3.2) sowie eine Vielzahl weiterer Bereiche und Aspekte des Lebens (Abbildung 13). Als bereichs- und ressortübergreifende Querschnittsaufgabe betrifft die Senior*innenpolitik also nicht nur die Geld-, Sach- und Dienstleistungen des Sozialstaates und die Angebote und Infrastrukturen der kommunalen Daseinsvorsorge, sondern weist darüber hinaus auch Schnittstellen zu einer Vielzahl weiterer Politikfelder auf – von der Wirtschafts- und Finanzpolitik über die Umwelt- und Verkehrspolitik und den Städtebau bis hin zur Integrations-, Bildungs- und Kulturpolitik (BAGSO 2024: 3). Integrierte Senior*innenpolitik ist zugleich eingebettet in den größeren Zusammenhang einer generationen-, alters- und lebensphasenübergreifenden Gesellschaftspolitik, die man als „Soziale Lebenslaufpolitik“ (Naegele 2010b), „Generationenpolitik“ (Deutscher Bundestag 2016) oder „Demografiepolitik“ (Hüther & Naegele 2013) bezeichnen kann.

Abbildung 13 Zentrale Handlungsfelder und Aufgabenbereiche einer integrierten Politik für ein gutes Leben im Alter (Auswahl)

Materielle Absicherung - Ausgestaltung und Verknüpfung materieller Leistungen (Rentenversicherung, Wohngeld, Grundsicherung im Alter, Hilfe zur Pflege) - Reduzierung der Nicht-Inanspruchnahme von Transferleistungen - Soziale Schuldner*innenberatung - Verbraucherberatung - Zusätzliche Angebote und Vergünstigungen für einkommensschwache ältere Menschen	**Wohnen, Nachbarschaft, Mobilität** - Wohnraumversorgung: bedarfsgerechte (altersgerechte, barrierefreie, bezahlbare) Wohnangebote - Nachbarschaft, Wohnumfeld, Infrastrukturen: Entwicklung altersgerechter Quartiere, Infrastruktur- und Stadtplanung, Nahraumversorgung, barrierearme Ausgestaltung des öffentlichen Raumes - Mobilität: altersgerechte Mobilitätskonzepte und -dienstleistungen, barrierearmer ÖPNV
Gesundheit und Pflege - Gesundheitsförderung und Prävention: Ausgestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, Sportangebote - Diversitätssensible Ausgestaltung von Zugängen zum Gesundheits- und Pflegesystem - Ausgestaltung der lokalen Pflegestrukturen: Pflegeberatung, Wohnberatung, haushaltsnahe Dienstleistungen etc. - Unterstützung pflegender Angehöriger - Teilhabe von Menschen mit Demenz - Hospiz- und Palliativversorgung	**Soziale Eingebundenheit und gesellschaftliche Partizipation** - Angebote und Orte der Begegnung, Freizeit und Geselligkeit - Offene Altenarbeit, Gemeinwesenarbeit, Besuchs- und Begleitdienste - Ehrenamt und Engagementförderung - Politische Partizipation - Bildung und kulturelle Teilhabe - Förderung des Miteinanders von Alt und Jung – generationenübergreifende Konzepte

Quelle: Eigene Darstellung.

Um eine ganzheitliche Teilhabepolitik für ältere Menschen konzipieren und umsetzen zu können, muss die *vertikale* Abstimmung zwischen den verschiedenen Regelungsebenen im föderalen Staat verbessert werden, es muss also das Zusammenwirken von Bund, Ländern und Kommunen (und innerhalb der Kommunen auch der Landkreise und der kreisangehörigen Städte und Gemeinden) intensiviert werden. Darüber hinaus ist eine verstärkte *horizontale*, rechtskreisübergreifende Verzahnung der bestehenden Systeme, eine intensivierte Kooperation und Vernetzung aller relevanten Organisationen und Akteure und die Entwicklung integrierter, ressort- und sektorenübergreifender strategischer Konzepte unabdingbar.

Bei der Gestaltung der konkreten Lebensbedingungen älterer Menschen vor Ort sind vor allem die Kommunen gefragt. Um integrierte, lokal angepasste Versorgungs- und Ermöglichungsstrukturen für ein gutes Leben im Alter zu schaffen und diese kontinuierlich an die Bedarfe der älteren Bevölkerung anpassen zu können, ist nicht nur eine verstärkte und zielgerichtete Zusammenarbeit der verschiedenen Fachabteilungen innerhalb der kommunalen (Sozial-)Verwaltung unverzichtbar. Darüber hinaus müssen auf kommunaler Ebene auch funktionierende Netzwerke und Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen staatlichen, frei-gemeinnützigen, privatwirtschaftlichen, zivilgesellschaftlichen und individuellen Akteuren aufgebaut werden, die sich im Idealfall zu einer lokalen Verantwortungsgemeinschaft zusammenfinden.

Eine strukturierte, auf Dauer angelegte Zusammenarbeit (halb)staatlicher Akteure mit privaten, freiwilligen und in diesem Sinne nicht weisungsgebundenen Akteuren erfordert auch neue, nicht-hierarchische Steuerungs- und Aushandlungsformen, die auf Kommunikation, gemeinsamen Problemdefinitionen und Zieldefinitionen basieren. Wie bereits im Siebten Altenbericht ausdrücklich festgestellt wurde, ist es gerade mit Blick auf eine lokale Politik

mit älteren und für ältere Menschen unverzichtbar, lokale Politik als *Governance* zu verstehen und die relevanten gesellschaftlichen Akteure konsequent in die Zielformulierung und Entscheidungsfindung einzubeziehen, da diese auch bei der operativen Umsetzung zusammenarbeiten und zusammenwirken müssen (Deutscher Bundestag 2016). Die Rolle der Kommunen im Rahmen ihrer Gewährleistungsverantwortung besteht somit nicht nur in der Finanzierung von Leistungen und Infrastrukturen, sondern zunehmend auch darin, die verschiedenen vor Ort tätigen Akteure im Rahmen partizipatorischer und interaktiver Formen der Politikgestaltung zu motivieren, zu vernetzen und zu koordinieren.

Zu einem geeigneten Rahmen für eine integrierte kommunale Senior*innenpolitik gehört nicht zuletzt auch eine bereichs- und sektorenübergreifende kommunale Sozialplanung für das Leben im Alter. Diese sollte im Sinne des Governance-Ansatzes nicht nur auf einer möglichst detaillierten und kleinräumigen, regelmäßig aktualisierten Datengrundlage basieren, sondern auch auf institutionalisierten Dialog- und Partizipationsprozessen, in die alle relevanten kommunalen Akteure einschließlich der betroffenen älteren Bürger*innen selbst eingebunden werden (Braeseke et al. 2019; Schubert 2019).

Alles in allem steht eine integrierte Teilhabepolitik für ältere Menschen und mit älteren Menschen, hier als „integrierte Senior*innenpolitik“ bezeichnet, vor enormen Aufgaben, für deren Umsetzung es nicht nur fundierter fachlicher Konzepte, sondern auch geeigneter rechtlicher, institutioneller und finanzieller Grundlagen bedarf. Wie im folgenden Abschnitt gezeigt wird, sind diese notwendigen rechtlichen und institutionellen Voraussetzungen jedoch bislang nur sehr bedingt gegeben.

10.2 Strukturelle Unzulänglichkeiten der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe

Einer integrierten Senior*innenpolitik mit gesellschaftspolitischen Gestaltungsanspruch fehlt es bislang an einem ausreichenden rechtlichen und institutionellen Fundament (Abschnitt 10.2.1). Strukturelle Defizite und Reformbedarfe zeigen sich insbesondere im Bereich der kommunalen Altenhilfe nach §71 SGB XII (Abschnitt 10.2.2).

10.2.1 Senior*innenpolitik als „sekundäres“ Politikfeld

Über die wesentlichen institutionellen Rahmenbedingungen für das Leben im Alter wird in verschiedenen Politikfeldern verhandelt und entschieden. Zu diesen Politikfeldern gehören auf der Ebene der Zuständigkeit des Bundes die Alterssicherungspolitik, die Gesundheitspolitik, die Pflegepolitik, die Arbeitsmarktpolitik und die Wohnungspolitik. Diese Politikfelder werden als eigenständige Politikfelder im Sinne der Policy-Forschung (Windhoff-Héritier 1987) wahrgenommen und sind jeweils durch bestimmte Akteurskonstellationen, typische Politik-Instrumente und eine eigene Handlungslogik charakterisiert. So hängt zum Beispiel die materielle Lage vieler älterer Menschen wesentlich von Entscheidungen ab, die im Politikfeld Rentenpolitik getroffen werden; die pflegerische und die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen werden in den Politikfeldern Pflegepolitik beziehungsweise Gesundheitspolitik gestaltet.

Senior*innenpolitik ist hingegen nur in geringem Maße ein eigenständiges Politikfeld. Einem breit geteilten Verständnis zufolge besteht Senior*innenpolitik vor allem aus Maßnahmen, die einem der oben genannten Politikfelder zugerechnet werden und die für das Leben im Alter besonders relevant sind (Dieck 1993; Kruse, A. et al. 2010). Schon Mitte der 1990er Jahren wurde festgestellt, dass Senior*innenpolitik in Deutschland kein eindeutig abgegrenztes Politikfeld mit einem einheitlichen politisch-administrativen und rechtlichen Problemzugang ist (Schulte 1996) – an dieser Diagnose hat sich seitdem nicht wesentlich etwas geändert. Senior*innenpolitik kann deshalb als „sekundäres Politikfeld“ bezeichnet werden (Berner 2023).

Aus der Annahme oder der Feststellung, dass sich Senior*innenpolitik vor allem aus Maßnahmen zusammensetzt, die anderen Politikfeldern zugeordnet werden, wird in einschlägigen Debatten häufig der Schluss gezogen, dass Politik für ältere Menschen eine sogenannte Querschnittsaufgabe sei. Für diese Vorstellung gibt es in der politischen Praxis jedoch keine wirkungsvolle Umsetzung:

> „Tatsächlich ist in Deutschland bislang kein politisches Konzept institutionalisiert, das die für das Leben im Alter relevanten Maßnahmen und Strukturen in verschiedenen Politikfeldern koordiniert gestaltet. […] Bis heute ist […] keine institutionalisierte Instanz erkennbar, die die für ältere Menschen relevanten Maßnahmen der verschiedenen politischen Ressorts im Sinne einer Querschnittsaufgabe koordinieren könnte. [...] ‚Seniorenpolitik als Querschnittsaufgabe‘ ist insofern bis heute eher ein Euphemismus oder eine politische Forderung, weniger jedoch institutionelle Realität“

(Berner 2023: 690).

Den fragmentierten Zuständigkeiten für das höhere Lebensalter im politischen System entsprechend gibt es auch in der Struktur des deutschen Rechts kein einheitliches Rechtsgebiet in Bezug auf ältere Menschen. Es gibt vielmehr verschiedene Gesetzeswerke und Rechtsbereiche, die – obwohl keines beziehungsweise keiner davon ausschließlich ältere Menschen adressiert – das Leben im Alter besonders stark berühren und prägen. Dazu gehören beispielsweise das Rentenversicherungsrecht (SGB VI), das Pflegeversicherungsrecht (SGB XI), das Krankenversicherungsrecht (SGB V), Teile des Arbeitsrechts, Teile des Unterhaltsrechts, das Betreuungsrecht, sowie Teile des Planungs- und Baurechts (Becker, U. & Roth 2013; Klie 2017).[132]

Die lediglich rudimentäre Ausdifferenzierung des Politikfelds Senior*innenpolitik sowie die fehlende zusammenhängende Rechtsgrundlage für entsprechendes politisches Handeln führen dazu, dass die Senior*innenpolitik in Deutschland wenig Schlagkraft hat. Dies gilt vor allem auf der Bundesebene: Die Haushaltsmittel, die das zuständige Ministerium (das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ) für senior*innenpolitische Maßnahmen einsetzen kann, sind vergleichsweise bescheiden. Auch die senior*innenpolitischen Instrumente, die dem BMFSFJ zur Verfügung stehen, sind eher begrenzt (Berner 2023). Aber auch auf der kommunalen Ebene sind die fehlenden strukturellen Grundlagen für eine wirkungsvolle Politik für ältere Menschen spürbar: „Trotz neuer Leitbilder und moderner Steuerungskonzepte nimmt die Alten- und Seniorenpolitik weiterhin eine untergeordnete Stellung in den Kommunen ein“ (Backes & Amrhein 2011: 250). Insgesamt zeigt sich eine bemerkenswerte Diskrepanz zwischen dem im Abschnitt 10.1 entwickelten fachlichem Anspruch und der institutionellen Realität: Auf der einen Seite steht der gesellschaftspolitische Gestaltungsauftrag einer integrierten Senior*innenpolitik, auf der anderen Seite steht eine rudimentäre, fragmentierte und insgesamt unzureichende Rechtsgrundlage und damit auch ein lediglich nominelles Politikfeld Senior*innenpolitik ohne abgegrenzten politischen Handlungsbereich.

10.2.2 Strukturdefizite der Altenhilfe

Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII bildet den Kernbereich der kommunalen Senior*innenpolitik. Sie umfasst einzelfallbezogene Leistungen, die Entwicklung einer Infrastruktur für die soziale Arbeit mit älteren Menschen, Beratungsleistungen im Vor- und Umfeld von Pflege sowie die Angebote der sogenannten offenen Altenhilfe (Bildungs-, Freizeit-, Beratungs- und Betreuungsangebote). Altenhilfepolitik bezieht sich dementsprechend auf die Bereitstellung und Ausgestaltung dieser sozialen Dienstleistungen und Infrastrukturen (Aner 2020; Bleck & Thiele 2021; Hammerschmidt & Löffler 2020). Der § 71 SGB XII ist die einzige im deutschen Recht existierende Regelung, die explizit und ausschließlich ältere Menschen adressiert. Die Altenhilfe hat deshalb das Potenzial, den Kern einer eigenständigen Senior*innenpolitik zu bilden. In diesem Abschnitt werden strukturelle Defizite und Reformbedarfe der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII aufgezeigt.

Die Fragmentierung der Altenhilfe

Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII ist in zweierlei Hinsicht unbestimmt. Erstens werden die Leistungen der Altenhilfe im Gesetzestext weder in ihrer Art noch in ihrem Umfang im Einzelnen definiert. Es werden lediglich beispielhaft einige Leistungen aufgeführt, die als Leistungen der Altenhilfe gelten können. Was Leistungen der Altenhilfe sind, muss vielmehr indirekt von den im Gesetz genannten Zielen der Altenhilfe abgeleitet werden (Hellermann 2022). Die Altenhilfe soll dem Gesetz nach dazu dienen, „Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken“ (§ 71 Absatz 1 SGB XII). Zweitens ist durch den § 71 SGB XII zwar vorgegeben, dass die örtlichen Sozialhilfeträger eine Gewährleistungsverantwortung für Leistungen der Altenhilfe (welche auch immer dies sind) haben – es ist jedoch nicht vorgegeben, in welchem Umfang, in welcher Qualität und in welcher konkreten Trägerschaft diese Angebote vorgehalten werden sollen (Hellermann 2022).

Aus diesem Grund bleibt die Regelung inhaltlich recht offen. Sie regelt zwar Einzelfallhilfen, sieht jedoch keine Individualrechtsansprüche vor, Anspruchsberechtigte haben kein zwingendes Anrecht auf bestimmte Leistungen. Außerdem ist sie keine sogenannte Muss-, sondern eine Soll-Vorschrift, lässt dem Leistungsträger (dem örtlichen

[132] In der rechtswissenschaftlichen Fachdebatte wird nicht gefordert, diese verschiedenen Rechtsgebiete, sofern sie spezifische Lebenssituationen im Alter besonders betreffen, in einem gesondert kodifizierten Recht älterer Menschen zusammenzuführen. Es gab jedoch Bemühungen, das Recht der älteren Menschen als ein Fachgebiet in der Rechtswissenschaft und in der (anwaltlichen) Rechtspraxis zu etablieren (Igl & Klie 2007).

Sozialhilfeträger) also einen Ermessensspielraum. Aufgrund der Unbestimmtheit der Leistungen und Angebote in Art, Umfang und Qualität wie auch der Trägerschaften ist in Deutschland eine fragmentierte Landschaft der Altenhilfe entstanden, mit von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich ausgestalteten Angeboten und Trägerschaften. Die Altenhilfe wurde nicht systematisch entwickelt. Das größte Defizit der Altenhilfe besteht deshalb darin, „dass ihre vielfältigen Hilfen, Dienste und Einrichtungen nicht als aufeinander bezogenes, miteinander koordiniertes, für den Hilfesuchenden jederzeit bedarfsgerecht abrufbares System zu Verfügung stehen“ (Ziller 1992: 33). Der fehlende „Systemcharakter“ der Altenhilfe wurde schon in den frühen 1990er Jahren beklagt:

> „Dabei geht die Frage nach dem Altenhilfesystem in der Bundesrepublik Deutschland im Grunde genommen schon ins Leere: Ein System bedarfsorientierter, abgestufter, jederzeit zu sozial verträglichen Bedingungen verfügbare Hilfen für ältere Menschen in wechselnden Lebenssituationen gibt es bei uns nicht. Altenhilfe ist hierzulande vielmehr eine unüberschaubare Gemengelage von Diensten, Hilfen und Einrichtungen mit je spezifischer Aufgabenstellung und höchst differenzierter Trägerschaft“

(Ziller 1991: 160).

Diese vor über 30 Jahren formulierte Diagnose ist trotz vielfältiger Weiterentwicklungen und Verbesserungen im Bereich der kommunalen Sozial- und Senior*innenpolitik im Kern noch immer zutreffend.

Ungedeckter Bedarf an Koordinierung im individuellen Fall

Wenn sich bei älter werdenden Menschen Einschränkungen einstellen, ist in vielen Fällen der Hilfebedarf komplex (Schewe 2012): Oftmals muss bei zunehmenden gesundheitlichen Einbußen nicht nur die nötige gesundheitliche Versorgung sichergestellt werden, sondern es müssen gleichzeitig Fragen bezüglich der Mobilität, des finanziellen Auskommens, der baulichen Wohnsituation, der Haushaltsführung, der Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs oder der sozialen Einbindung und des sozialen Austauschs geklärt werden. Nun kann man im System der sozialen Sicherung in der Regel zwar für jeden dieser Einzelaspekte eine entsprechende Geld-, Sach- oder Dienstleistung beantragen und – sofern die Voraussetzungen gegeben sind – bewilligt bekommen. Häufig müssen sich die betroffenen Menschen und gegebenenfalls ihre An- und Zugehörigen diese Leistungen in der fragmentierten Landschaft der Angebote aber selbst zusammensuchen. Es muss eine Vielzahl von Anbietern und Akteuren in den individuellen Hilfeverbund eingebunden werden, was mit einem erheblichen Bedarf an Koordinierung der Leistungen einhergeht. Häufig sind die betroffenen Personen und ihre An- und Zugehörigen hiermit überfordert (Friedrichs, A. 2001). Es fehlt an systematisch eingerichteten, trägerübergreifenden Stellen, die im Einzelfall den Hilfebedarf erfassen und feststellen sowie die notwendigen Hilfen beschaffen und koordinieren.

Auch dieses strukturelle Defizit der Altenhilfe wurde schon Anfang der 1990er Jahre thematisiert: Es sei problematisch, dass es „den Hilfesuchenden überlassen bleibt, sich die notwendigen Teile eines ‚Hilfepakets‘ selbst zusammenzusuchen, sofern sie dazu überhaupt in der Lage sind. Eine allgemein erreichbare Stelle, von der aus [...] die notwendigen Hilfen umfassend erschlossen und koordiniert werden, ist als regelhafter Zugang zum Altenhilfesystem nach wie vor nicht vorhanden“ (Ziller 1991: 160).

Für die beschriebene Situation – ein komplexer Bedarf an Hilfen auf Seiten älterer Menschen und eine fragmentierte Landschaft von Angeboten mit einer hohen Akteursdichte auf Seiten der Versorgungssysteme – wird ein Case Management als die ideale Lösungsstrategie angesehen (Müller, M. & Annemüller 2022). Seit dem Jahr 2009 hat zwar nach § 7a SGB XI jede pflegebedürftige Person Anspruch auf ein Case Management, das auch die Beratung im Hinblick auf Leistungen einschließt, die über pflegerische Leistungen im engen Sinne hinausgehen. Die Umsetzung dieser Regelung ist jedoch regional und von Pflegekasse zu Pflegekasse sehr unterschiedlich und wird als insgesamt nicht gelungen bewertet (Klie 2020). Immer wieder wird deshalb ein Ausbau des Case Managements in kommunaler Trägerschaft gefordert, um eine umfassende und wohnortnahe Beratung im individuellen Fall sicherzustellen (Deutscher Bundestag 2016).

Kommunale Disparitäten und ungleichwertige Lebensverhältnisse

Weil der § 71 SGB XII offen lässt, in welcher Art und in welchem Umfang Leistungen bereitgestellt werden müssen und welche Qualität diese Leistungen haben müssen (Hellermann 2022), engagieren sich die örtlichen Sozialhilfeträger sehr unterschiedlich. Je nach der Aufmerksamkeit, Schwerpunktsetzung und dem Engagement der einzelnen Kommunen für das Thema sowie den jeweiligen finanziellen Möglichkeiten fällt die Ausgestaltung und Umsetzung der Altenhilfe von Kommune zu Kommune höchst unterschiedlich aus (Hammerschmidt & Löffler 2020; Herweck 2015; Pohlmann 2020; Strünck 2013). Man kann daher von einem „Flickenteppich der

Altenhilfestrukturen in Deutschland“ sprechen (Herrmann, C. et al. 2022: 4). In einer von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) in Auftrag gegebenen empirischen Studie wurde untersucht, in welcher Höhe die Kommunen Personal- und Sachkosten für Leistungen und Angebote aufbringen, die auch oder ausschließlich von älteren Menschen in Anspruch genommen werden. Es zeigte sich, dass sich die Kommunen stark darin unterscheiden, wie viele Mittel sie pro Person der Altersgruppe ab 60 Jahren für die Altenhilfe aufwenden: Der Aufwand reicht von 0 Euro bis 34,30 Euro (Stratmann 2021). Auf welche Art und wie stark die Altenhilfe vor Ort entwickelt und ausgebaut ist, hängt oftmals von politischen Mehrheitsverhältnissen, der Haushaltslage, historisch gewachsenen Strukturen und nicht selten auch von der Prioritätensetzung einzelner Entscheidungsträger*innen ab.

Die genannten Unterschiede zwischen Kommunen betreffen nicht nur Kommunen in verschiedenen Bundesländern. Selbst innerhalb einzelner Bundesländer sind die Angebote der Altenhilfe und die dahinterstehenden Strukturen oft recht unterschiedlich. Die uneinheitliche Gestaltung der Altenhilfe führt dazu, dass Menschen in verschiedenen Kommunen und Regionen unter sehr unterschiedlichen infrastrukturellen Voraussetzungen alt werden. Die großen Unterschiede in der Quantität und der Qualität der Angebote, Strukturen und Einzelleistungen der kommunalen Altenhilfe werden deshalb als ein Problem diskutiert, das zunehmend dem Staatsziel der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse zuwiderläuft (Hellermann 2022; Pohlmann 2020).

Insgesamt zeigen die vorangegangenen Ausführungen, dass die bestehenden rechtlichen und institutionellen Grundlagen der kommunalen Altenhilfe nicht dazu geeignet sind, die selbstbestimmte Teilhabe älterer Menschen flächendeckend auf einem zufriedenstellenden Niveau zu gewährleisten. Im folgenden Abschnitt werden daher verschiedene Perspektiven der Weiterentwicklung und Modernisierung der Altenhilfestrukturen in Deutschland diskutiert.

10.3 Reformperspektiven für die Altenhilfe

Auch wenn eine umfassende, bereichsübergreifende Politik für Teilhabe und ein gutes Leben im Alter weit über das Feld der Altenhilfe hinausgeht, steht in der Fachdiskussion der letzten Jahre insbesondere die kommunale Altenhilfe nach § 71 SGB XII im Fokus, da diese den inhaltlichen Kernbereich der Senior*innenpolitik darstellt. Eine weiterentwickelte, modernisierte und institutionell aufgewertete Altenhilfe könnte den fachlich-institutionellen Kern einer zukünftig weiter auszubauenden und integrierten Senior*innenpolitik bilden.

Wie im vorangegangenen Abschnitt beschrieben, werden die strukturellen Defizite und die daraus resultierenden Reformbedarfe der Altenhilfe bereits seit den frühen 1990er Jahren kontrovers diskutiert; im sozial- und senior*innenpolitischen Diskurs der letzten drei Jahrzehnte wurden viele Vorschläge zur Stärkung und Weiterentwicklung der Altenhilfe formuliert. In systematisierender Absicht und stark vereinfachend lassen sich dabei drei strategische Varianten voneinander abgrenzen, die sich sowohl hinsichtlich der primär adressierten Handlungsebene (Bund, Land, Kommune) als auch hinsichtlich ihrer regulativen Eingriffstiefe unterscheiden:

- Eine erste Variante, die im Wesentlichen dem jetzigen Status Quo entspricht, setzt in erster Linie auf die Eigeninitiative der Landkreise und kreisfreien Städte als Träger der Sozialhilfe und damit auch der Altenhilfe. Formale Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen sind hier in erster Linie verwaltungsinterne Vorschriften und Richtlinien zur Ausführung des § 71 SGB XII, senior*innenpolitische Fachpläne oder ähnliche Regelungen auf kommunaler Ebene. Die Modernisierung der kommunalen Altenhilfe soll hierbei im Wesentlichen durch ein Zusammenspiel aus fachlichen Impulsen und materiellen Anreizen im Rahmen der senior*innenpolitischen Förderprogramme des Bundes und der Länder vorangetrieben werden.
- Eine zweite, regulatorisch stärker eingreifende Variante setzt demgegenüber primär auf der Ebene der Bundesländer an und setzt auf die Kombination aus verbindlichen landesrechtlichen Vorgaben für die Altenarbeit der Kommunen und regelgebundener Finanzierung durch die Bundesländer im Sinne des Konnexitätsprinzips.[133] Formaler Ansatzpunkt sind hier unter anderem die landesgesetzlichen Ausführungsgesetze zum SGB XII, mit denen innerhalb der Bundesländer verpflichtende Standards zur kommunalen Ausgestaltung der Altenhilfe gesetzt werden können. Landesgesetzliche Regelungen können unter anderem Vorgaben zur

[133] Das Konnexitätsprinzip besagt, dass diejenige staatliche Ebene, die für eine Aufgabe verantwortlich ist, auch für die Kosten aufkommen muss, die die Erfüllung dieser Aufgabe erfordert. Die Bundesländer dürfen Aufgaben, für die sie zuständig sind, also nur dann den Kommunen übertragen, wenn sie den Kommunen die dafür nötigen finanziellen Mittel bereitstellen.

Einrichtung einer Senior*innen- oder Alten(hilfe)planung und zur Gestaltung der Angebote und Infrastrukturen der Beratung, der Begegnung und der Engagementförderung umfassen.

– Eine dritte, deutlich weiter gehende Variante setzt auf der Bundesebene an und sieht verbindliche Vorgaben durch den Bundesgesetzgeber vor. Diese könnten in Form eines „Altenhilfestrukturgesetzes“ oder eines neu zu schaffenden, eigenständigen Sozialgesetzbuches nach dem Vorbild des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) erfolgen, das wesentliche senior*innenpolitische Themen und Regelungsbedarfe einschließlich der (aus der Sozialhilfe herauszulösenden) Altenhilfe bündelt und hierzu übergreifende Leitsätze, Rahmenvorgaben und Qualitätsstandards enthält.

Diese drei Reformansätze werden im Folgenden näher beschrieben und analysiert (Abschnitt 10.3.1 bis 10.3.3) und im Hinblick auf das Leitbild der Ermöglichung selbstbestimmter Teilhabe im Alter bewertet (Abschnitt 10.3.4).

10.3.1 Kommunale Eigeninitiative, finanzielle Förderung und fachliche Begleitung

Die Bedeutung der kommunalen Ebene

Der im Bereich der Altenhilfepolitik der letzten Jahrzehnte dominierende Ansatz lässt sich als eine Politik der vielen kleinen (und überwiegend *lokalen*) Reformschritte verstehen. Kommunen besitzen im Rahmen ihres Selbstverwaltungsrechts grundsätzlich substanzielle eigene Spielräume im Bereich der Senior*innenpolitik. Sie können bei der Ausgestaltung und Umsetzung der Altenhilfe eigene Schwerpunkte setzen und diese zum Beispiel in Ausführungsbestimmungen und verwaltungsinternen Regelungen festhalten. Die örtlichen Sozialhilfeträger sind grundsätzlich dazu befugt, die Wahrnehmung der Altenhilfeaufgabe im Rahmen ihrer Zuständigkeit etwa durch Richtlinien, Verwaltungsvorschriften oder interne Handreichungen zu konkretisieren und auf diese Weise auch verbindlich zu machen. Eine solche Richtlinie oder Verwaltungsvorschrift „kann ein wirksames Instrument der Selbstverpflichtung und der Steuerung der kommunalen Seniorenarbeit einer Kommune sein“ (Hellermann 2022: 16). Sie bindet das Handeln der Sozialverwaltung im Binnenverhältnis, begründet jedoch aus sich heraus keinen Rechtsanspruch einzelner Bürger*innen auf Bereitstellung bestimmter Maßnahmen und Angebote der Senior*innenarbeit (ebd.).

Die Kommunen können zur Steuerung der lokalen Senior*innenpolitik auch ein eigenes Fachreferat und eine eigene Fachplanung einrichten, die regelmäßig aktualisierte Senior*innen- oder Alten(hilfe)pläne erstellt. So haben einige (überwiegend größere) Kommunen auch ohne landesgesetzliche Verpflichtungen auf freiwilliger Basis eine Senior*innen- oder Altenhilfeplanung eingerichtet und finanzieren diese aus eigenen Mitteln. Eine Überführung der verschiedenen Elemente des § 71 SGB XII in konkrete Ausführungsbestimmungen oder Strukturvorgaben im Rahmen der Alten(hilfe)planung findet bislang jedoch nur in wenigen kreisfreien Städten und Landkreisen statt, wobei hierzu bislang wenig Empirie vorliegt (BAGSO 2023a). Hier besteht also dem Grundsatz nach noch Potenzial zur Weiterentwicklung und Stärkung der Altenhilfe.

Das zentrale Instrument, um die Weiterentwicklung der kommunalen Altenhilfe und Senior*innenpolitik voranzutreiben, sind finanzielle Fördermittel des Bundes und der Länder, die im Einzelfall auch durch Mittel privater und gemeinnütziger Stiftungen sowie durch fachliche und wissenschaftliche Begleitformate ergänzt werden. Der Bund hat im Bereich der Senior*innenpolitik zwar bislang keine rechtliche Handhabe zur flächendeckenden Dauerförderung lokaler Strukturen und kann daher nur befristete Modellprojekte fördern (Berner 2023). Innerhalb dieser Begrenzungen können jedoch gezielte Förderprogramme des Bundes zugunsten der Kommunen unter Nutzung des Zuwendungsrechts und unter Beachtung der kommunalen Selbstverwaltung insbesondere in ländlichen Räumen einen spürbaren Beitrag zur Verbesserung der kommunalen Arbeit mit älteren Menschen leisten (Pohlmann 2022).

Gut ausgestattete und auf nachhaltige Wirkung ausgelegte Förder- und Modellprogramme können zudem durchaus eine strukturbildende Wirkung entfalten, wie das Beispiel der sogenannten Seniorenbüros zeigt, die Mitte der 1990er Jahre aus einem solchen Modellprogramm hervorgegangen sind (BaS 2015). Die Seniorenbüros bieten trägerunabhängige Fachberatung zu allen Fragen des Älterwerdens vor Ort an; sie setzen die Altenhilfe nach § 71 SGB XII um und fördern die gesellschaftliche Teilhabe, die Lebensqualität und das bürgerschaftliche Engagement älterer Menschen vor Ort (BaS 2021). Die mittlerweile über 450 Seniorenbüros in Deutschland werden durch die 1995 gegründete Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros (BaS) repräsentiert. Zu nennen sind hier auch die über 500 Mehrgenerationenhäuser, die ebenfalls im Rahmen eines Modellprogramms entstanden sind und seit 2006 über eine Kette zeitlich befristeter Förderprogramme bezuschusst werden. Mit befristeten Förder-

und Modellprogrammen des Bundes konnten also durchaus auch nachhaltige lokale Strukturen geschaffen worden, Ähnliches gilt für die vielfältigen Förderprogramme auf Landesebene.

Bereits heute gibt es in Deutschland eine ganze Reihe von Kommunen, die ihre Altenhilfe und ihre Senior*innenpolitik über die Jahre hinweg sowohl quantitativ als auch qualitativ kontinuierlich weiterentwickelt und gut funktionierende Strukturen aufgebaut haben. In der Praxis zeigt sich eine große Bandbreite lokaler Gestaltungsoptionen für eine moderne Altenhilfe (Ansätze zur Kooperation und Vernetzung, interne Qualitäts- und Strukturvorgaben, transparente Ausgestaltung individueller Leistungsansprüche, sozialraumorientierte Strategien, innovative Beteiligungsformate etc.). Auch die Träger der freien Wohlfahrtspflege setzen sich an vielen Stellen konkret für eine konzeptionelle und strukturelle Weiterentwicklung der Altenhilfe ein und haben eigene Projekte und Initiativen entwickelt. So gab und gibt es auf kommunaler Ebene eine Vielzahl und Vielfalt innovativer lokaler Projekte, Maßnahmen, Netzwerke, Einrichtungen, Vereinigungen oder Stadtteilinitiativen, die zur Verbesserung der Teilhabe älterer Menschen vor Ort beitragen. Sie zeichnen sich oftmals dadurch aus, dass sie quartiers-, sozialraum- oder netzwerkorientiert ansetzen und dabei partizipativ angelegt sind, sodass also Bürger*innen in die Entwicklung und Umsetzung der Projekte und Maßnahmen eingebunden sind.

Erfolgreiche und in diesem Sinne vorbildliche Beispiele („good practice“) sind in vielen einschlägigen Publikationen gesammelt (BAGSO 2023a; Bertelsmann Stiftung 2009; Bischoff & Weigl 2010; Kuratorium Deutsche Altershilfe 2021). Die Strategie, über wissenschaftlich begleitete und evaluierte Modellprojekte „good practice“-Beispiele zu generieren, die dann als „Leuchttürme“ präsentiert werden können, wird nach wie vor oft genutzt, um übergreifende, verallgemeinerungsfähige Erkenntnisse zu generieren, für einen interkommunalen Wissenstransfer zu sorgen und auf diese Weise zu versuchen, lokale Innovationen „in die Fläche“ zu bringen.

Wenn es allerdings darum geht, eine verlässliche, dauerhafte und flächendeckende Infrastruktur für gutes Älterwerden in den Kommunen auf- und auszubauen, ist eine Strategie der Programm- und Projektförderung mit erheblichen Nachteilen verbunden und stößt schnell an ihre Grenzen. So ist es aus Sicht der Kommunen und der Projektträger angesichts der unübersichtlichen „Förderlandschaft“ oftmals schwierig und zeitintensiv, die richtige Fördermöglichkeit für ein geplantes Projekt zu finden. Projektmittel zu beantragen und abzurechnen ist des Weiteren mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden (Deutscher Caritasverband 2020). Förderprogramme und Modellprojekte sind zudem in der Regel zeitlich begrenzt und laufen nicht selten aus, ohne dass eine adäquate und verlässliche Weiterfinanzierung gewährleistet ist. Die fehlende Planungssicherheit erschwert nicht nur den langfristigen Aufbau von tragfähigen lokalen Netzwerken und Kooperationsbeziehungen, sondern auch die Bindung und Entwicklung der Mitarbeiter*innen. Bei den geförderten Projekten handelt sich schließlich oftmals um Einzelmaßnahmen, die zwar für sich genommen durchaus sinnvoll, aber nicht systematisch aufeinander abgestimmt sind und deshalb keine breite nachhaltige Wirkung entfalten können. Wie in vielen anderen sozial- und kommunalpolitischen Bereichen besteht daher auch in der Altenhilfe der Wunsch nach auskömmlich finanzierten kommunalen Regelstrukturen und einer Abkehr von der bestehenden „Projektitis“ (Herrmann, C. 2022).

Aktuelle Entwicklungen: Die Empfehlungen des Deutschen Vereins (2024)

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (Deutscher Verein) hat im April 2024 ein Empfehlungspapier zur Umsetzung des § 71 SGB XII veröffentlicht (Deutscher Verein 2024). Das Empfehlungspapier beinhaltet eine Vielzahl hilfreicher Klarstellungen und Konkretisierungen der Ziele, Aufgaben und Leistungen, der rechtlichen Grundlagen sowie der fachlichen Standards der Altenhilfe. Diese Klarstellungen und das Empfehlungspapier als Ganzes sind dazu geeignet, eine einheitlichere Anwendungspraxis des bislang stark unterdefinierten Altenhilfeparagraphen zu befördern. Die Empfehlungen bieten darüber hinaus wertvolle Orientierungen und Perspektiven für eine teilhabeorientierte Weiterentwicklung kommunaler Altenhilfestrukturen:

- Ausgangspunkt ist die Klarstellung, dass es sich bei der Altenhilfe nach § 71 SGB XII nicht um eine „freiwillige“ Aufgabe, sondern vielmehr um eine *Pflichtaufgabe* der Landkreise und kreisfreien Städte als örtliche Träger der Sozialhilfe handelt. Die Kommunen sind ungeachtet ihrer jeweiligen Haushaltslage dazu verpflichtet, die dort verankerten Zielsetzungen, Leistungen und Infrastrukturen umzusetzen. Das „Pflichtprogramm“ der Altenhilfe lässt sich dabei im Kern als Dreiklang aus individuellen Beratungsleistungen, Gewährung von Hilfen im Einzelfall (Geld- und Sachleistungen) und Infrastrukturgestaltung definieren.
- *Beratungsleistungen* sind einkommensunabhängig und als zentrale Leistungen der Altenhilfe allen älteren Menschen zur Verfügung zu stellen. Es geht dabei nicht nur um reine Informationsleistungen, sondern um eine ganzheitliche, fachlich qualifizierte Begleitung der Ratsuchenden im Hinblick auf ihre gegenwärtige und zukünftige Lebenssituation. Die Beratung sollte dabei ein breites Themenspektrum umfassen, das

deutlich über die in § 71 SGB XII genannte „Beratung im Vor- und Umfeld von Pflege“ und die „Beratung in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste“ hinausgeht. Sie sollte unter anderem auch Beratung im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Teilhabe, bürgerschaftlichem Engagement und politischer Mitwirkung, Beratung zu geeignetem Wohnraum, Wohnraumanpassung und Erhaltung der Wohnung, zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, zu Angeboten der Alltagsunterstützung und der Freizeitgestaltung sowie zu inklusiven und diversitätsorientierten Angeboten umfassen. Der Zugang zu den Beratungsangeboten sollte möglichst niedrigschwellig und nahraumbezogen ausgestaltet sein; präventive Hausbesuche oder ähnliche aufsuchende oder zugehende Angebote sollten ebenso zum Regelstandard der Beratung gehören wie Informationen in leichter Sprache, barrierefreie Kommunikationsmöglichkeiten, digitale Zugänge und gegebenenfalls auch Dienste zur Sprachmittlung.

- *Hilfen im Einzelfall* sind nach § 85 SGB XII einkommens- und vermögensabhängig und gegenüber anderen Leistungen nachrangig, setzen eine Bedarfsermittlung voraus und liegen im pflichtgemäßen Ermessen der Sozialhilfeträger. Eine besondere Herausforderung liegt in der fachlichen Konkretisierung des Begriffs der „altersbedingten Schwierigkeiten“ als Anspruchsvoraussetzung für die Hilfen im Einzelfall. Bezugsrahmen sollten hier die konkreten Lebenslagen oder Lebenssituationen der älteren Menschen sein; eine „altersbedingte Schwierigkeit“ liegt grundsätzlich dann vor, wenn die in § 71 Absatz 1 SGB XII formulierten Ziele der Selbstbestimmung, der Teilhabe und des Erhalts der Fähigkeit zur Selbsthilfe eingeschränkt oder gefährdet sind. Als Leistungen kommen sowohl einmalige als auch laufende Geld- und Sachleistungen in Betracht, wenn sie dazu beitragen, individuelle Teilhabe und Mitverantwortung zu ermöglichen, Einsamkeit vorzubeugen, den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit zu erleichtern und auch soziale und kulturelle Bedürfnisse zu befriedigen. Der Katalog der möglichen Leistungen ist dabei nicht abgeschlossen, entscheidend sollten die individuellen Besonderheiten des Einzelfalles sein.[134]
- Besonders zu betonen ist die aus dem § 71 SGB XII resultierende, verpflichtende *Infrastrukturverantwortung* der Kommunen, die mit dem Beratungsauftrag und den Einzelfallhilfen untrennbar verbunden ist. Der Deutsche Verein empfiehlt den Kommunen in bemerkenswerter Deutlichkeit, § 71 SGB XII „als Rechtsgrundlage für eine Infrastrukturverantwortung zu verstehen und dieser flächendeckend nachzukommen“ (Deutscher Verein 2024: 8). Diese Infrastrukturverantwortung beinhaltet den Handlungs- und Gestaltungsauftrag, proaktiv Maßnahmen und Angebote zur Verbesserung der Lebenslagen älterer Menschen entlang der Ziele Selbstbestimmung, Teilhabe und Selbsthilfe zu planen und umzusetzen. Eine zeitgemäße Altenhilfeinfrastruktur umfasst dabei nicht nur verlässliche und gut zugängliche Beratungs- und Unterstützungsangebote, sondern auch präventive Angebote für ein gesundes Älterwerden sowie vielfältige Strukturen und Einrichtungen der Begegnung, der gesellschaftlichen und kulturellen Teilhabe und des Engagements. Die Gestaltung einer Infrastruktur für gutes Älterwerden sollte konsequent an den Lebenslagen älterer Menschen orientiert sein. Auch hier ist die inklusive und diversitätssensible Ausgestaltung von Angeboten und Zugängen von großer Bedeutung.
- Um diese Infrastrukturverantwortung wahrzunehmen, ist der Aufbau einer eigenständigen kommunalen Altersberichtserstattung und einer darauf aufbauenden *Senior*innen- oder Alten(hilfe)planung* notwendig, die mit anderen Fachplanungen wie der Pflegeplanung eng verknüpft und in eine integrierte Sozialplanung eingebettet ist und die kooperativ, beteiligungsorientiert und sozialraumorientiert ausgestaltet sein sollte.

Es ist sicherlich sehr sinnvoll, für die kommunale Altenhilfe einen detailliert ausgearbeiteten fachlichen „Goldstandard“ zu definieren, an dem sich lokale Akteure orientieren können und an dem sich die konkrete Realität vor Ort messen lassen muss. Das Empfehlungspapier des Deutschen Vereins kann insofern substanziell dazu beitragen, die Potenziale des § 71 SGB XII besser auszuschöpfen, seinen Verbindlichkeitsgrad deutlicher herauszustellen und insgesamt die politische Aufmerksamkeit für das Aufgabenfeld der Altenhilfe zu erhöhen.

Fachliche Impulse und befristete Förderprogramme sind aber angesichts der erheblichen sozioökonomischen Disparitäten zwischen den Kommunen und der höchst unterschiedlichen örtlichen Ausstattung und Umsetzung der Altenhilfe nicht hinreichend, um eine flächendeckende Mindestausstattung der kommunalen Altenhilfe zu garantieren. Um auch und gerade finanzschwache Kommunen beim Aufbau tragfähiger Altenhilfestrukturen zu unterstützen und den Kommunen generell mehr Sicherheit bei der Planung und Ausgestaltung der örtlichen Seniorenarbeit zu geben, sind sowohl verbindliche rechtliche Vorgaben als auch finanzielle Ressourcenzuweisungen notwendig. Damit rückt insbesondere die Landesebene in den Fokus.

[134] Zur gerontologischen Herleitung von fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII siehe Engler et al. (2023).

10.3.2 Verbindliche Ausführungsgesetze auf Landesebene

Die Bedeutung der Landesebene

Die Bundesländer spielen im Hinblick auf eine Politik für Teilhabe und ein gutes Leben im Alter eine doppelte Rolle: zum einen als eigenständige politische Akteure, zum anderen als Rahmengeber für die Senior*innenpolitik in den Kommunen (Berner 2023). Für die Gestaltung der Senior*innenpolitik vor Ort sind die landespolitischen und landesgesetzlichen Rahmenbedingungen von erheblicher Bedeutung. Den Bundesländern kommt bei der Umsetzung des SGB XII und der Ausgestaltung der Altenhilfe eine wichtige Rolle zu, die sie zum Teil sehr unterschiedlich auffassen und ausfüllen.[135] Auf der Ebene der Bundesländer lassen sich grundsätzlich mehrere Steuerungsansätze unterscheiden, die die Altenhilfe und den übergreifenden Rahmen der kommunalen Senior*innenpolitik adressieren:

- landesgesetzliche Vorgaben zur Ausführung der Sozialgesetze des Bundes,
- senior*innenpolitische Förderprogramme, Modellprojekte und Landesinitiativen,
- landeseigene Service- und Beratungsstellen für Kommunen und weitere Unterstützungs- und Qualifizierungsangebote für kommunale Akteure.

Das stärkste und verbindlichste Instrument der landespolitischen Steuerung sind gesetzliche Vorgaben in Bezug auf die Ausführung der Sozialgesetze, insbesondere im Hinblick auf die Sozialhilfe und den § 71 SGB XII. Ein zentraler Reformansatz besteht somit darin, landesrechtlich verbindliche Vorgaben und Konkretisierungen zum § 71 SGB XII (oder zur Senior*innenpolitik generell) zu schaffen und dadurch landesweit verbindliche Mindeststandards zu etablieren (BAGSO 2023a, 2024). Diese können sich unter anderem auf die Ausgestaltung und Umsetzung einer Altenhilfeinfrastruktur beziehen und eine Mindestausstattung mit Angeboten der Beratung, der Begegnung und der Unterstützung von Engagement definieren. Eine weitere Option ist es, Altenhilfeplanungen im Rahmen integrierter Planungsansätze landesrechtlich verbindlich zu machen. Auch die Ausgestaltung der Leistungen im Einzelfall kann Gegenstand landesrechtlicher Vorgaben sein. Entscheidend im Sinne des Konnexitätsprinzips ist dabei, dass verpflichtende Ausführungsbestimmungen immer mit einer dauerhaften und aufgabenadäquaten Finanzausstattung durch das Land verknüpft sein müssen (BAGSO 2024). Ganz in diesem Sinne empfiehlt der Deutsche Verein, die Ausgestaltung und Umsetzung einer Altenhilfeinfrastruktur durch spezielle landesrechtliche Regelungen zu konkretisieren und durch eine hinreichende Finanzierung abzusichern (Deutscher Verein 2024). Er empfiehlt darüber hinaus, Altenhilfeplanungen im Rahmen integrierter Planungsansätze landesrechtlich verbindlich zu machen, um für die Kommunen eine verlässliche Planungsgrundlage zu schaffen (Deutscher Verein 2024).

Die Empfehlungen des Deutschen Vereins sind Ausdruck eines übergreifenden fachlichen Konsenses darüber, dass die Bundesländer verpflichtet sind, die Kommunen in die Lage zu versetzen, ihrer Infrastrukturverantwortung und ihren Verpflichtungen nach § 71 SGB XII nachzukommen. Eine stärkere landesgesetzliche Verpflichtung der Kommunen müsste daher durch einen Ausbau und eine Aufwertung der Senior*innenpolitik der Länder flankiert, begleitet und unterstützt werden (BAGSO 2024). Auch auf der Landesebene gilt es daher, Zuständigkeiten für die Senior*innenpolitik zu bündeln und entsprechend relevante Themenfelder als Querschnittsaufgabe zu koordinieren. Die Unterstützungsangebote der Länder für die Kommunen müssen an verschiedenen Stellen ausgebaut werden. Dazu gehört unter anderem, Koordinierungs- und Fachstellen auf Landesebene auf- und auszubauen, Austausch- und Qualifizierungsangebote für Kommunen, Organisationen, Vereine und Initiativen anzubieten und entsprechende Lernumgebungen zu schaffen. Darüber hinaus sollte nach Möglichkeit in jedem Bundesland eine umfassende Altersberichterstattung auf Landes- und regionaler Ebene etabliert werden. Dies würde sowohl die Landkreise und kreisfreien Städte bei ihren Planungsaufgaben unterstützen als auch kreisangehörige Städte und Gemeinden in die Lage versetzen, eigene Planungen durchzuführen, indem ihnen relevante Daten aufbereitet zur Verfügung gestellt werden (Deutscher Verein 2024).

Aktuelle Entwicklungen: Die Berliner Gesetzesinitiative für ein „Gutes Leben im Alter“

Die bislang konkreteste landespolitische Initiative, „das Dauerthema ‚Unverbindlichkeit der Altenhilfe‘ aufzugreifen und verlässliche Strukturen für die kommunale Altenhilfe zu schaffen“ (Klie 2022a), wird derzeit (Sommer 2024) im Bundesland Berlin entwickelt. Der Landesseniorenbeirat Berlin (LSBB) und die

[135] Eine Übersicht über die verschiedenen Programme und Aktivitäten der Bundesländer (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) findet sich in BAGSO (2023a).

Landesseniorenvertretung Berlin (LSV) haben bereits im Jahr 2019 einen Prozess zur Entwicklung eines Vorschlags für ein Landesgesetz zur Ausgestaltung der Altenhilfe angestoßen. Ende 2021 wurde ein Vorschlag für ein Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter“ vorgelegt. Seitdem fand ein intensiver Diskussions- und Erarbeitungsprozess statt, in dessen Verlauf der Gesetzesvorschlag ergänzt und aktualisiert wurde. Im April 2023 wurde der Gesetzesvorschlag der Berliner Senatsverwaltung übergeben. Derzeit (Sommer 2024) werden von der Berliner Senatsverwaltung Vorarbeiten geleistet, um auf der Grundlage des Gesetzesvorschlags des Landesseniorenbeirats Berlin einen eigenen Gesetzesentwurf zu entwickeln, der dann in das übliche Gesetzgebungsverfahren eingebracht werden soll.

Der Gesetzesvorschlag zielt im Kern drauf ab, „die Programmatik des § 71 SGB XII und der dort vorgesehenen Strukturen und Leistungen im Land Berlin als Pflichtleistungen verbindlich zu regeln“ (LSBB 2023: 1). Das Berliner Vorhaben bezieht sich explizit auf die Ausführungen und Empfehlungen des Siebten Altersberichts der Bundesregierung. Erklärtes Ziel ist es, „die in § 71 SGB XII niedergelegte Verantwortung für Bedingungen guten Lebens älterer Menschen auf der Ebene des Landes Berlin und auf der Bezirksebene einzulösen“ (ebd.: 2).

Der Gesetzesvorschlag folgt einer „konsequent querschnittliche(n) Betrachtungsweise“ (Klie 2022a: 55), die die bestehende Versäulung im System überwinden will. Er ist daher als Artikelgesetz konzipiert – also als ein Gesetz, mit dem eine Reihe bestehender Landesgesetze verändert werden, sofern sie für das Leben im Alter und die Umsetzung der Ziele des § 71 SGB XII besonders relevant sind. Im Zentrum des Gesetzesvorschlags stehen Änderungen des Berliner Landesgesetzes zur Ausführung des SGB XII. Dabei wird vorgeschlagen, in dieses Landesgesetz einen neuen Paragrafen „Altenhilfe“ einzufügen, mit dem die Leistungen des § 71 SGB XII konkretisiert werden. Mit dem Vorschlag wird dafür plädiert, die Verortung der Altenhilfe im SGB XII beizubehalten, um auf diese Weise die Letztzuständigkeit der Sozialhilfeträger für ältere Menschen in Notlagen zu gewährleisten (Klie 2022a). Insofern unterscheidet sich der Vorschlag des LSBB von dem in der Fachdiskussion bisweilen formulierten Vorschlag, auf der Bundesebene ein eigenes Sozialgesetzbuch für ältere Menschen (ähnlich dem SGB VIII für die Kinder- und Jugendhilfe) zu entwickeln (siehe Abschnitt 10.3.3).

Zur Konkretisierung des § 71 SGB XII sieht der Gesetzesvorschlag zum einen umfangreiche individuelle Anspruchsrechte auf Beratung durch Fachkräfte vor (im Bedarfsfall auch auf aufsuchende Beratung und Sprachmittlung), zum anderen werden eine Reihe von laufenden oder einmaligen Einzelfallleistungen der Altenhilfe definiert. Hierzu gehören unter anderem Hilfen bei einzelnen körperbezogenen Pflegemaßnahmen für Personen mit einer Einstufung unterhalb des Pflegegrades 2, Fuß- und Handpflege, Kosten für einen Hausnotruf, Begleit- und Mobilitätshilfen, technische Ausstattung zur Kommunikation und Information, Kurzfreizeiten, Leistungen zur altersgerechten Wohnraumanpassung und altersbedingte Mehraufwendungen bei Umzügen. Darüber hinaus sollen ehrenamtliche Sozialdienste in den Bezirken aufgebaut werden sowie älteren Menschen in Zusammenarbeit mit der freien Wohlfahrtspflege, Migrant*innenselbstorganisationen und anderen zivilgesellschaftlichen Akteuren der Zugang zu Begegnungsräumen wie Freizeitstätten und Stadtteilzentren ermöglicht werden. Hierzu soll eine verpflichtende Altenhilfeplanung eingerichtet werden, die mit anderen Fachplanungen auf der Bezirksebene (insbesondere der Gesundheits- und Pflegeplanung) abzustimmen ist.

Der Gesetzesvorschlag ist mit recht konkreten Bedarfs- und Kostenkalkulationen und Fachkraftschlüsseln unterlegt. Aufgeführt und quantifiziert werden unter anderem zusätzliche Personalstellen im Bereich der Beratung, zusätzliche Ausgaben für die im Gesetzesentwurf spezifizierten typischen Transferleistungen für einkommensschwache ältere Menschen gemäß § 71 SGB XII, Personal- und Mietkosten für neu einzurichtende Begegnungsstätten für ältere Menschen und für Koordinationsstellen, Kosten für mehrsprachige Schulungsmaterialien und Aufwandsentschädigungen für den Ausbau sogenannter ehrenamtlicher Sozialdienste. In den Artikeln des Gesetzesvorschlags sind unter anderem Änderungen des Berliner Mobilitätsgesetzes, des Gesetzes zur Planung und Finanzierung von Pflegeeinrichtungen sowie des Gesetzes über die Selbstbestimmung und Teilhabe in betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen vorgesehen.

In der Fachdiskussion wird die Berliner Initiative mit großem Interesse beobachtet. Denn im Falle des „Vorreiters“ Berlin kommen mehrere Faktoren zusammen, die eine Verwirklichung des Vorhabens realistisch erscheinen lassen: So scheint es in der Berliner Landesregierung und in den Berliner Senatsfraktionen einen parteiübergreifenden Grundkonsens über die Zielsetzung zu geben, die Altenhilfe zu modernisieren. Die Initiative des Berliner Landesseniorenbeirats kann dabei auf den „Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik“ (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales 2013) und dem dazugehörigen Maßnahmenkatalog (Senatsverwaltung für Integration 2021) aufbauen, in denen ebenfalls eine Ausweitung und Verbesserung der senior*innenpolitischen Maßnahmen angelegt ist. Darüber hinaus wurde bereits bei der Erarbeitung des Gesetzesvorschlags für den Landesseniorenbeirat Berlin ein wissenschaftlich angeleiteter Dialog- und Konsultationsprozess unter Einbeziehung von

Expert*innen auf verschiedenen Ebenen durchgeführt. Eine erfolgreiche Umsetzung der Berliner Initiative für ein Altenhilfestrukturgesetz für das Land Berlin würde entsprechenden Initiativen in anderen Bundesländern sowohl in politischer als auch in fachlicher Hinsicht erheblichen „Rückenwind“ geben.

10.3.3 Bundesgesetzliche Regelungen: Einführung eines neuen Sozialgesetzbuches?

Der institutionell, rechtlich und politisch weitreichendste und vermutlich auch anspruchsvollste Reformansatz wäre es, ein neues, eigenständiges Sozialgesetzbuch zu schaffen, das eine umfassende Koordinierung der Hilfen, Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe zum Inhalt hat. Dies wäre gewissermaßen die „große Lösung“ in der Altenhilfe- und Senior*innenpolitik.

Die zentrale Begründung für die Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Lösung, die den Kommunen ein höheres Maß an Verantwortung und entsprechende Finanzmittel für die Senior*innenpolitik zuweist und auf diese Weise für bundesweite Mindeststandards sorgt, ist das Kriterium der Gleichheit der Lebenschancen, der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in allen Landesteilen (Deutscher Bundestag 2016; Müntefering 2022). Ausgangspunkt ist die normative Setzung, „dass Altenhilfestrukturen und Altenarbeit, unabhängig davon, wo jemand in der Bundesrepublik lebt, bestimmten Standards entsprechen müssen“ (Herrmann, C. et al. 2022: 1). Anders ausgedrückt: „Die Lebensverhältnisse älterer Menschen und deren Möglichkeiten zur sozialen Teilhabe dürfen nicht vom jeweiligen Wohnort abhängen“ (Caritas NRW 2020: 2). Dieser Setzung folgend wird es für notwendig erachtet, in allen Kommunen Deutschlands – unabhängig von ihrer Finanzausstattung – eine Grundausstattung an Teilhabeangeboten für ältere Menschen im Sinne des § 71 SGB XII sicherzustellen.

Die Diskussion über ein solches „Altenhilfestrukturgesetz“ auf Bundesebene lässt sich bis in die frühen 1990er Jahre zurückverfolgen (Schulte 1996; Ziller 1991, 1992). Der bis heute noch relevante Kerngedanke war seinerzeit, die zersplitterten Rechtsgrundlagen der Altenhilfe und der Senior*innenarbeit in einem eigenständigen Sozialgesetzbuch nach dem Vorbild des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) zu bündeln. So ist Mitte der 1990er Jahre von einer Expert*innengruppe im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ein detaillierter Diskussionsentwurf für ein „Seniorenhilfegesetz“ erarbeitet worden, der sich in vielerlei Hinsicht an den Regelungen der Kinder- und Jugendhilfe orientiert (BMFSFJ 1996). Durch die Verknüpfung wichtiger Funktionen der Altenhilfe auf der kommunalen Ebene sollte eine bessere Koordination der Hilfen, Dienste und Einrichtungen für ältere Menschen ermöglicht werden, und zwar sowohl im Hinblick auf die Koordination der Leistungserbringer untereinander als auch im Hinblick auf die Koordination der personenbezogenen Hilfen im konkreten Einzelfall im Sinne eines Case Managements. Die in den 1990er Jahren entwickelten Ideen und konzeptionellen Vorarbeiten sind somit in vielerlei Hinsicht noch immer relevant; in aktualisierter und modernisierter Form könnten sie auch heute als Ausgangspunkt für ein zu erarbeitendes neues Sozialgesetzbuch herangezogen werden.

Die Idee eines Altenhilfestrukturgesetzes auf Bundesebene ist auch in der ersten Hälfte der 2000er Jahre, unter anderem im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ (2000-2004) diskutiert worden (Friedrichs, A. 2001; Schulte 2004, 2005), ohne dass es zu einer bundesgesetzlichen Umsetzung gekommen wäre. Mit der Veröffentlichung des Siebten Altenberichts der Bundesregierung im Jahr 2016 hat die Debatte über die Modernisierung und Neuordnung der Infrastrukturen der Altenhilfe wieder Fahrt aufgenommen. Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Siebten Altenberichts hat für eine bundesgesetzliche Regelung zur Stärkung der kommunalen Altenhilfestrukturen plädiert, die in eine querschnittsorientierte, bereichsübergreifende senior*innenpolitische Gesamtkonzeption eingebettet ist. Die in diesem Kontext maßgebliche Empfehlung der Kommission lautet wie folgt:

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

(Deutscher Bundestag 2016: 294).

Im Vordergrund des empfohlenen Leitgesetzes steht die konzeptionelle Weiterentwicklung der Altenhilfe nach § 71 SGB XII, die „gegebenenfalls aus dem SGB XII in ein eigenständiges Gesetz zu verlagern wäre“ (Deutscher Bundestag 2016: 229). Die Inhalte des § 71 SGB XII sollten zu einem auf Planung, Infrastrukturentwicklung und Koordinierung ausgerichteten Konzept weiterentwickelt werden, um eine sektorenübergreifend angelegte, soziale

Infrastrukturen sichernde und vernetzende örtliche Politik zu ermöglichen. Den Kommunen sollten zudem größere Kompetenzen und eine bessere Ausstattung mit Ressourcen insbesondere in den Politikfeldern Gesundheit, Pflege und Wohnen zugewiesen werden. Eine ressortübergreifend integrierte, sozialraumorientierte kommunale Sozialplanung sollte flächendeckend etabliert werden. In diesem Zusammenhang sollte auch die Beteiligung älterer Menschen an politischen Entscheidungen sowie an der Entwicklung, Planung und Umsetzung von Maßnahmen gestärkt werden. Ein individueller Rechtsanspruch älterer Menschen auf Leistungen der Altenhilfe sollte im Ersten Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) festgeschrieben werden (ebd.).

Die Vorschläge der Siebten Altenberichtskommission für ein „Leitgesetz" auf Bundesebene wurden von der Bundesregierung seinerzeit eher zurückhaltend aufgenommen. Bis heute lässt sich seitens der Bundespolitik kein konsequentes Bestreben erkennen, die Strukturen der Altenhilfe weiterzuentwickeln und die Möglichkeiten einer bundesgesetzlichen Lösung ernsthaft zu prüfen. In der senior*innenpolitischen Fachwelt sind die Vorschläge und Empfehlungen des Siebten Altenberichts hingegen auf große Resonanz gestoßen. Eine Vielzahl von Akteuren (unter anderem die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenbüros, der Verein für Sozialplanung, das Kuratorium Deutsche Altershilfe und die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit) bezieht sich dabei insbesondere auf die oben zitierte Empfehlung im Siebten Altenbericht.

Die von den verschiedenen Akteuren erhobene Forderung nach einer bundesgesetzlichen Regelung zielt im Wesentlichen auf eine stärkere rechtliche Verbindlichkeit und eine konkretere inhaltliche Definition der kommunalen Altenhilfe, auf bundesweit geltende Mindeststandards im Sinne gleichwertiger Lebensverhältnisse sowie auf eine verlässliche und auskömmliche, auf Dauer gestellte Basisfinanzierung der Senior*innenarbeit in den Kommunen ab. Um die nachhaltige Finanzierung zur Erfüllung der Leistungen des § 71 SGB XII zu sichern, wird die Einrichtung eines festen kommunalen Basisbudgets für die gemeinwesenorientierte Senior*innenarbeit gefordert, das sich im Sinne eines festen Pro-Kopf-Satzes nach der Anzahl der Einwohner*innen ab 60 oder ab 65 Jahren in der jeweiligen Kommune richtet (BAGFW 2021; BAGSO 2016; Caritas NRW 2020; Freie Wohlfahrtsplege NRW 2021; Herrmann, C. et al. 2022).

Nimmt man das in den vorangegangenen Abschnitten herausgearbeitete Leitbild einer integrierten, lokal vernetzten Senior*innenpolitik zur Gewährleistung selbstbestimmter, gleichberechtigter und mitverantwortlicher Teilhabe für alle älteren Menschen in ganz Deutschland zum Maßstab, so wäre die Einführung eines neuen, eigenständigen Sozialgesetzbuches auf Bundesebene die konsequenteste Lösung. Denn der bisherige, eher niedrige rechtliche und institutionelle Stellenwert des „Altenhilfeparagrafen" und das weitgehende Fehlen anderer, explizit auf die Gestaltung der Lebensphase Alter bezogener Regelungen setzen der Weiterentwicklung und Modernisierung der Senior*innenpolitik bislang enge Grenzen. Insofern „hätte ein mögliches neues Sozialgesetzbuch der Altenhilfe eine gänzlich andere Rechtsqualität beziehungsweise einen eigenen Stellenwert. […] Ein eigenständiges ‚Altenhilfestrukturgesetz' könnte […] Möglichkeiten eröffnen, die Altenhilfe auf ein neues Fundament zu heben" (Bockler 2022: 606). Im Einklang mit dem normativ-konzeptionellen Leitbild einer an Selbstbestimmung und Teilhabe orientierten, integrierten Senior*innenpolitik könnte ein solches Sozialgesetzbuch den Arbeitstitel „Teilhabe im Alter" tragen und als neues SGB XIII oder SGB XV in das Sozialgesetzbuch aufgenommen werden.

Neben der Verbesserung des rechtlichen Status der Altenhilfe und der Senior*innenpolitik sowie der Sicherstellung einer angemessenen Finanzausstattung der Kommunen wäre in diesem Kontext auch eine intensivere fachliche Unterstützung der Kommunen und der vielen weiteren involvierten Akteure auf kommunaler Ebene von großer Bedeutung. In einem neu zu schaffenden Sozialgesetzbuch „Teilhabe im Alter" sollte daher die Einrichtung einer entsprechenden Fachstelle auf Bundesebene geregelt werden. Die von einzelnen senior*innenpolitischen Akteuren ins Spiel gebrachte Idee der Einrichtung einer „Bundesstiftung Altenhilfe" oder eines „Nationalen Zentrums Altenhilfe" orientiert sich an dem Vorbild der „Frühen Hilfen" in der Kinder- und Jugendhilfe, in deren Rahmen verpflichtende kommunale Netzwerke zur Beratung und Unterstützung von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern vorgehalten werden. Das 2007 gegründete und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte „Nationale Zentrum Frühe Hilfen" dient hier als zentrale Wissensplattform, die die fachliche Weiterentwicklung der Frühen Hilfen unter anderem durch wissenschaftliche Forschung, Angebote zur Qualitätsentwicklung, die Organisation des Fachaustauschs mit Akteuren aus Bund, Ländern und Kommunen sowie durch Öffentlichkeitsarbeit vorantreibt. Eine vergleichbare Einrichtung im Bereich der Altenarbeit und der Senior*innenpolitik könnte dazu beitragen, einen gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen getragenen Qualitätsentwicklungsprozess anzuleiten, fachliche Standards weiterzuentwickeln und ein „lernendes System" auf allen Ebenen zu etablieren.

Eine bundesgesetzliche Lösung wäre allerdings mit erheblichen Herausforderungen verbunden. So kommt das von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) in Auftrag gegebene Rechtsgutachten zum § 71 SGB XII (Hellermann 2022) zu dem Schluss, dass die verfassungsrechtlichen Hürden für eine Neuregelung der Altenhilfe durch eine bundesgesetzliche Regelung hoch sind. Hier stellt sich zum einen die Frage nach der grundsätzlichen Regelungskompetenz des Bundes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung. So ist insbesondere zu klären, ob überzeugend nachgewiesen werden kann, dass die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet eine detailliertere bundesgesetzliche Regelung der Altenhilfe zwingend erforderlich macht (Artikel 72 Absatz 2 GG i. V. m. Artikel 74 Absatz 1 Nummer 7 GG) – die verfassungsrechtlichen Rechtfertigungsanforderungen sind hier sehr hoch angesetzt. Zum anderen würden Regelungen, bei denen der Bund den Kommunen unmittelbar neue Aufgaben oder Strukturverpflichtungen überträgt, in Konflikt mit dem „Durchgriffsverbot“ nach Artikel 84 Absatz 1 Satz 7 des Grundgesetzes (GG) treten: Die Übertragung neuer Aufgaben an die Kommunen kann der Verfassung nach nicht durch den Bund, sondern nur durch die Länder erfolgen (Bockler 2022; Hellermann 2022). Es ist daher zu vermuten, dass sich eine verfassungsrechtlich zulässige Ausgestaltung eines neu zu schaffenden Sozialgesetzbuchs eher auf eine Art „Rahmengesetzgebung“ beschränken müsste, die dann durch die Länder mit entsprechenden Ausführungsgesetzen zu konkretisieren wäre (Bockler 2022).

Insgesamt wäre es ein schwieriges und komplexes Unterfangen, ein neues, eigenständiges Sozialgesetzbuch für die Teilhabe im Alter zu schaffen. Ein solches Vorhaben wäre sowohl mit sehr grundlegenden kompetenzrechtlichen Herausforderungen als auch mit einer Vielzahl sozial- und verwaltungsrechtlicher Detailfragen verbunden. Nichtsdestotrotz sollte das Vorhaben diskutiert und geprüft werden und es sollte mit einer mittel- bis langfristigen Perspektive nach Wegen für eine mögliche Umsetzung gesucht werden.

10.3.4 Politische Optionen: Die drei Reformvarianten in der Diskussion

Wenn es darum geht, Rahmenbedingungen und Strukturen für eine zeitgemäße, integrierte Senior*innenpolitik zu schaffen, sind verschiedene Ansätze denkbar, die zum Teil auch miteinander kombiniert werden können. Der bisher verfolgte Ansatz, der im Wesentlichen auf die Eigenverantwortung und Eigeninitiative der Kommunen in Kombination mit zeitlich befristeten Projektförderungen aus Bundes-, Landes- oder EU-Mitteln setzt, würde den unbefriedigenden Status Quo weiter fortschreiben und wäre im Hinblick auf das Ziel, die Senior*innenpolitik aufzuwerten sowie gleichwertige Lebensverhältnisse sicherzustellen und flächendeckend teilhabepolitische Mindeststandards für ältere Menschen im gesamten Bundesgebiet zu etablieren, letztlich unzureichend.

Eine „große Lösung“ in Form eines neuen, eigenen Sozialgesetzbuches „Teilhabe im Alter“ wäre demgegenüber mittel- und langfristig gesehen ein geeigneter(er) Weg, um die Senior*innenpolitik als eigenständiges Politikfeld sowohl politisch-symbolisch als auch rechtlich-institutionell aufzuwerten und das institutionelle Fundament für eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter zu verbreitern. Vor der Einführung eines solchen Bundesgesetzes stehen jedoch politische, verfassungs- und kompetenzrechtliche Hürden, die kurzfristig nicht ohne Weiteres auszuräumen sind. Das im Zuge der Föderalismusreform des Jahres 2006 eingeführte „Durchgriffsverbot“ macht dem Bundesgesetzgeber eine unmittelbare Ausweitung der kommunalen Verpflichtungen in § 71 SGB XII fast unmöglich.

Der momentan hinsichtlich seiner kurz- und mittelfristigen politischen Durchsetzungschancen vielversprechendste Ansatz zur Modernisierung der Altenhilfestrukturen ist daher eine konsequente Reformpolitik auf Länderebene, bei der nach Vorbild des Berliner Ansatzes landeseigene Ausführungsgesetze formuliert und damit verbindliche soziale Standards innerhalb des jeweiligen Bundeslandes gesetzt werden. Die Landesausführungsgesetze zur Sozialhilfe könnten dabei als Vehikel und Transmissionsriemen für den Aufbau rechtlich und finanziell abgesicherter kommunaler Teilhabestrukturen fungieren. Es handelt sich hierbei insgesamt um einen pragmatischen Lösungsansatz, der zwar nicht unerhebliche politische Aushandlungs- und Durchsetzungsprozesse auf der Ebene der Bundesländer erfordert, der aber im Gegensatz zu einer „großen Lösung“ auf Bundesebene nicht mit grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Hürden konfrontiert ist.

Aus derzeitiger Sicht (Sommer 2024) haben in den letzten Jahren, auch und gerade nach dem gescheiterten (erneuten) Anlauf für eine bundesgesetzliche Lösung im Zusammenhang mit den Empfehlungen des Siebten Altenberichts, viele Fürsprecher*innen einer expansiven Senior*innenpolitik mittlerweile Abstand von der Zielvorstellung einer „großen Lösung“ auf Bundesebene genommen – zu hoch scheinen die rechtlichen Hürden, zu gering der politische Wille in der Bundespolitik. Stattdessen geht die Tendenz aktuell eher dahin, verstärkt auf der Länderebene anzusetzen (BAGSO 2024). Nach den „jahrzehntelangen Niederlagen in dem Bemühen um ein

Altenhilfestrukturgesetz des Bundes“, so die Einschätzung, gehe es heute eher darum, „die Altenhilfe über Ländergesetze zukunftsfest zu machen“ (Kruse, J.-P. 2020: 10).

In jüngster Zeit scheint Bewegung in die zwischenzeitlich sehr festgefahrene Debatte zu kommen. Bemerkenswert ist insbesondere, dass nun auch der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge eine stärkere Verbindlichkeit durch den Landesgesetzgeber ausdrücklich befürwortet und empfiehlt (Deutscher Verein 2024) – eine Reformoption, die insbesondere seitens der Länder und der kommunalen Spitzenverbände lange Zeit eher kritisch gesehen wurde. Es zeichnet sich somit im föderalen Bundesstaat die Möglichkeit einer konsensfähigen Reformperspektive ab, die die Hoffnung weckt, den langjährigen Stillstand im Bereich der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe zu überwinden.

In einem optimistischen Szenario könnte es zu positiven „Nachahmungseffekten“ auf Länderebene kommen: Wenn ein oder zwei Bundesländer bei der Einführung landesgesetzlicher Standards die Vorreiterrolle übernehmen würden, könnte eine Policy-Dynamik im föderalen System entstehen, die zur Diffusion landespolitischer und landesrechtlicher Innovationen und zu wechselseitigem Lernen führen könnte. Hierzu könnte beispielsweise auch die Institutionalisierung einer föderalen Konferenz der für Senior*innenpolitik zuständigen Landesminister*innen und eines regelmäßigen Bund-Länder-Austausches zur Altenhilfe beitragen.

Der Weg über die Länderebene ist allerdings auch mit einer Reihe von potenziellen Nachteilen verbunden. Erstens müssen landesgesetzliche Regelungen, die den Kommunen verbindliche Vorgaben bezüglich der kommunalen Altenhilfe machen, im Sinne des Konnexitätsprinzips zwingend mit einer entsprechenden Gegenfinanzierung verbunden sein (Klie 2022a). Im Hinblick auf die konkrete Ausgestaltung der Mechanismen der Kostenerstattung besteht somit erhebliches Konfliktpotenzial zwischen Kommunen und Ländern. Zweitens könnte sich ein solcher Prozess über viele Jahre hinziehen; am Ende hätte man möglicherweise 16 verschiedene Landesregelungen, was im Sinne der anzustrebenden Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse nicht optimal wäre. Drittens stellt sich die grundsätzliche Frage, ob die Zuordnung der Altenhilfe zum subsidiären Auffangnetz der Sozialhilfe rechtssystematisch überhaupt noch zeitgemäß ist. Passen die Zielsetzungen und Aufgabenstellungen einer modernen, zeitgemäßen Senior*innenpolitik noch in den engen Rahmen der Sozialhilfe, sind sie dort richtig angesiedelt und verortet?

Auch wenn die Chancen auf eine kurzfristige Realisierung einer „großen Lösung“ unter den herrschenden verfassungsrechtlichen Rahmenbedingungen eher gering erscheinen, sollte die Vision eines eigenständigen Sozialgesetzbuches zur Gewährleistung selbstbestimmter Teilhabe im Alter daher nicht mit dem Verweis auf die fehlende Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus dem politischen Optionsraum ausgeschlossen, sondern weiterhin als mittel- und langfristige Reformperspektive betrachtet werden. Führt man sich vor Augen, dass aktuell 22 Prozent der Menschen in Deutschland – also bereits fast jeder vierte Mensch in Deutschland – 65 Jahre alt und älter sind, dass dieser Anteil in Zukunft steigen wird und dass sich die Lebensphase Alter für viele Menschen mittlerweile über zwei Jahrzehnte und länger erstreckt, so wird die Größenordnung der gesellschaftspolitischen Gestaltungsaufgabe deutlich, vor der eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter steht. Insofern ist trotz aller Bedenken und Schwierigkeiten der Grundgedanke richtig, durch die Einrichtung eines neuen Sozialgesetzbuches „Teilhabe im Alter“ eine eigenständige, den großen Herausforderungen angemessene institutionelle Grundlage für eine integrierte und teilhabeorientiert Senior*innenpolitik zu schaffen, die in den kommenden Jahrzehnten weiter ausgebaut und an die Bedürfnisse und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft angepasst werden kann.

Alles in allem ist davon auszugehen, dass ein nachhaltiges und teilhabeorientiertes Altenhilfesystem als Grundlage einer zeitgemäßen Senior*innenpolitik nur im Zusammenwirken und in der gemeinsamen Verantwortung von Bund, Ländern und Kommunen realisiert werden kann. Hierfür ist ein koordiniertes, vertikal abgestimmtes Zusammenwirken der verschiedenen Ebenen des politisch-administrativen Systems notwendig. Bundesweite (Mindest-)Standards, landesgesetzliche Konkretisierungen und eine flexible Systemgestaltung vor Ort müssen sinnvoll miteinander verknüpft werden, die Rahmengesetzgebung des Bundes, die Ausführungsgesetze der Länder und die örtlichen Satzungen und Fachpläne der Kommunen müssen möglichst nahtlos ineinandergreifen. Es ist eine zentrale Zukunftsaufgabe der nächsten Jahre, ein solches System zu konzipieren und schrittweise zu implementieren.

Eine ganzheitliche, vom Menschen und seinen vielfältigen Potenzialen ausgehende Politik für ein gutes Leben im Alter muss dabei in erster Linie vor Ort, im Zusammenspiel von Kommunalverwaltung, freier Wohlfahrtspflege, zivilgesellschaftlichen und privaten Akteuren sowie den älteren Menschen selbst organisiert und koordiniert werden. Die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe älterer Menschen zu stärken erfordert daher zwingend mehr Handlungs- und Gestaltungsmacht der Kommunen. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Altenhilfe, sondern im Sinne einer bereichsübergreifenden Teilhabepolitik für ältere Menschen auch für viele weitere Bereiche.

So sollten die Kommunen insbesondere mehr Möglichkeiten bekommen, die lokalen Strukturen der Pflege- und Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht, wohnortnah und integriert zu gestalten, denn nur so können diese Leistungen mit den anderen Leistungen der Daseinsvorsorge (Altenhilfe, Quartiersentwicklung, Engagementförderung etc.) und mit den vielfältigen Aktivitäten der lokalen Zivilgesellschaft verknüpft werden. Hierfür sind sowohl gesetzliche Zuständigkeiten und Kompetenzen (u. a. in den Bereichen der Prävention, der Pflegeberatung und der verbindlichen Pflegestrukturplanung) als auch finanzielle Ressourcen auf die kommunale Ebene zu übertragen. Die institutionelle Stärkung der Senior*innenpolitik und die Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung sollten Hand in Hand gehen.

10.4 Auf dem Weg zu einer zeitgemäßen, integrierten Senior*innenpolitik

Eine modernisierte, integrierte Senior*innenpolitik, verstanden als Politik der Ermöglichung von gleichberechtigter, selbstbestimmter und mitverantwortlicher Teilhabe für alle älteren Menschen in ganz Deutschland, braucht geeignete rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. In der Fachwelt herrscht eine große Einigkeit, dass die notwendigen rechtlichen und institutionellen Grundlagen für eine integrierte Politik zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe im Alter noch immer nicht in ausreichendem Maße gegeben sind und eine mutige, entschiedene Weiterentwicklung der Strukturen notwendig und überfällig ist.

Die Diagnose eines strukturellen Reformbedarfs im Bereich der Senior*innenpolitik und der Altenhilfe und die Forderung nach einer bundesgesetzlichen Regelung sind nun (im Sommer 2024) gute drei Jahrzehnte alt, ohne dass ein substanzieller Durchbruch zur Stärkung der Altenhilfe und der Senior*innenpolitik erzielt worden wäre. Dieser Reformstau geht vielerorts zulasten der gleichwertigen Teilhabe älterer Menschen und damit auch zulasten der Chancengleichheit und der sozialen Gerechtigkeit in Deutschland. Die verschiedenen kleineren und größeren sozialpolitischen Fortschritte der letzten Jahre sollten nicht darüber hinwegtäuschen, dass die konkrete Lebensrealität vieler älterer Menschen in Deutschland von dem postulierten Ideal der gleichberechtigten, selbstbestimmten und mitverantwortlichen Teilhabe nach wie vor weit entfernt ist. Angesichts der pluralisierten, oftmals von erwerbs-, familien- und migrationsbiografischen Brüchen und Diskontinuitäten geprägten Biografien vieler „Babyboomer“ und der nachfolgenden Generationen ist nicht zu erwarten, dass die gesellschaftlichen Ausgrenzungs- und Prekaritätsrisiken in den kommenden Jahren und Jahrzehnten geringer werden.

Die Modernisierung der Altenhilfestrukturen sollte daher vordringlich in Angriff genommen werden. Im Kern geht es darum, die Altenhilfe institutionell aufzuwerten, ihren Fürsorgecharakter so weit wie möglich zu überwinden und eine moderne, vernetzte kommunale Infrastruktur sozialer Dienste für alle älteren Menschen in ganz Deutschland auf- und auszubauen. Perspektivisch geht es dabei aber auch um die Aufwertung und die Stärkung der fachlichen und institutionellen Eigenständigkeit der Senior*innenpolitik als wichtigem Politikfeld der Zukunft.

Die von vielen Verbänden und Fachleuten geforderte Neuorientierung der (kommunalen) Senior*innenpolitik erfordert verbindliche landes- und besser auch bundesgesetzliche Regelungen, die mit einer aufgabenadäquaten Finanzausstattung und einer deutlichen Steigerung der Handlungsfähigkeit der Kommunen verbunden sein müssen: Wer die selbstbestimmte Teilhabe älterer Menschen fördern will, muss die Gestaltungsmacht der Kommunen stärken. Um hierfür einen politischen Konsens zu finden, sollte ein intensiver Dialog- und Konsultationsprozess initiiert werden, an dem sowohl der Bund, die Länder als auch die kommunalen Spitzenverbände beteiligt sind und in den auch die Fach- und Sozialverbände aktiv einbezogen werden. Hier stehen sowohl die Bundesregierung als auch die Bundesländer in der Verantwortung.

Der im sozialpolitischen, gerontologischen, sozialarbeiterischen und sozialplanerischen Fachdiskurs längst vorgedachte und vollzogene Paradigmenwechsel zu einer integrierten, ganzheitlichen Politik der Ermöglichung von Selbstbestimmung und Teilhabe in der Lebensphase Alter harrt noch immer seiner konsequenten institutionellen Verwirklichung. Nach dem erfolglosen (oder ersten) Anlauf für ein „Leitgesetz zur Stärkung einer Politik für ältere und mit älteren Menschen“ im Kontext des im Jahr 2016 veröffentlichten Siebten Altenberichts weist nun, acht Jahre später, auch die Neunte Altersberichtskommission die Bundesregierung und die Länder nachdrücklich auf die Notwendigkeit hin, die bestehenden Strukturen der kommunalen Altenhilfe und der Senior*innenpolitik insgesamt strukturell zu modernisieren und auf eine zukunftsfähige Grundlage zu stellen. Der erneute Impuls für eine Reform der Altenhilfestrukturen im Kontext des vorliegenden Neunten Altersbericht sollte diesmal nicht ungehört verhallen. Er sollte vielmehr den Grundstein und Ausgangspunkt für einen breiten sozial- und gesellschaftspolitischen Diskurs zur Zukunft der Senior*innenpolitik in Deutschland bilden.

11 Empfehlungen

Alt werden in Deutschland: Im Sachverständigenbericht zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung stehen die Vielfalt der Potenziale und die ungleiche Verteilung der Teilhabechancen älterer Menschen im Mittelpunkt. Die vielfältigen Lebenssituationen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte werden in den zehn Kapiteln des Berichts dargestellt und mit Blick auf Diversität und Ungleichheit analysiert. Es zeigt sich, dass Teilhabechancen, also Möglichkeiten zur selbstbestimmten Gestaltung des eigenen Lebens, sozial ungleich verteilt sind, je nach Alter, Bildung, Einkommen, Gesundheit, Geschlecht, Migrationsstatus, sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität. Von besonderer Bedeutung ist die Überschneidung sozialer Ungleichheiten (Intersektionalität), die im individuellen Fall zu gravierenden Benachteiligungen führen kann. Die Kernbotschaft der empirischen Betrachtungen des Neunten Altersberichts lautet: Verschränkte soziale Ungleichheiten verschärfen sich über den Lebenslauf, sie verhindern Teilhabe im Alter und verstellen damit vielfältige Potenziale und Chancen für die gesamte Gesellschaft.

Gesellschaftliche Teilhabe für *alle* älteren Menschen ist in einer Gesellschaft des langen Lebens kein „Luxusgut" und sollte trotz oder sogar wegen der viel diskutierten Knappheit der Ressourcen substanziell gefördert werden. Gerade in einer gesellschaftlichen Situation, die durch tiefgreifende Veränderungen und Krisen geprägt ist, nehmen Ausgrenzung, Benachteiligung und Stigmatisierung sozialer Gruppen – so auch älterer Menschen – zu und Verhandlungen um die Verteilung von Macht, Teilhabe und Sichtbarkeit verlaufen verstärkt konflikthaft. Gleichzeitig kann die Beteiligung privilegierter wie benachteiligter älterer Menschen dazu beitragen, eben solche Krisen zu bewältigen. Der Abbau sozialer Ungleichheit und die Bekämpfung von Ageismus und Diskriminierung jedweder Gestalt ist deshalb mehr denn je geboten.

Das Konzept der Teilhabe lenkt den Blick vor allem auf jene älteren Menschen, die in geringerem Maße als andere die Möglichkeit haben, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Um die Teilhabechancen auch für diejenigen älteren und sehr alten Menschen zu verbessern, die in diesem Sinne benachteiligt sind, und um Exklusion und Diskriminierung Älterer in allen Lebensbereichen zu verhindern, müssen politische Entscheidungsträger*innen, Betriebe und zivilgesellschaftliche Akteure umfassende und koordinierte Anstrengungen unternehmen. Dazu dienen unter anderem Maßnahmen, die ältere Menschen als Individuen mit Recht auf Selbstbestimmung in den Blick nehmen und ihre Rolle im gesellschaftlichen Leben und öffentlichen Diskurs stärken. Solche Maßnahmen zur Förderung sozialer Teilhabe sollten dabei nicht nur *für* ältere Menschen, sondern *mit* älteren Menschen gestaltet werden. In entsprechenden partizipativen Prozessen sollten insbesondere potenziell benachteiligte Menschen wie (sehr) alte Frauen oder Menschen mit geringen finanziellen und sozialen Ressourcen, mit Beeinträchtigungen, mit Migrationsgeschichte und LSBTI*-Personen sowie deren jeweilige Interessenvertretungen einbezogen werden.

Die folgenden Empfehlungen zur Förderung von Potenzialen im Sinne der Teilhabechancen aller älterer Menschen, also zur Stärkung von Ressourcen, zum Abbau von Barrieren und zum Ausbau von Zugängen, sind abgeleitet aus den Beobachtungen und Analysen in diesem Bericht. Dabei ist vorauszuschicken, dass die Empfehlungen nicht vorauseilend die Knappheit der finanziellen Ressourcen zur Begrenzung nehmen, sondern deutlich machen, was für die Teilhabe Älterer notwendig ist – um letztlich Potenziale auszuschöpfen und möglicherweise langfristig sogar Mittel einsparen zu können. Zudem ist anzumerken, dass bei allem Fokus auf „neue" Erkenntnisse viele Empfehlungen aus vorangehenden Altersberichten der Bundesregierung keineswegs an Gültigkeit und Bedeutung eingebüßt haben, gerade wenn es um die Ermöglichung selbstbestimmter, gleichberechtigter und mitverantwortlicher Teilhabe geht. So sind Anstrengungen zum Abbau neuer Ungleichheiten und Barrieren für Ältere im Zuge der Digitalisierung (Achter Altersbericht) und die nachhaltige Stärkung der lokalen Politik mit älteren und für ältere Menschen (Siebter Altenbericht) noch immer hochaktuell und wichtig. Sie wurden in diesem Bericht insbesondere mit Blick auf die Teilhabe bisher wenig beachteter benachteiligter Gruppen weiter diskutiert.

Die nachfolgenden Empfehlungen sind nach vier übergreifenden Zielen geordnet: Es gilt, individuelle Handlungsspielräume für ältere Menschen zu schaffen und Teilhabechancen zu eröffnen (1). Dafür müssen gesellschaftliche Vielfalt anerkannt und soziale Ungleichheiten bekämpft werden (2). Hierfür sind geeignete strukturelle und politische Rahmenbedingungen notwendig (3), die bestenfalls auf belastbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen (4) beruhen.

Individuelle Handlungsspielräume schaffen und Teilhabechancen eröffnen

1. Die Funktion der Einkommenssicherung und die Armutsfestigkeit des deutschen Alterssicherungssystems stärken.

Materielle Sicherheit ist eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe im Alter. Für die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) als tragende Säule des deutschen Alterssicherungssystems sollte auch über das Jahr 2025 hinaus ein gesetzlich kodifiziertes, verlässliches Sicherungsziel (Mindestrentenniveau) festgelegt werden, das die angemessene Teilhabe von Rentner*innen an der gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung gewährleistet und jüngeren Beitragszahler*innen ein verlässliches Sicherungsversprechen gibt, an dem sie sich bei ihrer Lebensplanung orientieren können. Der soziale Ausgleich in der GRV sollte gestärkt werden, indem diskontinuierliche Lebensverläufe und Phasen der Arbeitslosigkeit besser abgesichert werden, zum Beispiel durch eine Weiterentwicklung der sogenannten „Grundrente“ (Zuschlag an Entgeltpunkten für langjährige Versicherung nach § 76g SGB VI). Notwendig ist darüber hinaus auch eine weitere Verbesserung der Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos; ein besonderer Fokus sollte hier auf der Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation liegen.

2. Die Nichtinanspruchnahme der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung und die damit verbundene verdeckte Altersarmut substanziell reduzieren.

Zur Verringerung der verdeckten Altersarmut sollten Bund, Länder und örtliche Sozialhilfeträger administrativ-organisationale Barrieren der Inanspruchnahme von Leistungen der Grundsicherung abbauen und eine Politik der gezielten Entstigmatisierung des Grundsicherungsbezugs entwickeln und umsetzen. Der Aufbau lokaler Netzwerke gegen Altersarmut unter Beteiligung von Betroffenen, freier Wohlfahrtspflege, zivilgesellschaftlichen Organisationen und der kommunalen Sozialverwaltung sollte gefördert werden. Solche Netzwerke können zu einer verstärkten Sensibilisierung der Öffentlichkeit beitragen.

3. Die soziale Schuldner*innenberatung strukturell stärken und auf die spezifischen Beratungsbedarfe älterer Menschen ausrichten.

Ältere überschuldete Menschen sind in der sozialen Schuldner*innenberatung bislang unterrepräsentiert, da sie in besonderem Maße sowohl von institutionellen als auch von individuellen Zugangshemmnissen betroffen sind. Um diese Zugangshemmnisse zu reduzieren, sollten aufsuchende Beratungsangebote sowie zielgruppenspezifische Beratungskonzepte auf- und ausgebaut werden. Um die hierfür notwendige Finanzierungsgrundlage zu schaffen und die soziale Schuldner*innenberatung insgesamt zu stärken, sollte die Einführung eines allgemeinen Rechtsanspruchs auf Schuldner*innenberatung, etwa im Rahmen eines neu zu schaffenden § 68a „Hilfe bei Überschuldung“ im SGB XII, geprüft werden.

4. Soziale Unterschiede bei der Erwerbsbeteiligung minimieren und Altersarmut vorbeugen.

In Zeiten des demografischen Wandels und zunehmenden Fachkräftemangels sollten der Gesetzgeber und die Betriebe Arbeit alters- und lebenssituationsgerecht(er) gestalten. Ziel sollte sein, über Lebensverläufe hinweg soziale und gesundheitliche Benachteiligungen und Ungleichheiten abzubauen, Risiken für Altersarmut proaktiv zu verhindern sowie Teilhabe sicherzustellen. Die Bundesregierung sollte eine Strategie dafür entwickeln, die Armutsrisiken von Migrant*innen, insbesondere von Frauen mit Migrationsgeschichte, zu bekämpfen und damit deren Risiken für Altersarmut vorzubeugen.

Geschlechterunterschiede bei der Erwerbsbeteiligung sollten minimiert und die berufliche Teilhabe von Frauen gefördert werden; entsprechende steuerliche und soziale Fehlanreize sollten abgebaut werden. So sollte beispielsweise das Ehegattensplitting im Hinblick auf seine Folgen für die Erwerbstätigkeit und die Alterssicherung von Frauen überprüft und weiterentwickelt werden. In Berufen mit hoher körperlicher und psychischer Belastung sollten sozial abgefederte Optionen für einen früheren und flexibel gestalteten Renteneintritt möglich sein.

5. Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Sorgearbeit verbessern.

Es ist für viele Menschen eine große Herausforderung, gleichzeitig erwerbstätig zu sein und Sorgearbeit für ältere Menschen zu leisten. Um Menschen besser darin zu unterstützen, beides zu vereinbaren, sollte die Familienpflegezeit weiterentwickelt werden: Wenn eine an- und zugehörige Person ihre Erwerbstätigkeit zeitweise aufgibt, um eine andere Person zu pflegen, sollte der Wegfall des Erwerbseinkommens zusätzlich zu den Leistungen der

Pflegeversicherung kompensiert werden. Die Familienpflegezeit und die Pflegezeit sollten mit einer Lohnersatzleistung aufgewertet werden. Darüber hinaus sollten Bund, Länder und Kommunen die ambulante und die teilstationäre pflegerische Versorgung ausbauen.

6. Gesetzliche Regelungen zu Pflege und Sorgearbeit auf nicht-verwandtschaftliche Beziehungen ausdehnen.

Der sozio-demografische Wandel inklusive der Zunahme von Kinderlosigkeit, Scheidungen und Single-Haushalten erfordert diversitätssensible plurale Förderinstrumente im Bereich der Pflege- und Sorgearbeit. Das Pflegezeitgesetz, das Familienpflegezeitgesetz und weitere nach dem Subsidiaritätsprinzip eng auf Herkunftsfamilien ausgerichtete gesetzliche Regelungen sollten auf nicht-verwandtschaftliche Beziehungen (An- und Zugehörige) erweitert werden. Damit können in einer älter und vielfältiger werdenden Gesellschaft neue Unterstützungsressourcen erschlossen werden (wie z. B. die Übernahme von Sorgearbeit durch andere Personen als Ehepartner*innen und Kinder). Die gesetzliche Rahmung von Wahl- und Verantwortungsgemeinschaften, die sich derzeit (Sommer 2024) im Gesetzgebungsverfahren befindet, wird ausdrücklich begrüßt.

7. Freiwilliges und ehrenamtliches Engagement im Alter fördern.

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag für die 20. Legislaturperiode vorgenommen, eine neue Engagementstrategie zu entwickeln. In dieser Engagementstrategie sollten die Vielfalt des Alters und das hohe Alter explizit adressiert werden, um insbesondere benachteiligten Menschen und Menschen im hohen Alter ein freiwilliges Engagement zu erleichtern. Die neue Strategie sollte nicht nur darauf hinwirken, lebenslanges Engagement zu unterstützen, sondern sie sollte auch Möglichkeiten dafür schaffen, auch im hohen Alter ein freiwilliges Engagement neu zu beginnen.

Die etwa 600.000 Organisationen der Zivilgesellschaft sollten größere Anstrengungen unternehmen, älteren Menschen Gelegenheiten für freiwilliges Engagement zu bieten. Sie sollten sich der Vielfalt des Alters stärker öffnen als dies zurzeit der Fall ist und bei Bedarf Schutzmaßnahmen gegen Altersdiskriminierung (etwa im Fall von Altersobergrenzen für bestimmte Ämter) ergreifen. Es sollten dabei gezielt intergenerationale Projekte gefördert werden, in denen verschiedene Altersgruppen gemeinsam gemeinwohlorientierte Projekte planen und durchführen und auf diesem Wege die jeweiligen anderen Perspektiven und Lebenssituationen kennenlernen.

Länder und Kommunen fördern bereits viele Freiwilligenagenturen, Senior*innenbüros oder Selbsthilfekontaktstellen. Für die Koordinierung der Engagementpolitik sollten Koordinierungsstellen auf Landesebene eingerichtet werden. Länder und Kommunen sollten flächendeckend Begegnungsstätten und Mehrgenerationenhäuser einrichten und deren Wirksamkeit empirisch überprüfen. Kommunale Einrichtungen dieser Art sollten ausreichend finanziert werden, um hauptamtlich tätige Expert*innen beschäftigen zu können.

8. Die Beteiligung älterer Menschen an Bildung und Kultur stärken.

Länder sollten verstärkt in die Entwicklung von Konzepten und Strukturen für lebenslange Bildung und kulturelle Teilhabe investieren. Hierbei ist es notwendig, Vielfalt und Ungleichheit im Alter in den Blick zu nehmen. Es sollten Angebote speziell für jene älteren Menschen entwickelt werden, die wegen Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, wegen Mobilitätseinschränkungen oder aufgrund sozioökonomischer oder soziokultureller Benachteiligung bislang wenig an Bildungsangeboten und kulturellen Angeboten teilnehmen konnten. Länder sollten Fördermittel für kulturelle Projekte mit älteren Menschen mit und ohne Einschränkungen zur Verfügung stellen; sie sollten außerdem die Beratung und Weiterbildung von Personen fördern, die kulturelle Bildung und Vermittlung im höheren Lebensalter anbieten.

Hochschulen sollten durch entsprechende Anreize motiviert werden, ältere Menschen am Regelbetrieb der hochschulischen Bildung zu beteiligen und die persönliche und berufliche Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte zu fördern. Dazu sollten sich Hochschulen unter anderem dem weltweiten Netzwerk „Age-Friendly University Global Network“ anschließen.

9. Möglichkeiten älterer Menschen zur politischen Mitwirkung stärken.

Länder und Kommunen haben dafür Sorge zu tragen, dass alle älteren Menschen die Gelegenheit zur selbstbestimmten Teilnahme an politischen Wahlen haben, unabhängig von ihrer Lebens- und Wohnsituation. Insbesondere für hochbetagte Menschen und für Menschen in stationären Einrichtungen sollten geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit für sie die realistische Möglichkeit besteht, an Wahlen teilzunehmen.

Die Senior*innenmitwirkungsgesetze der Länder bilden den Rahmen für die Vertretung der Interessen älterer Menschen auf kommunaler Ebene. Die Länder sollten die Einrichtung von kommunalen Senior*innenvertretungen als Pflichtaufgabe der Kommunen verankern und regeln. Zudem sollten ältere Menschen stärker in die politische Bildung von Bürger*innen aller Altersgruppen eingebunden werden, zum Beispiel bei der Vermittlung demokratischer Werte.

10. Bezahlbaren Wohnraum für ältere Menschen mit geringem Einkommen schaffen und barrierereduzierte Wohnangebote fördern.

Ältere Menschen mit geringem Einkommen und ohne Wohneigentum sind aufgrund steigender Mieten und Wohnkosten immer häufiger finanziell überfordert. Der soziale Wohnungsbau kann ein Instrument sein, um diese Wohnkostenüberlastung abzumildern. Die Zahl der Sozialwohnungen ist seit der Jahrtausendwende jedoch deutlich zurückgegangen. Länder sollten diese Entwicklung umkehren, den sozialen Wohnungsbau wiederbeleben und sicherstellen, dass Sozialwohnungen der zentralen Zielgruppe (Menschen mit geringen Einkommen) vorbehalten bleiben. Kommunen sollten gemeinsam mit den Akteuren der lokalen Wohnungsmärkte lokal angepasste Strategien für die Versorgung armer oder armutsgefährdeter älterer Menschen mit geeigneten Wohnungen entwickeln und die dafür zur Verfügung stehenden wohnpolitischen Instrumente konsequent nutzen.

Die bestehenden, bislang jedoch nicht auf Dauer gestellten und deutlich zu niedrig bemessenen Förderprogramme des Bundes und der Länder für den altersgerechten Umbau von Wohnungen sollten ausgeweitet, verlässlich verstetigt und hinsichtlich der konkreten Förderkonditionen attraktiver und niedrigschwelliger ausgestaltet werden. Insbesondere sollte die Bundesregierung das Programm „Altersgerecht Umbauen“ der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) weiter ausbauen und seine Zuschussvariante auf Dauer sicherstellen.

11. Wohnmobilität älterer Menschen fördern.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels lässt sich der Bedarf an barrierearmen Wohnungen nicht allein durch Neubau oder Modernisierung sichern. Daneben sollten deshalb Umzüge im Alter in bereits vorhandene altersgerechte Wohnungen unterstützt werden. Dafür sollten finanzielle Anreize für den Umzug gesetzt und Unterstützung beim Umzugsmanagement angeboten werden. In § 40 SGB XI (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen) sollte die finanzielle Unterstützung von Umzügen in altersgerechte Wohnungen aufgenommen werden. In lokalen Netzwerken geeigneter Akteure (u. a. mit kommunalen und anderen lokal agierenden Wohnungsgesellschaften) sollte nach praktikablen Möglichkeiten gesucht werden, den vorhandenen Wohnraum gemäß bestehender Bedarfe besser zu verteilen.

Menschen in der zweiten Lebenshälfte sollten mehr Gelegenheiten dazu haben, ihre eigene Wohnsituation, ihre Wohnbiografie und ihre Wohnwünsche zu reflektieren, um ihr Wohnen im Alter verstärkt selbst gestalten zu können. Senior*innen-Organisationen und andere geeignete Akteure können wichtige Impulse für Formate geben, die den Austausch, die Vernetzung und gemeinsame Aktionen von Menschen in der zweiten Lebenshälfte hinsichtlich ihrer individuellen Wohnplanung für das Alter ermöglichen.

12. Niedrigschwellige Angebote der verhaltensbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen ausweiten.

Menschen sollen bis ins hohe Lebensalter in die Lage versetzt werden, einen gesundheitsförderlichen Lebensstil aufzubauen und aufrechtzuerhalten – unabhängig von ihren finanziellen Mitteln, familialen Strukturen, Wohnorten und gesundheitlichen Ressourcen. Neben verhältnispräventiven Maßnahmen sollten altersspezifische verhaltensbezogene (d. h. nicht-medizinische, nicht-pharmakologische) Programme der Prävention und Gesundheitsförderung für alte und hochaltrige Menschen ausgeweitet (und finanziert) werden, die auch benachteiligte Menschen erreichen. Diese Maßnahmen müssen geeignet sein, Multimorbidität, Frailty (Gebrechlichkeit) und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu reduzieren und zur Lebensqualität beitragen.

Kommunale Akteure in den Bereichen Gesundheitswesen, Sport, Altenhilfe und Quartiersentwicklung sollten sich dafür engagieren, dass niedrigschwellige Angebote, die körperliche Bewegung und eine gesunde Ernährung fördern, deutlich ausgeweitet und lokal beworben werden. Dazu gehören evidenzbasierte, partizipativ entwickelte Angebote innerhalb der Gesundheitsversorgung (einschließlich des Rehabilitationssports) bei bestimmten altersassoziierten Erkrankungen sowie Gruppenangebote für ältere Menschen in Sportvereinen, Begegnungszentren, Mehrgenerationenhäusern und anderen Einrichtungen der Altenhilfe. Die Angebote sollten leicht zugänglich und erreichbar sein und kostengünstig oder kostenfrei bereitgestellt werden.

Um auch zu Hause lebende ältere Menschen mit Mobilitäts- und kognitiven Einschränkungen und deren An- und Zugehörige zu erreichen, sollten gleichermaßen individuelle Angebote in aufsuchender Form gemacht werden. Empfehlungen hinsichtlich präventiver Verhaltensmaßnahmen sollten auch in Beratungsangebote bei Pflegebedarfen integriert werden.

13. Die räumlichen und sozialen Bedingungen insbesondere benachteiligter städtischer und ländlicher Lebenswelten alters- und teilhabefreundlich, diversitätssensibel und gesundheitsförderlich entwickeln.

Gesundheitsförderliche Sozialräume tragen dazu bei, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern oder hinauszuzögern. Im öffentlichen Raum sollten deshalb physische und soziale Barrieren abgebaut, nutzungsfreundliche Grünräume vorgehalten oder entwickelt, Umweltbelastungen (insbesondere Hitze in städtischen Räumen) reduziert und Möglichkeiten für Mobilität und körperliche Aktivität für ältere und körperliche eingeschränkte Menschen verbessert werden. Barrierearme und niedrigschwellige Gelegenheiten für soziale Aktivitäten sollten – partizipativ – entwickelt und auch für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst erreichbar gestaltet werden. Dafür bedarf es leicht zugänglicher Anlauf- und Beratungsstellen und konkreter Ansprechpartner*innen vor Ort, Angebote der offenen Altenhilfe sollten diversitätssensibel gestaltet werden. Dazu braucht es die Zusammenarbeit von Haupt- und Ehrenamt; hierfür sind verlässliche Finanzierungsstrukturen zu schaffen. Ähnliches gilt für zivilgesellschaftliche Strukturen wie Sport- und andere Vereine.

14. Die Suizidprävention im Alter ausbauen.

Als eine zentrale Maßnahme der Suizidprävention im Alter sollte der Zugang zu qualitativ hochwertiger Pflege und angemessener Gesundheitsversorgung, einschließlich palliativmedizinischer Behandlung, zu Hospizarbeit sowie zu alternssensibler Psychotherapie und psychosozialer Beratung verbessert werden. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die Bekämpfung von Einsamkeit und Ageismus sowie die Förderung der sozialen Inklusion und der gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen zur Prävention von Suiziden beitragen. Die gesetzliche Regelung zur Suizidprävention, die auf Basis der im Mai 2024 veröffentlichten Nationalen Suizidpräventionsstrategie (NaSuPs) zu entwickeln ist, sollte den Aufbau einer bundesweit einheitlichen 24/7-Rufnummer für suizidale Menschen, nahestehende Personen und Helfende veranlassen. Weitere spezielle niedrigschwellige Hilfen für ältere suizidgefährdete Menschen sollten gefördert und finanziell besser ausgestattet werden. Altenssensible Suizidprävention sollte im Bereich von Pflege, Medizin und Gesundheit als Pflichtthema in Aus-, Fort- und Weiterbildung verankert werden – hierauf sollte der Bund in Zusammenarbeit mit den Ländern und den jeweiligen Fach- und Berufsverbänden hinwirken.

Vielfalt anerkennen und Ungleichheit bekämpfen

1. Kampagnen gegen Ageismus unter Beteiligung älterer Menschen durchführen.

Bund, Länder und zivilgesellschaftliche Akteure sollten Kampagnen gegen Ageismus durchführen. Ziel solcher Kampagnen sollte es sein, Menschen unterschiedlicher Altersgruppen dazu zu motivieren, ihre Altersbilder und ihr auf ältere Menschen bezogenes Verhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern. Die Kampagnen sollten für ageistische Tendenzen sensibilisieren und ein Bewusstsein für Situationen schaffen, in denen (ältere) Menschen Ageismus und Diskriminierung ausgesetzt sind. Anti-Ageismus-Kampagnen sollten auf wissenschaftlicher Basis konzipiert und evaluiert werden, auch ältere Menschen selbst sollten bei der Konzeption einbezogen werden.

Das Programm Altersbilder des BMFSFJ sollte weiter gefördert und in seiner konzeptionellen Ausrichtung weiterentwickelt werden. Das BMFSFJ sollte eine Auszeichnung „altersfair“ entwickeln und festlegen, welche Kriterien Organisationen erfüllen müssen, um diese Auszeichnung erhalten zu können. Es sollten Anreize geschaffen werden, die es für Organisationen attraktiv machen, sich um diese Auszeichnung zu bewerben.

2. Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von Rassismus verhindern.

Um Benachteiligungen aufgrund von Migrationsgeschichte und verschiedenen (sozio-)kulturellen Merkmalen wirksam zu bekämpfen, muss interpersoneller und struktureller Rassismus systematisch aufgedeckt und kommuniziert werden. Zum Abbau von interpersonellem und strukturellem Rassismus sollten evidenzbasierte Maßnahmen entwickelt werden, die intersektionale Verschränkungen von sozialer Ungleichheit berücksichtigen, dabei sollte das Erfahrungswissen von Betroffenen und Expert*innen aus den Communities und Community-

Selbsthilfeorganisationen partizipativ einbezogen und finanziell gewürdigt werden. In diesem Zusammenhang sollten konkrete Indikatoren entwickelt und in altersbezogenen Förderplänen auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verankert werden, um eine rassismussensible und diskriminierungskritische Arbeit mit älteren Menschen in öffentlichen Einrichtungen sicherzustellen (wie z. B. im Landesförderplan „Alter und Pflege“ in NRW).

Es sollten rassismuskritische Ansätze zur Sensibilisierung des Personals in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Altenhilfe und der öffentlichen Verwaltung entwickelt und umgesetzt werden. Für ältere Menschen mit Rassismuserfahrungen sollten in diesen Einrichtungen Beschwerdestellen etabliert werden. Vor Ort sollten Maßnahmen zum Empowerment (Selbstbefähigung) durchgeführt werden, um ältere Menschen dafür zu sensibilisieren, erlebten Rassismus zu identifizieren und zu benennen und um ihnen die Möglichkeit zu geben, sich Gehör zu verschaffen. Hierzu sollten Kommunen oder zivilgesellschaftliche Institutionen (z. B. Träger der freien Wohlfahrtspflege) Räume bereitstellen.

3. Die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von sexueller und geschlechtlicher Identität verhindern.

In Einrichtungen des Gesundheitswesens und der offenen Altenhilfe sind Strukturen, Abläufe und Praktiken häufig an einer (vermeintlichen) „Mehrheitsgesellschaft“ ausgerichtet. Damit marginalisieren oder übersehen sie „andere“ Lebensweisen wie beispielsweise nicht-heteronormative Identitäten und Orientierungen. Um LSBTI*-Personen auch im Alter ein angstfreies und offenes Leben im Alltag oder in der Abhängigkeit von Dritten zu gewährleisten, müssen sie die Möglichkeit haben, ihre eigenen Wünsche und ihr Begehren artikulieren zu können. Eine Kultur der Antidiskriminierung und eine offene Willkommenskultur sowie sichere Lebensräume haben deshalb gerade für ältere LSBTI*-Personen große Bedeutung. Eine kompetente Praxis inklusiver Altenhilfe erkennt auch nicht-normatives sexuelles Begehren und nicht-normative Körper und spezifische Bedarfe sowie Ressourcen und Unterstützungspotenziale im Alter an.

Einrichtungen des Gesundheitswesens und der offenen Altenhilfe sollten deshalb Maßnahmen des Diversity Managements oder der Biografiearbeit umsetzen, um Bedarfe und Potenziale älterer LSBTI*-Personen zu erkennen und normative Strukturen und ihre Auswirkungen auf Individuen zu problematisieren und zu verändern. Wichtige Beiträge gegen die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung oder geschlechtlichen Identität können auch von einer (partizipativen) diversitätssensiblen Alternsforschung geleistet werden, sie sollte deshalb stärker gefördert werden. Das öffentlich geförderte Qualitätssiegel „Lebensort Vielfalt“ oder das niedrigschwellig konzipierte bundesweite Modellprojekt zur Öffnung der Altenhilfeeinrichtungen der Arbeiterwohlfahrt (AWO) (mit Praxisinstrumenten zur Abgabe an alle Sozialverbände) sollten evaluiert, weiterentwickelt und verstetigt werden; auch ländliche Räume sollten hierbei einbezogen werden.

4. Versorgungsnachteile einzelner Gruppen älterer Menschen im Gesundheitswesen abbauen.

Immer wieder wird nachgewiesen, dass ältere Menschen im Zusammenhang mit einem niedrigen Sozialstatus, dem Geschlecht, einer Migrationsgeschichte und/oder der sexuellen oder geschlechtlichen Identität sowie mit zunehmender Pflegebedürftigkeit bei der gesundheitlichen oder pflegerischen Versorgung Nachteile haben. Dies sind zum Beispiel Nachteile hinsichtlich des Zugangs (etwa zu Fachärzt*innen) und/oder der Qualität (etwa in der Kommunikation oder dem Überweisungsverhalten). Zur Reduktion solcher Versorgungsnachteile sollten Prozesse einer diversitätsorientierten Organisations- und Personalentwicklung auf gesundheitspolitischer, organisationaler und auf der Ebene der Interaktion mit den Nutzer*innen umgesetzt werden.

Auf gesundheitspolitischer Ebene sollte die Bundesregierung einen gesetzlichen Rahmen schaffen, der die Finanzierung und Umsetzung von diversitätsgerechten und diskriminierungskritischen Prozessen der Personal- und Organisationsentwicklung in der medizinischen Versorgung (einschließlich der Rehabilitation, der Geriatrie und der Psychotherapie) sowie in der ambulanten und stationären pflegerischen Langzeit- und Palliativversorgung verbindlich regelt. Dieser Rahmen sollte Maßnahmen umfassen, mit denen für alle älteren Menschen bedarfsgerechte und diskriminierungsfreie Zugänge zur Versorgung sowie eine hohe Qualität in der Versorgung gewährleistet werden. Unter anderem sollten die folgende Maßnahmen in Betracht gezogen werden:

- Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlungen in der gesundheitlichen Versorgung sollte von den Krankenkassen finanziert werden.
- Es sollten diversitätssensible Anamnese- und Versorgungskonzepte entwickelt und implementiert werden.

- In Ausbildungen und Studiengängen von Gesundheitsberufen sollten curriculare Inhalte eingeführt werden, die die Reflexion von Versorgungsungleichheiten und deren Ursachen sowie die Vermittlung von Diversity-Kompetenz umfassen.
- Im Qualitätsmanagement sollten Kriterien aufgenommen werden, die Versorgungsungleichheiten adressieren; im Zusammenhang hiermit sollten geeignete Qualitätssiegel entwickelt werden.
- Informationelle, kommunikative und psychosoziale Leistungen in der Versorgung sollten aufgewertet und anerkannt werden.

Auf der organisationalen Ebene sollten diversitätsorientierte Coachings und Fallsupervisionen während der Arbeitszeit für das Personal in der medizinischen und pflegerischen Versorgung angeboten werden. Außerdem sollten Maßnahmen des Diversity-Managements etabliert werden, um medizinische, rehabilitative, palliative und pflegerische Versorgungsprozesse weiterzuentwickeln.

Auf der Ebene der Interaktion mit Nutzer*innen sollte das diversitätskompetente Kommunizieren und Handeln des Gesundheits- und Pflegepersonals gefördert werden. Auch die Anleitung und Befähigung (Edukation) von Patient*innen sollte lebenswelt- und diversitätsorientiert weiterentwickelt werden.

Zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in prekären Lebenssituationen und/oder mit multiplen Versorgungsbedarfen (z. B. bei Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit) sind niedrigschwellige integrierte sowie communitybasierte Ansätze in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (z. B. Case Management, Gesundheitskioske, Community Health Nurses) erforderlich, die auch verschiedene Herkunftssprachen berücksichtigen. Sie sollen anwaltschaftliche Funktionen übernehmen und Gesundheitskompetenz und Selbstbefähigung stärken.

5. Altenhilfe und Altenhilfestrukturen diversitätssensibel gestalten.

Angesichts der zunehmend sichtbar werdenden Vielfalt der Gruppe der älteren Menschen sollten Kommunen und freie Träger ihr in der Altenhilfe tätiges Personal diversitätssensibel fortbilden und ihre Angebote und Leistungen für ältere Menschen entsprechend gestalten. Inklusive Angebote für alle älteren Menschen (auch über ältere LSBTI*-Personen und ältere Menschen mit Migrationsgeschichte hinaus) sollten lebensweltorientiert in Verbindung mit den regionalen Vereinigungen, Organisationen und Interessensvertretungen organisiert werden. Initiativen zur diversitätssensiblen Gestaltung der genannten Angebote und Leistungen sollten nachhaltig konzipiert sein.

Um für alle älteren Menschen möglichst gleiche Zugangschancen zu Angeboten der Altenhilfe zu schaffen, sollten diese flächendeckend und niedrigschwellig, diskriminierungs- und stigmatisierungsfrei, bedarfs- und ressourcenorientiert, kultur- und differenzsensibel, wertschätzend und partizipativ ausgestaltet sein.

6. LSBTI*-Communities: Intergenerationale Orte der Begegnung schaffen und Altersdiskriminierung stärker adressieren.

Die vielfältig aufgestellten LSBTI*-Communities sind dazu aufgerufen, intergenerationale Orte der Begegnung zu schaffen. Altersdiskriminierung in den jeweiligen Communities muss verhindert und adressiert werden, auch um mit konkreten Projekten die Sichtbarkeit älterer LSBTI*-Personen in den Communities zu erhöhen. Bund und Länder sollten entsprechende Einrichtungen in den Kommunen hierbei unterstützen. Vertretungen für das Alter für Bisexuelle, trans* und inter* Personen sollten strukturell gefördert werden und die spezifischen Themenstellungen zum Alter(n) adressieren. Der Bund sollte die heterogen und unterschiedlich geprägten LSBTI*-Communities aufgrund ihrer Kompetenz in die Umsetzung von Maßnahmen der Einsamkeitsstrategie sowie in die derzeit (Sommer 2024) laufende Entwicklung der Engagementstrategie einbeziehen. Die Kommunen sollten Runde Tische zu Besuchs- und Mobilitätsdiensten oder zu Fragen der Lebens- und Pflegequalität im Alter einberufen und dabei die Moderationsrolle diversitätssensibel einnehmen.

7. Nicht verausgabte Mittel zur Rehabilitation (§ 175 StGB und § 151 StGB-DDR) zur Förderung von LSBTI*-Selbstvertretungen, der Erinnerungskultur und einer diversitätssensiblen Altenhilfe nutzen.

Die vom Deutschen Bundestag am 21. Juni 2017 beschlossene Rehabilitation der nach den § 175 StGB und § 151 StGB-DDR verurteilten Menschen wurde im Jahr 2022 mit einer Fristverlängerung für die Beantragung einer Entschädigung für erlittenes Unrecht um weitere fünf Jahre ermöglicht. Weil seit der Liberalisierung des § 175 StGB jedoch inzwischen schon 50 Jahre vergangen sind, sind viele Betroffene bereits verstorben oder hochbetagt, weshalb bislang nur ein sehr kleiner Teil der veranschlagten 30 Millionen Euro abgerufen wurde. Die

Beratung und Unterstützung Betroffener bei der Inanspruchnahme ihrer Entschädigungsansprüche sollte fortgeführt werden. Daneben sollten diese Mittel im Sinne einer Kollektiventschädigung für eine institutionelle Förderung von bislang nicht geförderten Selbstvertretungsverbänden, für eine finanzielle Förderung einer Erinnerungskultur der Verfolgungsgeschichte von LSBTI*-Personen sowie für die Förderung von diversitätssensiblen Projekten in der Altenhilfe verwendet werden.

8. Gesetzliche Rahmenbedingungen und Beratungsstrukturen für transnational lebende ältere Menschen verbessern.

Angesichts der Bedeutungszunahme transnationaler Lebensweisen im Alter sollten die bestehenden Rechtsgrundlagen insbesondere im Bereich der grenzüberschreitenden Pflege weiterentwickelt werden. Die bestehende Begrenzung des Bezugs von Pflegegeldleistungen bei Aufenthalt im Nicht-EU-Ausland auf maximal sechs Wochen im Kalenderjahr nach § 34 Absatz 1 SGB XI sollte aufgehoben und der Bezug von Pflegesachleistungen bei vorübergehendem Aufenthalt im EU- und Nicht-EU-Ausland sollte ermöglicht werden, um die pflegerische Versorgungskontinuität zu sichern, unnötige Belastungen der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu vermeiden und Teilhabe zu stärken. Angebote und Strukturen der Pflegeberatung nach den §§ 7a bis c SGB XI sollten verstärkt dazu beitragen, mehr Transparenz über die rechtlichen Bedingungen transnationalen Lebens zu schaffen und die Betroffenen zielgruppengerecht über die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung über staatliche Grenzen hinweg zu informieren. Die Förderung interkultureller Beratungsprojekte zu transnationalen Versorgungspraktiken sollte ausgebaut und verstetigt werden.

Strukturelle und politische Rahmenbedingungen verbessern

1. Die Erarbeitung einer internationalen Konvention der Rechte älterer Menschen unterstützen.

Altersdiskriminierung durchzieht alle Lebensbereiche älterer Menschen weltweit und wird in keiner der internationalen menschenrechtlichen Konventionen und Verträge ausdrücklich thematisiert. In vorhandenen menschenrechtlichen Dokumenten werden die Rechte älterer Menschen nur implizit behandelt. Seit 2010 prüft eine Arbeitsgruppe der Vereinten Nationen (die sogenannte Open Ended Working Group on Ageing), ob eine UN-Konvention für die Rechte älterer Menschen sinnvoll und zweckmäßig wäre, um Lücken beim Schutz der Menschenrechte älterer Menschen zu schließen. Eine solche Konvention hätte das Ziel, die bestehenden allgemeinen Menschenrechte für die besonders schützenswerte und bislang häufig übersehene Gruppe älterer Menschen zu sichern und die Position älterer Menschen als Träger*innen von Rechten zu stärken. Die Bundesregierung sollte die Erarbeitung einer Konvention der Vereinten Nationen für die Rechte älterer Menschen unterstützen.

2. Die Strukturen der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII und die institutionellen Grundlagen der Senior*innenpolitik dauerhaft stärken und substanziell weiterentwickeln. Den Pflichtcharakter der Altenhilfe verbindlich regeln und die kommunale Handlungsfähigkeit stärken.

Eine zeitgemäße, integrierte Senior*innenpolitik braucht geeignete rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen. Die Modernisierung der Altenhilfestrukturen sollte darauf abzielen, die Altenhilfe und die Senior*innenpolitik insgesamt institutionell aufzuwerten, ihren Fürsorgecharakter so weit wie möglich zu überwinden, stattdessen ihren präventiven, gestaltenden Charakter zu stärken sowie sie inklusiver und diversitätssensibler für alle älteren Menschen auszurichten. Im Sinne der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sollten deshalb in ganz Deutschland flächendeckende, vernetzte kommunale Infrastrukturen für soziale Dienste für ältere Menschen geschaffen werden.

Die Aufgaben der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII (Infrastrukturverantwortung, Beratungsauftrag und Leistungen im Einzelfall) sollten als Pflichtleistungen verbindlich geregelt und aufgabenadäquat finanziert werden. Die Bundesländer sind aufgefordert, hierfür die nötigen landesgesetzlichen Grundlagen zu schaffen – unter strikter Beachtung des Konnexitätsprinzips. Ein zentraler Ansatzpunkt sind hierbei landesgesetzliche Ausführungsgesetze zum SGB XII, mit denen innerhalb der Bundesländer verpflichtende (Mindest-)Standards zur kommunalen Ausgestaltung der Altenhilfe unter Beachtung des kommunalen Selbstverwaltungsrechts gesetzt werden sollten. Hierzu gehören unter anderem Vorgaben zur Einrichtung einer Senior*innen- beziehungsweise Alten(hilfe)planung sowie (Mindest-)Standards zur Ausgestaltung von Angeboten und Infrastrukturen der Beratung, Begegnung, Unterstützung und Engagementförderung. Die Kommunen sollten durch eine ausreichende und verlässliche Grundfinanzierung in die Lage versetzt werden, im Bereich der Altenhilfe und der Senior*innenpolitik nachhaltige Strukturen zu schaffen und stärker gestaltend tätig zu werden.

3. Einen umfassenden Dialogprozess zur Vorbereitung eines neuen Sozialgesetzbuches „Teilhabe im Alter“ initiieren.

Mittel- und langfristig sollte zur Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen und der Senior*innenpolitik insgesamt eine bundesgesetzliche Regelung angestrebt werden, um das institutionelle Fundament für eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter zu legen und gleichwertige Lebensbedingungen für alle älteren Menschen in ganz Deutschland zu gewährleisten. In Anknüpfung an die Empfehlungen des Siebten Altenberichts der Bundesregierung sollte die Schaffung eines neuen Sozialgesetzbuches „Teilhabe im Alter“ geprüft werden, in dem die bestehenden, vielfach fragmentierten und insgesamt unzureichenden Grundlagen einer Politik für ein gutes Leben im Alter gebündelt, soziale Teilhaberechte älterer Menschen definiert und hierfür bundesweit geltende Qualitätskriterien und (Mindest-) Standards festlegt werden. Um die mit einer solchen bundesgesetzlichen Lösung verbundenen sozial- und kompetenzrechtlichen Fragen zu klären, sollte zeitnah eine unabhängige, interdisziplinäre Expert*innenkommission eingerichtet und ein breiter Dialog- und Konsultationsprozess unter Beteiligung aller relevanten staatlichen und nicht-staatlichen Akteure initiiert werden.

4. Aufsuchende Beratungsstrukturen der Altenhilfe aus einer Hand anbieten.

Klassische Beratungsangebote der Altenhilfe werden von mehrfach benachteiligten Menschen häufig nicht gefunden oder aufgesucht. Es bedarf deshalb eines flächendeckenden Ausbaus einer niedrigschwelligen Beratungs- und Unterstützungsstruktur. Zugehende Unterstützungsangebote und präventive Hausbesuche können den Zugang zu Leistungen sowie zu sozialen und gesundheitsförderlichen Einrichtungen und Netzwerken ebnen und Situationen der Unterversorgung vorbeugen und sollten deshalb flächendeckend durchgeführt werden.

In der Beratungspraxis sollte die zunehmende Pluralisierung von biografischen Verläufen und Lebenserfahrungen stärker berücksichtigt werden. Soziokulturelle Unterschiede, individuelle Wunsch- und Wahlrechte und spezifische Bedarfe sollten anerkannt und respektiert werden.

5. Strukturelle Versorgungs- und Qualitätsprobleme in der Langzeitpflege lösen.

Das System der Langzeitpflege sollte so weiterentwickelt werden, dass eine qualitativ hochwertige und niedrigschwellig zugängliche ambulante und stationäre pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Lokale Situationen der Unterversorgung müssen vorausschauend vermieden werden. Dafür sollten Bund und Länder in Kooperation mit den Tarifpartnern den Pflegeberuf – sowie die beteiligten Gesundheits- und Sozialberufe – attraktiver machen, Arbeitsbedingungen verbessern, Qualifizierungswege flexibilisieren und die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern. Die Konzertierte Aktion Pflege sollte konsequent weiterverfolgt und umgesetzt werden. Die Allgemeinverbindlichkeit eines Tarifvertrags für die Altenpflege sollte weiterhin angestrebt werden.

Die Steuerungs- und Gestaltungsverantwortung der Kommunen im Bereich der pflegerischen Versorgung sollte deutlich ausgebaut werden, um eine bedarfsgerechte und sozialraumorientierte Versorgung vor Ort gewährleisten zu können; dies betrifft unter anderem die Bereiche der Prävention, der Pflegeberatung und der verbindlichen Pflegestrukturplanung. Hierfür sind geeignete gesetzliche Grundlagen im SGB XI und eine aufgabenadäquate Finanzierung zu schaffen.

Der Anstieg der Eigenanteile der Versicherten bei den Pflegekosten in der pflegerischen Versorgung sollte begrenzt werden, um Pflegebedürftige und Angehörige finanziell stärker zu entlasten und den Anstieg der Abhängigkeit von Sozialhilfe aufgrund von Pflegebedürftigkeit zurück zu drängen. Die Finanzierungsgrundlage der Pflegeversicherung sollte dafür erweitert werden.

Möglichkeiten der Prävention von Pflegebedürftigkeit (d. h. der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit vor ihrem Eintritt) sowie Möglichkeiten der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation aus der Pflegebedürftigkeit (also innerhalb der Langzeitpflege) sollten ausgebaut und verstärkt genutzt werden.

Für Probleme mit Gewalt in Pflegekontexten sollten alle Beratungsangebote für ältere Menschen und ihre An- und Zugehörigen sensibilisiert sein. Spezialisierte Beratungsangebote sollten so beworben werden, dass sie möglichst allen Betroffenen bekannt und barrierefrei nutzbar sind.

6. Altersspezifische Ansätze in der gesundheitlichen Versorgung stärken.

Die gesundheitspolitischen Akteure des Bundes, der Länder und der Kommunen sowie der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen sowie Kranken- und Pflegekassen) sollten flächendeckend ambulante geriatrische Strukturen einführen, um Risiken zu minimieren, die aus generalistischen, nicht altersspezifischen Versorgungssituationen entstehen.

Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen ist mangelhaft und sollte insbesondere im ambulanten Sektor durch innovative gerontopsychiatrische und alterspsychotherapeutische Angebote, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit und Versorgung in der eigenen Wohnung (Hausbesuche) ermöglichen, ausgebaut werden. Das Fachpersonal im Bereich Gesundheit, Medizin und Pflege muss geriatrisch und gerontologisch besser qualifiziert werden. Der Bund sollte hierauf gemeinsam mit den Berufs- und Fachverbänden hinwirken.

7. Probleme der gesundheitlichen Versorgung in peripheren ländlichen und benachteiligten städtischen Regionen lösen.

Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen betrifft ältere Menschen besonders. In betroffenen Regionen sollten deshalb Ansätze für bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen gestärkt werden, Über- und Unterversorgung sollte wesentlich entschiedener adressiert werden. So sollte etwa der Aufkauf freiwerdender Arztsitze in überversorgten Gebieten eine „Muss-Regelung“ im Rahmen der Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung werden. Auf Nachbesetzungen von Vertragsarztsitzen in überversorgten Regionen sollte zugunsten unterversorgter Gebiete verzichtet werden. Ferner sollten hierbei die Beteiligungsrechte der Kommunen deutlich gestärkt werden – dazu sollte der Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen kommunal ausgerichtet werden. Die Selbstverwaltung sowie der Bund und die Länder sollten in konzertierten Aktionen konsequentere Maßnahmen im Kampf gegen Unterversorgung insbesondere in ländlichen Planungsbereichen ergreifen. Diese sollten verstärkt evaluiert werden, damit hemmende und förderliche Interventionen besser beurteilt und Mitnahmeeffekte im Zusammenhang mit finanziellen Anreizen minimiert werden können.

Die Möglichkeiten der Kommunen, Strukturen der Pflege- und Gesundheitsversorgung bedarfsgerecht, wohnortnah und integriert zu gestalten, sollten substanziell erweitert werden. Hierfür sollten Bund und Länder sowohl gesetzliche Zuständigkeiten und Kompetenzen als auch finanzielle Ressourcen auf die kommunale Ebene übertragen.

Wissenslücken schließen

1. Die Datenlage in Bezug auf bislang unterrepräsentierte Gruppen älterer Menschen verbessern und die Forschung zum Abbau von Benachteiligungen und sozialen Ungleichheiten intensivieren.

Die Datenlage zu Vielfalt und Ungleichheit im Kontext von Teilhabe im Alter in Deutschland ist nicht ausreichend. Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Forschung mit Blick auf bislang wenig beachtete Gruppen älterer Menschen sollte deshalb verstärkt gefördert werden, etwa im Rahmen bestehender quantitativer Längsschnittstudien (wie z. B. des Deutschen Alterssurveys und des Sozio-oekonomischen Panels) sowie qualitativer Untersuchungen. Hierbei sind die folgenden Forschungsthemen von besonderer Bedeutung:

– *Sexuelle und geschlechtliche Orientierung im Alter*: Die Sozial-, die Gesundheits- und die Pflegeberichterstattung weisen insbesondere zu bisexuellen, trans* und inter* Personen im Alter, zur Multimorbidität und zu HIV/Aids offenkundige Lücken auf. Forschungsprojekte zu sexueller und geschlechtlicher Vielfalt im Alter sollten intersektionale Perspektiven einnehmen, interdisziplinär konzipiert und partizipativ gestaltet sein. Insbesondere die Erhebung und Analyse von Längsschnittdaten (also die Mehrfachbefragung von Studienteilnehmer*innen über lange Zeiträume) sollte gefördert werden. Parallel zur Erhöhung der Fallzahlen in repräsentativen Umfragen sollte in der empirischen Forschung ein pluraleres, offeneres Verständnis von Sexualität und Geschlecht adressiert werden.

– *Menschen mit Migrationsgeschichte:* Die Vielfalt post-/migrantischer Lebenswelten und der damit verknüpften Teilhabechancen werden mit den aktuell verfügbaren quantitativen Daten nur eingeschränkt abgebildet. Qualitative Erkenntnisse liegen vereinzelt vor, sind jedoch teils veraltet. Es sollten sowohl verallgemeinerbare Daten als auch vertiefende Analysen von lebensweltlichen Herausforderungen älterer Menschen mit Migrationsgeschichte erhoben und bereitgestellt werden, die es ermöglichen, die Lebenssituation von post-/migrantischen Gruppen u. a. hinsichtlich „Alter“, „Geschlecht“, „(Einwanderer-)Generation“, „Sozialstatus“ oder „Rassifizierung“ differenziert zu untersuchen und bestehende Bedarfe treffender zu ermitteln. Systematische Analysen zur medizinischen und pflegerischen Versorgungssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte, die bislang ebenfalls fehlen, sollten auch untersuchen, wie Gesundheitsorganisationen Diversität (erfolgreich) aufnehmen können. Eine verbesserte Datenlage in diesen Feldern setzt innovative, teilweise ressourcenintensive methodische Zugänge voraus, wie zum Beispiel communitybasierte Forschungszugänge und Ergänzungen bestehender Umfragen. Diese sollten nicht nur in deutscher Sprache,

sondern in unterschiedlichen Sprachen, die in Bevölkerungsgruppen älterer Menschen in Deutschland verbreitet sind, durchgeführt werden.

– *Menschen im sehr hohen Alter*: Auch die Datenlage zu Personen in Pflegeeinrichtungen und zu hochaltrigen Personen in Privathaushalten reicht nicht aus, um ihre spezifischen Lebenssituationen beurteilen und begründete Vorschläge für ihre Verbesserung entwickeln zu können. Es besteht ein Bedarf an Grundlagenforschung zu Erhebungsmethoden, mit denen die Lebenssituation von Hochaltrigen, Menschen mit kognitiven Einschränkungen sowie von Personen, die in Heimen leben, angemessen abgebildet werden kann. Weiterhin sind in diesem Bereich längsschnittliche Ansätze sowie die Erhebung von Informationen zur Mortalität unverzichtbar, um besser nachvollziehen zu können, wie sich für Menschen im hohen Alter das Lebensende gestaltet.

Soziale Ungleichheit sollte verstärkt mit einer intersektionalen Perspektive beforscht werden. Damit könnte überwunden werden, dass Menschen, die von verschränkten Ungleichheiten betroffen sind, bislang wenig sichtbar sind. Dies liegt auch daran, dass diese Menschen systematisch seltener in die Erhebungen von Daten und empirische Untersuchungen einbezogen werden. Bund, Länder und Kommunen sollten in ihren Zuständigkeiten für die Gesundheits-, Pflege- und Sozialberichterstattung für sich überschneidende Benachteiligungen von älteren Menschen sensibilisiert und in die Verantwortung genommen werden.

2. Sozialraum- und anwendungsorientierte und interdisziplinäre Forschung zur Förderung gesellschaftlicher Teilhabe im Alter stärken.

Die Lebensverhältnisse und Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen hängen eng mit den lokalen Rahmenbedingungen und der jeweiligen Ausgestaltung der kommunalen Daseinsvorsorge zusammen. Bislang gibt es jedoch keine wissenschaftliche Gesamtdarstellung der sehr unterschiedlichen Altenhilfeangebote und -strukturen in Deutschland, sondern nur vereinzelte, lokal oder regional begrenzte Analysen und Berichte. Um die Wissengrundlagen der Senior*innen- und Altenhilfepolitik zu verbreitern, wären vergleichende, länderübergreifende Erhebungen sinnvoll, die sowohl die fachlich-inhaltliche Ausrichtung der kommunalen Altenhilfe als auch ihre finanzielle und organisatorische Ausgestaltung systematisch in den Blick nehmen.

Auch die Entwicklung und Evaluation gesundheitsbezogener Interventionsansätze, mit denen die Genesungs- und Heilungschancen älterer Menschen mit körperlichen und psychischen Beschwerden verbessert und ihre gesellschaftliche Teilhabe gestärkt werden können, sollten in stärkerem Maße als bislang erforscht und wissenschaftlich begleitet werden. Ziel der Entwicklung und Evaluation solcher Ansätze sollte es sein, diese im Erfolgsfall in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung zu überführen. In Großbritannien sind beispielsweise von medizinischem Fachpersonal verordnete soziale Aktivitäten schon Teil der Regelversorgung („Social Prescribing“). Forschungsvorhaben in Deutschland, die entsprechende Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitsförderlichen gesellschaftlichen Teilhabe älterer Menschen entwickeln und evaluieren, sollten im Rahmen von zu etablierenden Fördermaßnahmen des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des GKV-Spitzenverbandes gefördert werden.

Es besteht weiterhin ein Bedarf an Studien, mit denen die zahlreichen vorliegenden Befunde der Grundlagenforschung zu Altersbildern, Altersnormen und wahrgenommener Altersdiskriminierung in konkrete, praktische Maßnahmen übersetzt werden können, um Altersdiskriminierung vorzubeugen oder diese zu verhindern (Ageismusprävention). Beispielhaft seien hier Interventionsstudien genannt, die für Ageismus (vornehmlich auch in Kombination mit anderen Diskriminierungsmerkmalen) sensibilisieren, einer Selbstdiskriminierung durch negative Altersbilder und Altersnormen entgegenwirken und ältere Menschen in ihrer Selbstwirksamkeit und im Eintreten für ihre Rechte stärken sollen. Ebenfalls wünschenswert ist die Förderung interdisziplinärer Forschung zu Altersgrenzen in verschiedenen Lebensbereichen als individuelle und gesellschaftliche Herausforderung oder Chance. Initiator*innen, Geld- und Impulsgeber für solche Forschungsaktivitäten sollten unter anderem die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) sowie Stiftungen und Unternehmen sein.

Literaturverzeichnis

Abrams, D., Vauclair, C. M. & Swift, H. (2011): *Predictors of attitudes to age across Europe*. London: Department for Work and Pensions (https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7cb192e5274a2f304ef84b/rrep735.pdf [Zugriff am 21.05.2025]).

Aburto, J. M., Villavicencio, F., Basellini, U., Kjærgaard, S. & Vaupel, J. W. (2020): Dynamics of life expectancy and life span equality. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117 (10). S. 5250-5259. doi: 10.1073/pnas.1915884117.

Adami, T., Westenhöfer, J., Benneckenstein, A., Sinning, H., Bojahr, C., Sibilis, A. & Tolg, B. (2024): Gesundheitsförderung durch städtische Planung. *Prävention und Gesundheitsförderung*. doi: 10.1007/s11553-024-01119-x.

Adams, S. J. (2004): Age discrimination legislation and the employment of older workers. *Labour Economics*, 11 (2). S. 219-241. doi: 10.1016/j.labeco.2003.06.001.

AG SBV, Arbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung der Verbände (Hrsg.) (2018): *Positionspapier zum Recht auf Schuldnerberatung*. (https://www.agsbv.de/wp-content/uploads/2018/02/2018_Positionspapier-Recht-auf-SB.pdf [Zugriff am 27.06.2024]). Aachen: AG SBV.

Ager, A. & Strang, A. (2008): Understanding integration: A conceptual framework. *Journal of Refugee Studies*, 21 (2). S. 166-191. doi: 10.1093/jrs/fen016.

Ahyoud, N., Aikins, J. K., Bartsch, S., Bechert, N., Gyamerah, D. & Wagner, L. (2018): Wer nicht gezählt wird, zählt nicht. Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsdaten in der Einwanderungsgesellschaft – eine anwendungsorientierte Einführung. Berlin: Vielfalt entscheidet – Diversity in Leadership, Citizens For Europe.

Aikins, M. A. (2025): *Definition eines Rassismusbegriffs*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Aikins, M. A., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D. & Yıldırım-Caliman, D. (2021): Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each One Teach One (EOTO) e.V.

Akmatov, M. K., Hu, E., Rüsenberg, R., Kollan, C., Schmidt, D., Kohring, C., Holstiege, J., Bickel, M. & Bätzing, J. (2023): *Regionale Variationen in der Häufigkeit von Patient*innen mit HIV im ambulanten Sektor in Deutschland, 2021*. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/09. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). doi: 10.20364/VA-23.09.

Albrecht, P.-G. (2011): Von früher lernen heißt? Zivilgesellschaftliches Engagement älterer Menschen gegen Rechtsextremismus. Eine Neulandbegehung in Ostdeutschland. Berlin: Amadeu-Antonio-Stiftung.

Alisch, M. (2019): Alter(n) und Erfolg in der Einwanderungsgesellschaft. In: P. Genkova & A. Riecken (Hrsg.): *Handbuch Migration und Erfolg: Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte.* S. 1-12. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-18403-2_20-1.

Alisch, M. (2020): Freiwilliges Engagement älterer Menschen und freiwilliges Engagement für ältere Menschen. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 239-249. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_20.

Allen, S. H. & Mendez, S. N. (2018): Hegemonic heteronormativity: Toward a new era of queer family theory. *Journal of Family Theory & Review*, 10 (1). S. 70-86. doi: 10.1111/jftr.12241.

Almack, K. & Crossland, J. (2018): Erfahrungen von LSBT*-Patient_innen am Ende ihres Lebens – Die Situation Sterbender in England und Erkenntnisse der Studie „The Last Outing“. *Pflege & Gesellschaft*, 23 (3). S. 245-261.

Alscher, M., Priller, E. & Brukhardt, L. (2021): Zivilgesellschaftliches Engagement. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 399-407. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Alves, F., Cruz, S., Ribeiro, A., Bastos Silva, A., Martins, J. & Cunha, I. (2020): Walkability index for elderly health: A proposal. *Sustainability*, 12 (18). doi: 10.3390/su12187360.

Ammann, I. & Müther, A. M. (2022): *Wohneigentumsbildung und Wohnflächenverbrauch. Bestandsaufnahme und zukünftige Entwicklung*. BBSR-Analysen Kompakt. Bonn: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR).

Amrhein, L., Falk, K., Kammerer, J. & Wolter, B. (2023): *Die Hochaltrigen II. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter ab 80 Jahren*. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

An der Heiden, M., Buchholz, U. & Uphoff, H. (2019): Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle infolge der Hitzewelle 2018. *Epidemiologisches Bulletin* (23). S. 193-197. doi: 10.25646/6178.

Aner, K. (2020): Soziale Altenhilfe als Aufgabe Sozialer (Alten-)Arbeit. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 29-54. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_3.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2019): 70 Jahre Grundgesetz. Eine Umfrage zur Erweiterung des verfassungsrechtlichen Diskriminierungsverbots in Art. 3 GG. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2023): *Handout zur Studie: Age ismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes (https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/altersbilder_kurz.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [Zugriff am 28.05.2024]).

Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration (2017): Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: A collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet HIV*, 4 (8). S. e349-e356. doi: 10.1016/s2352-3018(17)30066-8.

Antonucci, T. C. (2001): Social relations. An examination of social networks, social support, and sense of control. In: J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.): *Handbook of the Psychology of Aging.* S. 427-453. San Diego, CA: Academic Press.

Apelt, M., Koch, A., Michalowski, I., Molzberger, K., Schenk, L. & Schmidt, M. O. (2023): How organisations regulate Muslim body practices: A comparison of schools, hospitals, and swimming pools. *Comparative Migration Studies*, 11 (1). S. 32. doi: 10.1186/s40878-023-00355-y.

Appel, M. & Weber, S. (2017): Do mass mediated stereotypes harm members of negatively stereotyped groups? A meta-analytical review on media-generated stereotype threat and stereotype lift. *Communication Research*, 48 (2). S. 151-179. doi: 10.1177/0093650217715543.

Appenroth, M. N. & Castro Varela, M. d. M. (2022): *Trans Health, International Perspectives on Care for Trans Communities*. Bielefeld: transcript Verlag.

Appenroth, M. N. & Lottmann, R. (2019): Altern Trans anders?: Empirische Befunde internationaler Untersuchungen zu trans Identitäten, Gesundheit und Alter(n). In: M. N. Appenroth & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.): *Trans & Care: Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung.* S. 287-302. Bielefeld: transcript Verlag. doi: 10.1515/9783839445990-017.

Arriagada, C. & Tesch-Römer, C. (2022): Politische Partizipation. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019.* Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement. S. 263-289. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-35317-9.

Aschkenasi, M. (2014): *Jüdische Remigration nach 1945*. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung (https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/192568/juedische-remigration-nach-1945/ [Zugriff am 17.04.2024]).

Aslan, M. & Tezcan-Güntekin, H. (2022): Chancen der Enttabuisierung professioneller pflegerischer Unterstützung durch Migrant*innenorganisationen zur Entlastung pflegender Angehöriger. In: M. Breuer & J. Herrlein (Hrsg.): *Religiöse Migrantengemeinden und ihre Dienstleistungen für ältere Menschen: Zwischen offener Altenarbeit und Altenpflege.* S. 31-50. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37579-9_2.

Atkinson, J. L. & Plew, M. S. (2017): Present, perceived as old, but not memorable: Analysis and perceptions of older characters in animated Disney films. *International Journal of Humanities and Social Science*, 7 (6). S. 2221-0989.

Attia, I. (2013): Privilegien sichern, nationale Identität revitalisieren. Gesellschafts- und handlungstheoretische Dimensionen derTheorie des antimuslimischen Rassismus im Unterschiedzu Modellen von Islamophobie und Islamfeindlichkeit. *Journal für Psychologie*, 21 (1). S. 1-31.

Attia, I. (2014): Rassismus (nicht) beim Namen nennen. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 64 (13–14). S. 8-14.

Au, C. & Hagen, C. (2018): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. In: C. Tesch-Römer & C. Hagen (Hrsg.): *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland (DZA-Fact Sheet).* S. 21-37. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Augustin, J. (2019): Gesundheitliche Bedeutung von Luftschadstoffen. In: J. L. Lozán, S.-W. Breckle, H. Graßl, W. Kuttler & A. Matzarakis (Hrsg.): *Warnsignal Klima: Die Städte.* S. 128-132. Hamburg: Verlag Wissenschaftliche Auswertungen in Kooperation mit GEO Magazin-Hamburg. doi: 10.2312/warnsignal-klima.die-staedte.18.

Auldridge, A., Tamar-Mattis, A., Kennedy, S., Ames, E. & Tobin, H. J. (2012): *Improving the lives of transgender older adults. Recommendations for policy and practice*. New York, NY, Washington, DC: SAGE (Services and Advocacy for GLBT Elders) and National Center for Transgender Equality (NCTE) (https://transequality.org/sites/default/files/docs/resources/TransAgingPolicyReportFull.pdf [Zugriff am 23.05.2024]).

Auma, M. M. (2018): *Rassismus: eine Definition für die Alltagspraxis*. Berlin: Regionale Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie (RAA) e.V.

Auth, D., Leiber, S. & Leitner, S. (2023): Contestations in coping with elderly care: an intersectional analysis addressing family caregivers in Germany. *European Journal of Politics and Gender*, 6 (2). S. 222-239. doi: 10.1332/251510821x16805286127766.

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020): Bildung in Deutschland 2020: ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt. Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG.

Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. & Wahl, H.-W. (2021): Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76 (2). S. e49-e52. doi: 10.1093/geronb/gbaa051.

Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (2017): Taking a closer look at ageism: Self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14 (1). S. 1-4. doi: 10.1007/s10433-016-0409-9.

Backes, G. M. & Amrhein, L. (2011): Kommunale Alten- und Seniorenpolitik. In: H.-J. Dahme & N. Wohlfahrt (Hrsg.): *Handbuch Kommunale Sozialpolitik.* S. 243-253. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-92874-6_18.

Badgett, M. V. L., Carpenter, C. S. & Sansone, D. (2021): LGBTQ Economics. *Journal of Economic Perspectives*, 35 (2). S. 141-170. doi: 10.1257/jep.35.2.141.

Baer, N.-R. (2021): Die Statuspassage Ruhestand – Potenzial für die ernährungsbezogene Gesundheitsförderung? Theoretische Grundlagen, Methodik & Befunde eines Systematischen Reviews, Dissertation, Berlin: Medizinische Fakultät, Charité - Universitätsmedizin Berlin, doi: 10.17169/refubium-32024.

Baer, N.-R., Deutschbein, J. & Schenk, L. (2020): Potential for, and readiness to, dietary-style changes during the retirement status passage: A systematic mixed-studies review. *Nutrition Reviews*, 78 (12). S. 969-988. doi: 10.1093/nutrit/nuaa017.

Baer, N.-R., Zoellick, J. C., Deutschbein, J., Anton, V., Bergmann, M. M. & Schenk, L. (2021): Dietary preferences in the context of intra-couple dynamics: Relationship types within the German NutriAct family cohort. *Appetite*, 167. S. 105625. doi: 10.1016/j.appet.2021.105625.

BAG SB, Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e.V. und Finanzwende e.V., iff Institut für Finanzdienstleitugen e.V., (Hrsg.) (2022): *Schuldnerberatung: Kostenlos, für alle, jetzt!* (https://www.finanzwende.de/fileadmin/user_upload/pdf/Positionspapier-Schuldnerberatung.pdf [Zugriff am 25.03.2024]). Berlin: BAG SB.

BAG SB, Bundesarbeitsgemeinschaft Schuldnerberatung e.V. (Hrsg.) (2023): *Kostenfreie Schuldnerberatung ist ein Gebot der Stunde! EU-Parlament verabschiedet Richtlinie mit deutlichen Verbesserungen*. (https://www.bag-sb.de/fileadmin/user_upload/1_Fachverband/Positionen/2023_Positionen/2023_09_12_PM_CCD_Schuldnerberatung.pdf [Zugriff am 25.03.2024]). Berlin: BAG SB.

BAGFW, Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW) e. V. (Hrsg.) (2021): *Erwartungen der BAGFW an die Bundespolitik der 20. Legislaturperiode. Wahlen zum Deutschen Bundestag 2021*. (https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Publikationen/Forderungspapiere_2021/BT_Wahl_2021_Altenhilfe.pdf [Zugriff am 07.06.2024]). Berlin: BAGFW.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2016): *Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften.* Stellungnahme der BAGSO zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2020): *Älter und unverzichtbar! Engagement und Partizipation älterer Menschen stärken*. BAGSO-Positionspapier. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2021): *Gemeinsam statt einsam – Initiativen und Projekte gegen soziale Isolation im Alter*. Themenheft. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2022a): *Altersdiskriminierung wirksam entgegentreten*. Stellungnahme der BAGSO zur geplanten Novellierung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG). Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2022b): *Leben ohne Internet – geht's noch?* Ergebnisbericht zu einer Umfrage der BAGSO. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (Hrsg.) (2023a): *Altenarbeit in Kommunen. Eine Handreichung zur Umsetzung von § 71 SGB XII*. Themenheft. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2023b): *Sorge und Pflege: Neue Strukturen in kommunaler Verantwortung*. BAGSO-Positionspapier. Bonn: BAGSO.

BAGSO, Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (Hrsg.) (2024): *Für ein gutes Leben im Alter. Forderungen für eine wirksame und nachhaltige Seniorenpolitik in den Bundesländern*. BAGSO-Positionspapier. Bonn: BAGSO.

Baltes, M. M. & Reisenzein, R. (1986): The social world in long-term care institutions: Psychosocial control toward dependency? In: M. M. Baltes & P. B. Baltes (Hrsg.): *The psychology of control and aging.* Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.

Barg, S., Mauthner, J., Guerrero Meneses, V. & Stiehr, K. (2013): *Analyse der Angebotsstruktur in Einrichtungen der Altenhilfe für ältere Migrantinnen und Migranten in Frankfurt am Main*. Migration und Alter. Frankfurt am Main: Der Magistrat der Stadt Frankfurt am Main – Amt für multikulturelle Angelegenheiten und ISIS – Institut für Soziale Infrastruktur.

Barnett, A., Zhang, C. J. P., Johnston, J. M. & Cerin, E. (2018): Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, 30 (8). S. 1153-1176. doi: 10.1017/S104161021700271X.

Barskanmaz, C. (2019): Recht und Rassismus. Das menschenrechtliche Verbot der Diskriminierung aufgrund der Rasse. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-59746-0.

Bartelheimer, P., Behrisch, B., Daßler, H., Dobslaw, G., Henke, J. & Schäfers, M. (2020): *Teilhabe – eine Begriffsbestimmung*. Beiträge zur Teilhabeforschung. M. Schäfers & G. Wansing (Hrsg.). Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-30610-6.

Bartig, S. (2022): Alter(n) und Migration in Deutschland. Ein Überblick zum Forschungsstand zur Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland. DeZIM Research Notes 9. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).

Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C., Kajikhina, K., Blume, M., Siegert, M., Heidemann, C., Walther, L., Neuhauser, H. & Hövener, C. (2023): Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66 (10). S. 1071-1082. doi: 10.1007/s00103-023-03767-4.

Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M. & Lewicki, A. (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Barz, H., Kaya, A., Horvath, G., Reinhardt, D. & Abed-Ali, R. (2020): *Studie zum Empowerment für Sinti*ze und Rom*nja*. Mittweida: Hochschule Mittweida.

BaS, Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e. V. (Hrsg.) (2015): *Engagiert vor Ort. 20 Jahre Netzwerk der Seniorenbüros*. Bonn: BaS.

BaS, Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (Hrsg.) (2021): *Was ist ein Seniorenbüro?* Bonn: BaS.

Baykara-Krumme, H. (2012): EinwanderInnen und ihre Familien: Generationenbeziehungen in der Lebensphase Alter. *Altern in der Migrationsgesellschaft*. S. 22-26.

Baykara-Krumme, H. & Vogel, C. (2020): Altern im Migrationskontext. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hrsg.): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s.* S. 1-32. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-09630-4_30-1.

Bayrakdar, S. & King, A. (2021): LGBT discrimination, harassment and violence in Germany, Portugal and the UK: A quantitative comparative approach. *Current Sociology*, 71 (1). S. 152-172. doi: 10.1177/00113921211039271.

BBSR, Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) (Hrsg.) (2014): *Potenzialanalyse altersgerechte Wohnungsanpassung*. (https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/veroeffentlichungen/sonderveroeffentlichungen/2014/DL_potenzialanalyse_altersgerechte_wohnungsanpassung.pdf;jsessionid=868FE6641D2C084C50819DFC2345487B.live21322?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am 26.04.2024]). Bonn: BBSR.

Beale, J. M. & Creighton, S. M. (2016): Long-term health issues related to disorders or differences in sex development/intersex. *Maturitas*, 94. S. 143-148. doi: 10.1016/j.maturitas.2016.10.003.

Becker, C., Auer, R., Rapp, K., Grund, S. & Bauer, J. M. (2020): Geriatrische Rehabilitation – Aktueller Stand und zukünftige Entwicklung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung.* S. 135-148. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-61362-7_9.

Becker, I. (2016): Finanzielle Mindestsicherung und Bedürftigkeit im Alter. *Zeitschrift für Sozialreform*, 58 (2). S. 123-148. doi: 10.1515/zsr-2012-0203.

Becker, S., Gehlen, A., Geyer, J. & Haan, P. (2023): Reform der Erwerbsminderungsrente senkt Armutsrisiko, kommt aber spät. *DIW Wochenbericht*, 17 (2023). S. 192-197. doi: 10.18723/diw_wb:2023-17-1.

Becker, U. & Roth, M. (2013): *Recht der Älteren*. Berlin, Boston, MA: De Gruyter.

Beckmann, K. (2020): *Zerstörte Hoffnungen, neue Herausforderungen. Die Erwerbssituation ostdeutscher Frauen in den frühen 1990er-Jahren*. Berlin: Digitales Deutsches Frauenarchiv (https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/themen/zerstoerte-hoffnungen-neue-herausforderungen-die-erwerbssituation-ostdeutscher-frauen [Zugriff am 19.06.2024]).

Beetz, S. (2012): *Nachbarschaften in Roßwein*, Forschungsberichte Nr. 5, Mittweida: Fakultät Soziale Arbeit, Hochschule Mittweida.

Beetz, S. & Wolter, B. (2015): Alter(n) im Wohnumfeld zwischen Individualisierung und kollektivem Handeln. In: A. van Rießen, C. Bleck & R. Knopp (Hrsg.): *Sozialer Raum und Alter(n): Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung.* S. 207-224. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-06600-0_11.

Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D. & Otto, M. (2017): *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung.* Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Hrsg.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Ben-Harush, A., Shiovitz-Ezra, S., Doron, I., Alon, S., Leibovitz, A., Golander, H., Haron, Y. & Ayalon, L. (2017): Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14 (1). S. 39-48. doi: 10.1007/s10433-016-0389-9.

Ben-Shlomo, Y. & Kuh, D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology: Conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31 (2). S. 285-293. doi: 10.1093/ije/31.2.285.

Bender, D., Hollstein, T. & Schweppe, C. (2018): International retirement migration revisited: From amenity seeking to precarity migration? *Transnational Social Review*, 8. S. 98-102. doi: 10.1080/21931674.2018.1429080.

Bennecke, E., Thyen, U., Grüters, A., Lux, A. & Köhler, B. (2017): Health-related quality of life and psychological well-being in adults with differences/disorders of sex development. *Clinical Endocrinology*, 86 (4). S. 634-643. doi: 10.1111/cen.13296.

Bennett, K. C. & Thompson, N. L. (1991): Accelerated aging and male homosexuality: Australian evidence in a continuing debate. *Journal of Homosexuality*, 20 (3-4). S. 65-75.

Berens, E. M., Reder, M., Razum, O., Kolip, P. & Spallek, J. (2015): Informed choice in the German mammography screening program by education and migrant status: Survey among first-time invitees. *PLoS One*, 10 (11). S. e0142316. doi: 10.1371/journal.pone.0142316.

Berens, E. M., Stahl, L., Yilmaz-Aslan, Y., Sauzet, O., Spallek, J. & Razum, O. (2014): Participation in breast cancer screening among women of Turkish origin in Germany – A register-based study. *BMC Womens Health*, 14. S. 24. doi: 10.1186/1472-6874-14-24.

Berens, E. M., Yilmaz-Aslan, Y., Spallek, J. & Razum, O. (2016): Determinants of mammography screening participation among Turkish immigrant women in Germany – A qualitative study reflecting key informants' and women's perspectives. *European Journal of Cancer Care*, 25 (1). S. 38-48. doi: 10.1111/ecc.12334.

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2015): *Von Hürden und Helden. Wie sich das Leben auf dem Land neu erfinden lässt*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Berlinghoff, M. (2018): *Geschichte der Migration in Deutschland* (Dossier Migration). Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung (https://www.bpb.de/themen/migration-integration/dossier-migration/252241/geschichte-der-migration-in-deutschland/ [Zugriff am 06.06.2024]).

Berner, F. (2023): Seniorenpolitik. In: K. Hank, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Studium.* S. 685-711. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Berry, J. W., Phinney, J. S., Sam, D. L. & Vedder, P. (2006): Immigrant youth: Acculturation, identity, and adaptation. *Applied Psychology*, 55 (3). S. 303-332. doi: 10.1111/j.1464-0597.2006.00256.x.

Bertelsmann Stiftung (2009): Initiieren – Planen – Umsetzen: Handbuch kommunale Seniorenpolitik. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E. & Park, E. R. (2005): Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Affairs (Project Hope)*, 24 (2). S. 499-505. doi: 10.1377/hlthaff.24.2.499.

Betz, M. E., Arias, S. A., Segal, D. L., Miller, I., Camargo, C. A., Jr. & Boudreaux, E. D. (2016): Screening for suicidal thoughts and behaviors in older adults in the emergency department. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (10). S. e72-e77. doi: 10.1111/jgs.14529.

Beutel, M. & Möhler, T. (2021): Lärm und Luftverschmutzung: Ihr Einfluss auf psychische Erkrankungen. *Aktuelle Kardiologie*, 10 (06). S. 526-530. doi: 10.1055/a-1546-7419.

Beutel, M. E., Decker, O. & Brähler, E. (2007): Welche Auswirkungen haben Flucht und Vertreibung auf Lebensqualität und Befindlichkeit? Repräsentative Erhebung mit den vor 1946 Geborenen in Deutschland. *Zeitschrift Fur Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 53. S. 203-215.

Beyer, A.-K., Wurm, S. & Wolff, J. K. (2017): Älter werden – Gewinn oder Verlust? Individuelle Altersbilder und Altersdiskriminierung. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS).* S. 329-343. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-12502-8_22.

Bilecen, B., Barglowski, K., Faist, T. & Kofman, E. (2019): Gendered dynamics of transnational social protection. *Comparative Migration Studies*, 7 (1). S. 47. doi: 10.1186/s40878-019-0161-3.

Bilecen, B. & Tezcan-Güntekin, H. (2014): *Transnational healthcare practices of retired circular migrants*. COMCAD Working Papers, No. 127. Bielefeld: Fakultät für Soziologie, Centre on Migration, Citizenship and Development (COMCAD).

Bird, R., Özer-Erdogdu, I., Aslan, M. & Tezcan-Güntekin, H. (2022): Healthcare provider perspectives on digital and interprofessional medication management in chronically ill older adults of Turkish descent in Germany: A qualitative structuring content analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. S. 838427. doi: 10.3389/fpubh.2022.838427.

Bischoff, C. & Weigl, B. (2010): Schlussbetrachtungen. In: C. Bischoff & B. Weigl (Hrsg.): *Handbuch innovative Kommunalpolitik für ältere Menschen.* S. 369-372. Freiburg: Lambertus Verlag.

Bjørner, T., Korsgaard, D., Reinbach, H. C. & Perez-Cueto, F. J. (2018): A contextual identification of home-living older adults' positive mealtime practices: A honeycomb model as a framework for joyful aging and the importance of social factors. *Appetite*, 129. S. 125-134. doi: 10.1016/j.appet.2018.07.005

Blaeschke, F. & Freitag, H.-W. (2021): Bildungsbeteiligung, Bildungsniveau und Bildungsbudget. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 101-120. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Bleck, C. & Thiele, G. (2021): *Altenhilfe*. Bonn: socialnet (https://www.socialnet.de/lexikon/Altenhilfe [Zugriff am 07.06.2024]).

Blinkert, B. (2007): Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demografischen und sozialen Wandels. *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jg. (H.3). S. 227-239.

Blotenberg, B. & Seeling, S. (2023): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation des Modellprojekts „Präventive Hausbesuche“ in Niedersachsen. Osnabrück: Science to Business GmbH, Hochschule Osnabrück.

BMAS, Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2020): *Alterssicherung in Deutschland 2019 (ASID 2019) – Zusammenfassender Bericht*. Forschungsbericht 572/Z. Berlin: BMAS.

BMAS/BMF, Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesministerium der Finanzen (Hrsg.) (2024): Referentenentwurf. Entwurf eines Gesetzes zur Stabilisierung des Rentenniveaus und zum Aufbau eines Generationenkapitals für die gesetzliche Rentenversicherung. (https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Gesetze/Referentenentwuerfe/ref-gesetz-zur-stabilisierung-des-rentennniveaus-aufbau-generationenkapital.pdf?__blob=publicationFile&v=3 [Zugriff am 04.03.2024]). Berlin: BMAS/BMF.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1996): Diskussionsentwurf zu einem Gesetz über Hilfen für Senioren, über Heime für ältere und für behinderte Menschen sowie über ambulante Dienste (Seniorenhilfegesetz). unveröffentlichtes Manuskript. Bonn: BMFSFJ.

BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2023): *Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit*. Berlin: BMFSFJ.

BMVBS, Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (Hrsg.) (2011): *Wohnen im Alter. Marktprozesse und wohnungspolitischer Handlungsbedarf*. Ein Projekt des Forschungsprogramms „Allgemeine Ressortforschung" des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), betreut vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR). Forschungen Heft 147. Berlin: BMVBS.

BMWSB, Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (Hrsg.) (2023): *Programmstrategie. Städtebauförderungsprogramm. Sozialer Zusammenhalt. Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten*. (https://www.staedtebaufoerderung.info/SharedDocs/downloads/DE/Programme/SozialerZusammenhalt/Programmstrategie_Sozialer_Zusammenhalt_2023.pdf;jsessionid=7628E3D32F7A6022A5D4696EADCBFC62.live21303?__blob=publicationFile&v=5 [Zugriff am 27.06.2024]). Berlin: BMWSB.

Bochow, M. (2005): Ich bin doch schwul und will das immer bleiben. Schwule Männer im dritten Lebensalter. Hamburg: Männerschwarmskript Verlag.

Bochow, M. (2013): Dreißig Jahre Aidshilfen. Von den schwulen Gründungsjahren in eine queere Zukunft? In: B. Höll, K. Lederer & B. Niendl (Hrsg.): *queer.macht.politik. Schauplätze gesellschaftlicher Veränderung.* S. 41-55. Berlin: Männerschwarm Verlag.

Bochow, M. & Lottmann, R. (2016): Altern schwule Männer anders? Einige Spezifika ihrer Beziehungskonstellationen und sozialen Netzwerke. *Psychotherapie im Alter*, 13 (3). S. 273-286.

Bochow, M., Schmidt, A. J. & Grote, S. (2009): „Das schnelle Date" – Internetgestützte Sexualkontakte und HIV-Infektionsrisiko: Ergebnisse einer 2006 durchgeführten Internetbefragung. WZB Discussion Paper, No. SP I 2009-301. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB.

Bochow, M., Sekuler, T., Schmidt, A. J. & Lenuweit, S. (2012): Schwule Männer und HIV/AIDS: Lebensstile, Sex, Schutz- und Risikoverhalten 2010; Eine Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, in Zusammenarbeit mit European MSM Internet Survey (EMIS). (AIDS-Forum DAH, 60). Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e.V.

Böcker, A. & Balkir, C. (2015): Maintaining dual residences to manage risks in later life: A comparison of two groups of older migrants. In: V. Horn & C. Schweppe (Hrsg.): *Transnational Aging Current Insights and Future Challenges.* S. 125-140. London: Routledge.

Bockler, K. (2022): Der Altenhilfeparagraph nach § 71 SGB XII – Diskurs um eine Neuausrichtung der kommunalen Altenhilfe. *Die Sozialgerichtsbarkeit* (10). S. 602-606. doi: 10.37307/j.1864-8029.2022.10.06.

Böckler, L. & Musialik, R. (2022): Handlungsempfehlungen zur barrierefreien Nutzbarkeit von autonom fahrenden Straßenfahrzeugen im ÖPNV. *Journal für Mobilität und Verkehr*, Ausgabe 12. S. 24-35. doi: 10.34647/jmv.nr12.id82.

Bocksch, R. (2023): *HIV: Osteuropa besonders betroffen*. Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/infografik/16267/hiv-neuinfektionen-pro-100000-einwohner/ [Zugriff am 05.01.2024]).

Boertien, D., Perales, F. & Pessin, L. (2024): Does intergenerational educational mobility vary by sexual identity? A comparative analysis of five OECD countries. *European Sociological Review*, 40 (2). S. 226-241. doi: 10.1093/esr/jcad062.

Boguth, K., Ahnis, A. & Amin Kotb, K. (2021): *Harninkontinenz im Alter*. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie kompakt. Berlin, Boston, MA: De Gruyter.

Bohnet-Joschko, S. (2020): *Zielgruppenspezifische Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige*. Transferbericht. S. Bohnet-Joschko (Hrsg.). Witten: ZIPA Transferbericht.

Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2019): Pflegende Angehörige: Hoch belastet und gefühlt allein gelassen. *Deutsches Ärzteblatt Online*, 116 (46). S. 20. doi: 10.3238/PersOnko.2019.11.15.04.

Bohnet-Joschko, S. & Bidenko, K. (2022): Hochbelastete Gruppen pflegender Angehöriger–Ergebnisse einer Clusteranalyse. *Das Gesundheitswesen*, 84 (06). S. 510-516. doi: 10.1055/a-1378-8897.

Bökel, A., Nowik, D., Sturm, C. & Briest, J. (2021): Gefühle und Gedanken von Erwerbsminderungsberenteten zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 31 (2). doi: 10.1055/a-1315-0558.

Bopp, M. & Mackenbach, J. P. (2019): Vor dem Tod sind alle ungleich: 30 Jahre Forschung zu Mortalitätsunterschieden nach Sozialstatus im europäischen Ländervergleich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52 (2). S. 122-129. doi: 10.1007/s00391-019-01530-6.

Borchers, P., Horstmannshoff, C., Katzenberger, B., Petermann, J., Bauer, P., Kiesel, T., Müller, M., Sanftenberger, L. & Voigt, K. (2023): Verordnung und Inanspruchnahme von Physiotherapie bei Schwindel und/oder Gleichgewichtsstörungen. *Physioscience*. doi: 10.1055/a-2001-5026.

Borgmann, L.-S., Rattay, P. & Lampert, T. (2017): Social support as a health resource in Germany. *Journal of Health Monitoring*, 2 (4). S. 110-115. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-131.

Börsch-Supan, A., Düzgün, I. & Weiss, M. (2009): Alter und Produktivität – eine neue Sichtweise. In: A. Börsch-Supan, M. Erlinghagen, K. Hank, H. Jürges & G. G. Wagner (Hrsg.): *Produktivität in alternden Gesellschaften* S. 53-62. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Boschitz, H. (2010): „Es fühlt sich endlich richtig an“. Erfahrungen mit dem späten Coming-out. Berlin: CH. Links Verlag.

Bouton, L. J. A., Brush, A. M. & Meyer, I. H. (2023): *LGBT Adults Aged 50 and Older in the U.S During the COVID-19 Pandemic*. Los Angeles, CA: The Williams Institute, UCLA School of Law.

Bove, C. F., Sobal, J. & Rauschenbach, B. S. (2003): Food choices among newly married couples: convergence, conflict, individualism, and projects. *Appetite*, 40 (1). S. 25-41. doi: 10.1016/s0195-6663(02)00147-2.

bpb, Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2022): *Gesundheitsausgaben. Soziale Situation in Deutschland*. (https://www.bpb.de/kurz-knapp/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61804/gesundheitsausgaben/ [Zugriff am 23.05.2024]). Bonn: bpb.

Braeseke, G., Naegele, G. & Engelmann, F. (2021): Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen.* S. 195-208. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-63107-2_14.

Braeseke, G., Naegele, G., Engelmann, F., Lingott, N. & Inkrot, S. (2019): *Handlungsempfehlungen zur Altenhilfeplanung*. Studie im Auftrag des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration. Berlin: IGES Institut.

Brandt, M. (2013): Intergenerational help and public assistance in Europe. *European Societies*, 15 (1). S. 26-56. doi: 10.1080/14616696.2012.726733.

Brandt, M., Deindl, C. & Hank, K. (2012): Tracing the origins of successful aging: The role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science & Medicine*, 74 (9). S. 1418-1425. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.01.004.

Brandt, M., Kaschowitz, J. & Quashie, N. T. (2022): Socioeconomic inequalities in the wellbeing of informal caregivers across Europe. *Aging & Mental Health*, 26 (8). S. 1589-1596. doi: 10.1080/13607863.2021.1926425.

Braubach, M., Jacobs, D. E. & Ormandy, D. (2011): Environmental burden of disease associated with inadequate housing. A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Braukmann, S. & Schmauch, U. (2012): Lesbische Frauen im Alter: ihre Lebenssituation und ihre spezifischen Bedürfnisse für ein altengerechtes Leben. Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt - gFFZ.

Breen, E. C., Sehl, M. E., Shih, R., Langfelder, P., Wang, R., Horvath, S., Bream, J. H., Duggal, P., Martinson, J., Wolinsky, S. M., Martínez-Maza, O., Ramirez, C. M. & Jamieson, B. D. (2022): Accelerated aging with HIV begins at the time of initial HIV infection. *iScience*, 25 (7). S. 104488. doi: 10.1016/j.isci.2022.104488.

Breil, M., Zandersen, M., Pishmisheva, P., Branth Pedersen, A., Romanovska, L., I., C., Rogger, M. & Johnson, K. (2021): *‚Leaving no one behind' in climate resilience policy and practice in Europe*. Bologna: European Topic Centre on Climate Change impacts, Vulnerability and Adaptation (ETC/CCA). doi: 10.25424/cmcc/justtrans_europe.

Breinbauer, I. M. (2020): Alter und Bildung aus bildungsphilosophischer Perspektive. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 227-237. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_19.

Brennan-Ing, M., Seidel, L., Larson, B. & Karpiak, S. E. (2014): Social care networks and older LGBT adults: challenges for the future. *Journal of Homosexuality*, 61 (1). S. 21-52. doi: 10.1080/00918369.2013.835235.

Brettschneider, A. (2012): Legitimitätsprobleme der „Basissicherung". Die deutsche Alterssicherungspolitik nach dem Paradigmenwechsel. *Zeitschrift für Sozialreform*, 58 (2). S. 149-174. doi: 10.1515/zsr-2012-0204.

Brettschneider, A. (2022a): Altersarmut. In: K. Marquardsen (Hrsg.): *Armutsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis* S. 309-327. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Brettschneider, A. (2022b): „Mehr Fortschritt wagen" – auch bei der Rente! *WSI-Mitteilungen*, 75 (2). S. 86. doi: 10.5771/0342-300X-2022-2-86.

Brettschneider, A. (2023): Von der „Rente ab 67" bis zur „Grundrente" – Eine Analyse der Rentenpolitik in der Ära Merkel. *Sozialer Fortschritt*, 72 (7-8). S. 579-596. doi: 10.3790/sfo.72.7-8.579.

Brettschneider, A. & Klammer, U. (2016): *Lebenswege in die Altersarmut. Biografische Analysen und sozialpolitische Perspektiven*. Sozialpolitische Schriften - Band 94. Berlin: Duncker & Humblot GmbH.

Brettschneider, A. & Klammer, U. (2021): Vorbeugende Sozialpolitik: Grundlinien eines sozialpolitischen Forschungsprogramms. In: U. Klammer & A. Brettschneider (Hrsg.): *Vorbeugende Sozialpolitik. Ergebnisse und Impulse.* Frankfurt am Main: Wochenschau Verlag.

Breuer, M. & Frohn, C. (2022): Herkunftsspezifische Pflegeerwartungen? Leitbilder der Altenpflege bei eingewanderten Personen und kulturelle Zuschreibungen. *Pflege & Gesellschaft*, 27. Jg. (H.3). S. 197-211.

Brockmann, H. (2002): Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Social Science & Medicine*, 55 (4). S. 593-608. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00190-3.

Brüchmann, K., Busch-Geertsema, V., Heien, T., Henke, J., Kiesner, T., Pfister, M. & Schöpke, S. (2022): Empirische Untersuchung zum Gegenstand nach § 8 Absatz 2 und 3 Wohnungslosenberichterstattungsgesetz (Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales, FB605). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Gesellschaft für innovative Sozialplanung und Sozialforschung e.V. (GISS), Kantar Public.

Brunnett, R. (2020): Altersarmut bei LSBTIQ*. In: T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hrsg.): *LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit.* S. 69-76. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. doi: 10.13109/9783666702723.69.

Brunnett, R. (2022): Alter(n) von Trans* und Inter* in stigmatisierenden Verhältnissen. In: P. C. Langer, J. Drewes & D. Schaarenberg (Hrsg.): *Altern mit Stigma: Gesellschaftliche und psychosoziale Perspektiven des Älterwerdens in stigmatisierten Lebenskontexten.* S. 177-200. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37216-3_6.

Brussig, M. (2021): 20 Jahre Altersübergangsforschung. Eine Skizze zur Bilanz der Entwicklungstrends und Forschungsperspektiven In: G. Richter (Hrsg.): *Arbeit und Altern. Eine Bilanz nach 20 Jahren Forschung und Praxis.* S. 105-128. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783748909378.

Brussig, M. & Schulz, S. E. (2019): Soziale Unterschiede im Mortalitätsrisiko: Das frühere Arbeitsleben beeinflusst die fernere Lebenserwartung. *IAQ-Report*, 2019 (06).

Bücker, S. & Beckers, A. (2023): *Evaluation von Interventionen gegen Einsamkeit*. KNE Expertise 12/2023. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Kompetenznetz Einsamkeit.

Bugental, D. B. & Hehman, J. A. (2017): The nature and effects of patronizing speech on older adults. In: T. D. Nelson (Hrsg.): *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons.* S. 197-226. Cambridge, MA: The MIT Press. doi: 10.7551/mitpress/10679.003.0012.

Bund-Länder-Ad-hoc Arbeitsgruppe Gesundheitliche Anpassung an die Folgen des Klimawandels (2017): Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60 (6). S. 662-672. doi: 10.1007/s00103-017-2554-5.

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege (o.J.): *Empfehlungen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Bundesregierung (2021): SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (Hrsg.). *Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koaltitionsvertrag 2021-2025*. vom 24.11.2021. Berlin: Sozialdemokratische Partei Deutschland (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und Freie Demokraten (FDP).

Bundesverband Geriatrie e.V. (2023): Weißbuch Geriatrie. Zukunftssicherheit der Geriatrie – Konzept und Bedarfszahlen Stuttgart: Kohlhammer.

Bündnis Sprachmittlung (2022): *Positionspapier: Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V*. Berlin: Bündnis Sprachmittlung (https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2022/12/Positionspapier-Buendnis-Sprachmittlung_Langversion_finalisiert_30112022.pdf [Zugriff am 06.06.2024]).

Bunge, C. & Böhme, C. (2024): Umweltgerechtigkeit. In: *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). doi: 10.17623/BZGA:Q4-i136-4.0.

Bünning, M. (2022): Großeltern in Deutschland: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2008-2020/21. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Bünning, M., Hagen, C. & Simonson, J. (2024): *Wahrgenommene Bedrohung durch den Klimawandel in der zweiten Lebenshälfte*. DZA Aktuell. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Burholt, V., Winter, B., Aartsen, M., Constantinou, C., Dahlberg, L., Feliciano, V., De Jong Gierveld, J., Van Regenmortel, S., Waldegrave, C. & Working Group on Exclusion from Social Relations, part of the Cost-financed Research Network 'Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research Policy (2020): A critical review and development of a conceptual model of exclusion from social relations for older people. *European Journal of Ageing*, 17 (1). S. 3-19. doi: 10.1007/s10433-019-00506-0.

Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C. R., Jr., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. & Pillemer, K. (2019): Interventions to reduce ageism against older adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 109 (8). S. e1-e9. doi: 10.2105/AJPH.2019.305123.

Büscher, A., Peters, L., Stelzig, S., Lübben, A. & Yalymova, I. (2023): *Zu Hause pflegen – zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Die VdK-Pflegestudie. Februar 2023* (https://www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2023/05/SPERRFRIST_VdK-Pflegestudie_Abschlussbericht_Februar_2023_inkl_Anhang.pdf [Zugriff am 18.08.2023]).

Buslei, H., Geyer, J. & Haan, P. (2023): *Zur Entwicklung der Altersarmut bei Änderungen der Rentenanpassungsregeln und weiterer Reformen*. DIW Berlin: Politikberatung kompakt 198. Berlin: DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Buslei, H., Geyer, J., Haan, P. & Harnisch, M. (2019): Starke Nichtinanspruchnahme von Grundsicherung deutet auf hohe verdeckte Altersarmut. *DIW Wochenbericht*, 49 (2019). S. 909-917. doi: 10.18723/diw_wb:2019-49-1.

Busskamp, A., Comito, C., Abu-Omar, K., Hartung, V., Reimers, A., Rossmann, C. & Tcymbal, A. (2022): Expertise „Begegnung und Bewegung von älteren Menschen fördern“. Evidenzbasierte Projektbeispiele

und praktische Tipps zur Umsetzung. Köln: Impulsgeber Bewegungsförderung, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Cacioppo, J. T. & Cacioppo, S. (2014): Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass*, 8 (2). S. 58-72. doi: 10.1111/spc3.12087.

Capistrant, B. D. & Nakash, O. (2019): Suicide risk for sexual minorities in middle and older age: Evidence from the national survey on drug use and health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 27 (5). S. 559-563. doi: 10.1016/j.jagp.2018.12.023.

Cardozo Silva, A. R. (2025): *Alt werden in Deutschland – Potenziale und Teilhabechancen. Alternsprozesse im Migrationskontext*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Alterfragen.

Caritas NRW (2020): *Stärkung der kommunalen Altenhilfestruktur und Daseinsvorsorge – „Soziale Infrastruktur für ältere Menschen sichern"*. Düsseldorf: Diözesan-Caritasverbänden in Nordrhein-Westfalen: Aachen, Essen, Köln, Münster und Paderborn (https://www.caritas-nrw.de/stellungnahmen/staerkung-der-kommunalen-altenhilfestruktur-und-da/1770619/ [Zugriff am 11.06.2024]).

Carnein, M. & Baykara-Krumme, H. (2013): Einstellungen zur familialen Solidarität im Alter: Eine vergleichende Analyse mit türkischen Migranten und Deutschen. *Zeitschrift für Familienforschung*, 25. S. 29-52. doi: 10.20377/jfr-162.

Cary, L. A., Chasteen, A. L. & Remedios, J. (2017): The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism. *The Gerontologist*, 57 (2). S. e27-e36. doi: 10.1093/geront/gnw118.

Castro Varela, M. D. M. (2020): Migration und LSBTIQ* in der Altenhilfe. In: T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hrsg.): *LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit.* S. 57-62. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. doi: 10.13109/9783666702723.57.

Cebola, M. M. J., dos Santos, N. R. & Dionísio, A. (2023): Worker-related ageism: A systematic review of empirical research. *Ageing & Society*, 43 (8). S. 1882-1914. doi: 10.1017/S0144686X21001380.

Center for Ageing Better (2023): *Cast aside? Exploring the presence of older characters in British films*. London: Center for Ageing Better (https://ageing-better.org.uk/sites/default/files/2023-02/cast-aside-insight-report.pdf [Zugriff am 21.05.2024]).

Chandrabose, M., Rachele, J. N., Gunn, L., Kavanagh, A., Owen, N., Turrell, G., Giles-Corti, B. & Sugiyama, T. (2019): Built environment and cardio-metabolic health: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20 (1). S. 41-54. doi: 10.1111/obr.12759.

Chang, E. S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E. & Levy, B. R. (2020): Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*, 15 (1). S. e0220857. doi: 10.1371/journal.pone.0220857.

Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2010): Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61. S. 383-409. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100448.

Charta der Vielfalt (2022): *Methodenkoffer. Übungen für eine rassismussensible Arbeitswelt*. Berlin: Charta der Vielfalt e. V. (https://www.charta-der-vielfalt.de/aktivitaeten/toolbox-antirassismus/kompetenz-staerken/methodenkoffer/ [Zugriff am 27.06.2024]).

Chatterjee, H. J., Camic, P. M., Lockyer, B. & Thomson, L. J. M. (2018): Non-clinical community interventions: A systematised review of social prescribing schemes. *Arts & Health*, 10 (2). S. 97-123. doi: 10.1080/17533015.2017.1334002.

Cheng, Y., Fang, Y., Zheng, J., Guan, S., Wang, M. & Hong, W. (2024): The burden of depression, anxiety and schizophrenia among the older population in ageing and aged countries: An analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *General Psychiatry*, 37 (1). S. e101078. doi: 10.1136/gpsych-2023-101078.

Chepngeno-Langat, G. & Hosegood, V. (2012): Older people and sexuality: Double jeopardy of ageism and sexism in youth-dominated societies. *Agenda*, 26 (4). S. 93-99. doi: 10.1080/10130950.2012.757864.

Cirkel, M. & Juchelka, R. (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum*, 15 (3). S. 38-40. doi: 10.1016/j.phf.2007.07.009.

Claßen, T. & Bunz, M. (2018): Einfluss von Naturräumen auf die Gesundheit – Evidenzlage und Konsequenzen für Wissenschaft und Praxis. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61 (6). S. 720-728. doi: 10.1007/s00103-018-2744-9.

Cleveland, J. & Lim, A. S. (2007): Employee age and performance in organizations. *Aging and Work in the 21st Century*. S. 109-137.

Cohrs, M. (2020): *Schuldnerberatung für ältere Menschen*. Überschuldungsradar Nr. 19. Hamburg: iff institut für finanzdienstleistungen e.V.

CosmosDirekt (2021): *Zahl der Woche: Opas for Future: Umweltbewusstsein nimmt mit dem Alter zu*. München: CosmosDirekt (https://www.presseportal.de/pm/63229/4833810 [Zugriff am 21.06.2024]).

Cousin, G. & Fine, R. (2012): A common cause: Reconnecting the study of racism and antisemitism. *European Societies*, 14 (2). S. 166-185. doi: 10.1080/14616696.2012.676447.

Creditreform (2022): *SchuldnerAtlas 2022. Überschuldung von Verbrauchern*. Neuss: Verband der Vereine Creditreform e.V.

Cremer, G. (2021): Sozial ist, was stark macht. Warum Deutschland eine Politik der Befähigung braucht und was sie leistet. Freiburg: Herder.

Cremer, G. (2022): Politik der Befähigung. Anforderungen an die soziale Infrastruktur und ihre Akteure. *Soziale Passagen*, 14 (1). S. 41-57. doi: 10.1007/s12592-022-00417-5.

Crenshaw, K. (1989): Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, Vol. 1989: Iss. 1, Article 8. S. 139-168.

Crome, P., Lally, F., Cherubini, A., Oristrell, J., Beswick, A. D., Clarfield, A. M., Hertogh, C., Lesauskaite, V., Prada, G. I., Szczerbińska, K., Topinkova, E., Sinclair-Cohen, J., Edbrooke, D. & Mills, G. (2011): Exclusion of older people from clinical trials. *Drugs & Aging*, 28 (8). S. 667-677. doi: 10.2165/11591990-000000000-00000.

Cuddy, A. J. C., Norton, M. I. & Fiske, S. T. (2005): This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61 (2). S. 267-285. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x.

Czollek, L. C., Perko, G., Kaszner, C., Czollek, M., Czollek, J. & Eifler, N. (2020): Social justice und radical diversity. Antidiskriminierung in der pluralen Gesellschaft. In: A. Scherr, A. El-Mafaalani & A. C. Reinhardt (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung.* S. 1-20. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-11119-9_53-1.

DAK (2015): *DAK-Gesundheitsreport 2015*. Hamburg: DAK Forschung.

Dale, M., Heusinger, J. & Wolter, B. (2018): Alter und Gentrifizierung: Urbaner Wandel, kommunale Seniorenpolitik und die sozialen Folgen. In: R. Brunnett, P. Brzank, A. Dieterich, R. Geene, T. Gerlinger, D. Hahn, M. Herrmann, S. Kümpers, U. Lenhardt & K. Stegmüller (Hrsg.): *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion.* S. 60-81. Hamburg: Argument Verlag.

Dausien, B. (2009): Differenz und Selbst-Verortung – Die soziale Konstruktion von Geschlecht in Biographien als Forschungskonzept. In: B. Aulenbacher & B. Riegraf (Hrsg.): *Erkenntnis und Methode: Geschlechterforschung in Zeiten des Umbruchs.* S. 157-177. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-91566-1_9.

DBfK Bundesverband e.V. (2022): *Community health nursing. Aufgaben und Praxisprofile*. Berlin: DBfK – Agnes-Karll-Gesellschaft für Gesundheitsbildung und Pflegeforschung mbH, vertreten durch den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe – DBfK Bundesverband e.V.

De Certeau, M. (1984): *The practice of everyday life*. Berkeley, CA: University of California Press.

De Leo, D. (2022a): Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2 (1). S. 7-12. doi: 10.1038/s43587-021-00160-1.

De Leo, D. (2022b): Suicide and ageism. *European Psychiatry*, 65 (S1). S. S32-S32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.114.

de Paula Couto, M. C., Fung, H. H., Graf, S., Hess, T. M., Liou, S., Nikitin, J. & Rothermund, K. (2022a): Antecedents and consequences of endorsing prescriptive views of active aging and altruistic disengagement. *Frontiers in Psychology*, 13. S. 807726. doi: 10.3389/fpsyg.2022.807726.

de Paula Couto, M. C., Nikitin, J., Graf, S., Fung, H. H., Hess, T. M., Liou, S. & Rothermund, K. (2023): Do we all perceive experiences of age discrimination in the same way? Cross-cultural differences in perceived age discrimination and its association with life satisfaction. *European Journal of Ageing*, 20 (1). S. 43. doi: 10.1007/s10433-023-00790-x.

de Paula Couto, M. C., Ostermeier, R. & Rothermund, K. (2022b): Age differences in age stereotypes: The role of life domain and cultural context. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 35 (4). S. 177-188. doi: 10.1024/1662-9647/a000272.

de Paula Couto, M. C. & Rothermund, K. (2019): Ageism and age discrimination at the workplace – a psychological perspective. In: M. E. Domsch, D. H. Ladwig & F. C. Weber (Hrsg.): *Vorurteile im Arbeitsleben: Unconscious Bias erkennen, vermeiden und abbauen.* S. 57-80. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-59232-8_4.

de Paula Couto, M. C. & Rothermund, K. (2022): Prescriptive views of aging: Disengagement, activation, wisdom, and dignity as normative expectations for older people. In: Y. Palgi, A. Shrira & M. Diehl (Hrsg.): *Subjective Views of Aging: Theory, Research, and Practice.* S. 59-75. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-031-11073-3_4.

de Vries, A. L. C., Roehle, R., Marshall, L., Frisén, L., van de Grift, T. C., Kreukels, B. P. C., Bouvattier, C., Köhler, B., Thyen, U., Nordenström, A., Rapp, M. & Cohen-Kettenis, P. T. (2019): Mental health of a large group of adults with disorders of sex development in six European countries. *Psychosomatic Medicine*, 81 (7). S. 629-640. doi: 10.1097/psy.0000000000000718.

de Vries, L. K. & Zindel, Z. (2025): *Lebenssituation, Gesundheit und soziale Teilhabe älterer LSBTQI*-Menschen in Deutschland*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Decker, O., Weissmann, M., Kiess, J. & Brähler, E. (2010): *Die Mitte in der Krise. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2010*. Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung, Forum Berlin, Projekt „Auseinandersetzung mit dem Rechtsextremismus“. doi: 10.15496/publikation-5596.

Denninger, T. (2020): Behinderung und Alter – Betrachtungen aus einer intersektionalen Perspektive. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 53 (3). S. 211-215. doi: 10.1007/s00391-020-01693-7.

Denninger, T. & Richter, A. S. (2021): Soziale Ausschließung im höheren Alter. In: R. Anhorn & J. Stehr (Hrsg.): *Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit.* S. 575-600. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-531-19097-6_19.

Denninger, T., van Dyk, S., Lessenich, S. & Richter, A. (2014): *Leben im Ruhestand: Zur Neuverhandlung des Alters in der Aktivgesellschaft*. Bielefeld: transcript Verlag. doi: 10.14361/transcript.9783839422779.

Deschermeier, P. (2023): Altersgerechter Wohnraum: Unterschätzte Herausforderung für Politik und Gesellschaft. *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*, 50 (2). S. 115-134. doi: 10.2373/1864-810X.23-02-07.

Deutschbein, J., Wagenknecht, A., Gilles, G., Mockel, M. & Schenk, L. (2024): „The stay here is, of course, not appropriate for an old person“: The perspective of healthcare providers on older patients in the emergency department. *BMC Geriatrics*, 24 (1). S. 890. doi: 10.1186/s12877-024-05429-9.

Deutscher Bundestag (2007): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Barbara Höll, Karin Binder, Katja Kipping, Kersten Naumann, Dr. Kirsten Tackmann und der Fraktion DIE LINKE. Situation Intersexueller in Deutschland. Drucksache 16/4287 vom 05.02.2007. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2010): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Altersbilder in der Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 17/3815 vom 17.11.2020. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2016): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungsnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210 vom 02.11.2016. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2017): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Entwurf eines Gesetzes zur strafrechtlichen Rehabilitierung der nach dem 8. Mai 1945 wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen verurteilten Personen und zur Änderung des Einkommensteuergesetzes. Drucksache 18/1203 vom Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2020a): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Achter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Ältere Menschen und Digitalisierung und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 19/21650 vom 13.08.2020. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2020b): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Entwurf eines Gesetzes zur Einführung der Grundrente für langjährige Versicherung in der gesetzlichen Rentenversicherung mit unterdurchschnittlichem Einkommen und für weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Alterseinkommen (Grundrentengesetz). Drucksache 19/18473 vom 08.04.2020. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2020c): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Ergänzender Bericht der Bundesregierung zum Rentenversicherungsbericht 2020 (Alterssicherungsbericht 2020) und Gutachten des Sozialbeirats. Drucksache 19/24926 vom 01.12.2020. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2021): Deutscher Bundestag (Hrsg.). *Sechster Armuts- und Reichtumsbericht – Lebenslagen in Deutschland*. Drucksache 19/29815 vom 14.05.2021. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2022a): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/4210 – Aufbau und Struktur von Gesundheitskiosken in Deutschland. Drucksache 20/4439 vom Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2022b): Deutscher Bundestag (Hrsg.). *Statistische Erhebungen über die Änderung des Geschlechtseintrags und des Vornamens durch transgeschlechtliche Personen*. WD 7 - 3000 - 083/22 vom 06.10.2022. Berlin: Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages.

Deutscher Bundestag (2023a): Deutscher Bundestag (Hrsg.). Bericht der Bundesregierung über die gesetzliche Rentenversicherung, insbesondere über die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben, der Nachhaltigkeitsrücklage sowie des jeweils erforderlichen Beitragssatzes in den künftigen 15 Kalenderjahren (Rentenversicherungsbericht 2023) mit Gutachten des Sozialbeirats. Drucksache 20/9400 vom 30.11.2023. Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Bundestag (2023b): Deutscher Bundestag (Hrsg.). *Wohngeld- und Mietenbericht 2021/2022*. Drucksache 20/7165 vom Berlin: Deutscher Bundestag.

Deutscher Caritasverband (2020): *Eckpunkte Offene Soziale Altenarbeit. Offene Soziale Altenarbeit – die Vielfalt im Alter gestalten*. Freiburg: Deutscher Caritasverband e.V. (https://www.caritas.de/cms/contents/caritas.de/medien/dokumente/fachthemen/familie/eckpunkte-offene-soz/eckpunkte_offene_soziale_altenarbeit_v2.pdf [Zugriff am 11.06.2024]).

Deutscher Ethikrat (2012): *Intersexualität. Stellungnahme*. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Deutscher Ethikrat (2020): *Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise*. Berlin: Deutscher Ethikrat.

Deutscher Verein (2024): *Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Umsetzung des § 71 SGB XII*. Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Eigenverlag) (https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2024/dv-13-23_umsetzung_71_sgb_xii.pdf [Zugriff am 11.06.2024]).

Deutsches Institut für Menschenrechte (2023): *Schutzlücken im internationalen Menschenrechtsschutzsystem und die Vorteile einer UN-Konvention für die Rechte Älterer*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte (https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Stellungnahmen/DIMR_Stellungnahme_2023_Schutzluecken_aelterer_Menschen.pdf [Zugriff am 21.05.2024]).

Devine, C. M. (2005): A life course perspective: Understanding food choices in time, social location, and history. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37 (3). S. 121-128. doi: 10.1016/s1499-4046(06)60266-2.

DeZIM, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (Hrsg.) (2022): Rassistische Realitäten: Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander? Auftaktstudie zum Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa). Berlin: DeZIM.

DeZIM, Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (Hrsg.) (2023): *Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors*. NaDiRa-Bericht 2023. Berlin: DeZIM.

DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2018): *Berufstätige mit Pflegeverantwortung. Zur Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege*. DGB-Index Gute Arbeit Kompakt (02/2018). Berlin: DGB.

DGB, Deutscher Gewerkschaftsbund (Hrsg.) (2020): *Gesetzliche Mitwirkung von Seniorinnen und Senioren ist dringend notwendig!* DGB GBV-Beschluss. (https://www.dgb.de/downloadcenter/++co++d6c34d8c-03af-11eb-a4d2-001a4a16011a [Zugriff am 27.11.2023]). Berlin: DGB.

Dibelius, O., Offermanns, P. & Schmidt, S. (2016): *Palliative Care für Menschen mit Demenz*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Dibelius, O. & Uzarewicz, C. (2006): *Pflege von Menschen höherer Lebensalter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK) (2018): *Bundesrahmenempfehlungen nach § 20d Abs. 3 SGB V*. Berlin: Die Träger der Nationalen Präventionskonferenz (NPK).

Dieck, M. (1993): Entwicklungslinien der Altenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: H.-U. Klose (Hrsg.): *Altern der Gesellschaft. Antworten auf den demographischen Wandel.* S. 187-212. Köln: Bund-Verlag.

Dietzel-Papakyriakou, M. (2005): Potentiale älterer Migranten und Migrantinnen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38 (6). S. 396-406. doi: 10.1007/s00391-005-0346-2.

Ding, Y., Chen, L. & Zhang, Z. (2022): The relationship between social participation and depressive symptoms among Chinese middle-aged and older adults: A cross-lagged panel analysis. *Frontiers in Public Health*, 10. S. 996606. doi: 10.3389/fpubh.2022.996606.

Doblhammer, G., Fink, A., Fritze, T. & Günster, C. (2013): The demography and epidemiology of dementia. *Geriatric Mental Health Care*, 1 (2). S. 29-33. doi: 10.1016/j.gmhc.2013.04.002.

Dombestein, H., Norheim, A. & Lunde Husebo, A. M. (2020): Understanding informal caregivers' motivation from the perspective of self-determination theory: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34 (2). S. 267-279. doi: 10.1111/scs.12735.

Donau, K.-F. (2022): Nach Corona kommt die Schuldenwelle – begründete Sorge oder Panikmache? Aktuelle Entwicklungen im Kredit- und Konsummarkt. *Wirtschaftsdienst*, 102 (3). S. 166-169. doi: 10.1007/s10273-022-3127-2.

Dorn, T. & Blättner, B. (2021): Gewalt unter Bewohnenden nicht übersehen Häufigkeit von Gewaltbeobachtungen, Gewaltwiderfahrnissen und Gewalthandlungen in der stationären Altenpflege aus Sicht der Beschäftigten. *Pflegewissenschaft*, 4 (23). S. 222-228.

Dragano, N. (2022): Forschung zur gesundheitlichen Ungleichheit: eine Übersicht. In: J. Siegrist, U. Stößel & A. Trojan (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen.* S. 117-132. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37692-5_6.

Drahs, S., Krickl, T. & Kruse, E. (2022): Rückkehr von Erwerbsminderungsrentnern ins Erwerbsleben: Ergebnisse aus Längsschnittuntersuchungen der Statistikdatensätze der Deutschen Rentenversicherung. *RVaktuell*, 3/2022.

Drewes, J., Ahmad, A.-N., Weber, K.-J. & Langer, P. C. (2022): Älterwerden mit HIV und Aids in Deutschland. In: P. C. Langer, J. Drewes & D. Schaarenberg (Hrsg.): *Altern mit Stigma: Gesellschaftliche und psychosoziale Perspektiven des Älterwerdens in stigmatisierten Lebenskontexten.* S. 219-261. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37216-3_8.

Drewes, J. & Kruspe, M. (2016): *Schwule Männer und HIV/AIDS 2013. Schutzverhalten und Risikomanagement in den Zeiten der Behandelbarkeit von HIV*. Abschlussbericht zu einer Befragung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe e. V.

Drubig, E., Meyer, G. & Beutner, K. (2023): Adressatengerechte Mobilitäts- und Teilhabeförderung im Pflegeheim. *Physioscience*, 19 (04). S. 160-169. doi: 10.1055/a-1963-6671.

DRV, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023a): *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2023*. Statistik der Deutschen Rentenversicherung. (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.html [Zugriff am 17.04.2023]). Berlin: DRV.

DRV, Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023b): *Rentenversicherung in Zeitreihen*. DRV-Schriften, Band 22. Berlin: DRV.

Dunlap, A. (2016): Changes in coming out milestones across five age cohorts. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 28 (1). S. 20-38. doi: 10.1080/10538720.2016.1124351.

Dünn, S., Bilgen, C. & Heckenberger, S.-C. (2020): Das Grundrentengesetz. In: *„Deutsche Rentenversicherung", Ausgabe 3/2020.* S. 325-346. Frankfurt (Oder): Deutsche Rentenversicherung.

Dütsch, M., Altun, O., Grundmann, L. & Himmelreicher, R. (2023): What does the German minimum wage do? The impact of the introduction of the statutory minimum wage on the composition of low- and minimum-wage labour. *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 243 (3-4). S. 355-396. doi: 10.1515/jbnst-2022-0070.

Ebener, M., Garthe, N. & Hasselhorn, H. M. (2023): *Warum wollen ältere Beschäftigte früh in die Rente?* Ergebnisse der lidA-Kohortenstudie aus 2022/23. Wuppertal: Lehrstuhl für Arbeitswissenschaft, Bergische Universität Wuppertal. doi: 10.25926/hqg5-eg97.

Eftekhar Ardebili, M., Janani, L., Khazaei, Z., Moradi, Y. & Baradaran, H. R. (2020): Quality of life in people with transsexuality after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18 (1). S. 264. doi: 10.1186/s12955-020-01510-0.

Egger, D. (2017): Interkulturelle Kompetenz. Systematiken und Heterogenität eines Schlagwortes. In: A. Rauh (Hrsg.): *Fremdheit und Interkulturalität.* S. 123-148. Bielefeld: transcript Verlag. doi: 10.14361/9783839439104-007.

Eggert, S., Haeger, M., Lux, K., Teubner, C., Väthjunker, D., Wagner, P., Köpsel, N., Höhn, C., Görgen, T. & Mousawi, S. (2023): *Sexuelle/Sexualisierte Gewalt in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege in Deutschland (SeGEL)*. Projektbericht. Berlin, Münster: Zentrum für Qualität in der Pflege und Deutsche Hochschule der Polizei.

Eggert, S. & Teubner, C. (2023): *Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege*. ZQP-Analyse. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP).

Eggert, S., Teubner, C., Budnick, A. & Gellert, P. (2021): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflegereport 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen.* S. 59-69. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-63107-2_4.

Ehlert, M. (2021): Weiterbildung. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 121-127. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Ehrlich, U. (2019): Familiäre Pflege und Erwerbsarbeit. Auf dem Weg zu einer geschlechtergerechten Aufteilung? *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 69 (33-34). S. 49-54.

Ehrlich, U. (2023): The association between family care and paid work among women in Germany: Does the household economic context matter? *Work, Employment and Society*, 37 (1). S. 117-136. doi: 10.1177/09500170211069841.

Ehrlich, U. & Kelle, N. (2019): Pflegende Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? *Zeitschrift für Sozialreform*, 65 (2). S. 175-203. doi: 10.1515/zsr-2019-0007.

Ehrlich, U. & Kelle, N. (2021): *Stille Helden bei der Pflege daheim* (https://archiv.gg-digital.de/2021/02/stille-helden-bei-der-pflege-daheim/index.html [Zugriff am 23.07.2023]).

Ehrlich, U., Minkus, L. & Hess, M. (2020): Einkommensrisiko Pflege? Der Zusammenhang von familiärer Pflege und Lohn. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53 (1). S. 22-28. doi: 10.1007/s00391-019-01666-5.

Ehsan, A., Klaas, H. S., Bastianen, A. & Spini, D. (2019): Social capital and health: A systematic review of systematic reviews. *SSM - population health*, 8. S. 100425. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100425.

El-Mafaalani, A., Waleciak, J. & Weitzel, G. (2017): Tatsächliche, messbare und subjektiv wahrgenommene Diskriminierung. In: A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung.* S. 173-189. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-10976-9_10.

El-Tayeb, F. (2016): Undeutsch. Die Konstruktion des Anderen in der postmigrantischen Gesellschaft. Bielefeld: transcript Verlag.

Elder, G. H. (1995): The life course paradigm: Social change and individual development. In: P. Moen, G. H. Elder, Jr. & K. Lüscher (Hrsg.): *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development.* S. 101-139. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10176-003.

Empirica AG (2020): *Preisdatenbank* (https://www.empirica-institut.de [Zugriff am 11.03.2024]).

Engler, S., Bleck, C. & Kricheldorff, C. (2023): *Gerontologisches Gutachten zu fachlich begründeten Einzelleistungen nach § 71 SGB XII*. Identifikation, Analyse und Beschreibung aus gerontologischer Perspektive als Basis für die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung eines Berliner Altenhilfestrukturgesetzes auf Grundlage des § 71 SGB XII. Freiburg, Düsseldorf: Evangelische Hochschule Freiburg, Hochschule Düsseldorf und Katholische Hochschule Freiburg.

Englert, N., Noelle, M., Hulsken-Giesler, M. & Buscher, A. (2023): Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege: ein Scoping-Review zum Einfluss sozioökonomischer Ressourcen auf die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, 178. S. 47-55. doi: 10.1016/j.zefq.2023.02.004.

Eost-Telling, C., Kingston, P., Taylor, L. & Emmerson, L. (2021): Ageing simulation in health and social care education: A mixed methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77 (1). S. 23-46. doi: 10.1111/jan.14577.

Erkert, T. (2023): Alte Menschen – neue Kommunikationsformen: Bildkommunikation und Internet. In: U. Walter & T. Altgeld (Hrsg.): *Altern im ländlichen Raum: Ansätze für eine vorausschauende Alten- und Gesundheitspolitik.* S. 301-317. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Erosheva, E. A., Kim, H. J., Emlet, C. & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2016): Social networks of lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Research on Aging*, 38 (1). S. 98-123. doi: 10.1177/0164027515581859.

Essed, P. (1991): *Understanding everyday racism: An interdisciplinary theory*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483345239.

Essed, P. (1992): *Rassismus und Migration in Europa*. ARGUMENT-Sonderband AS 201. Hamburg: Argument Verlag.

Essed, P. (2020): Humiliation, dehumanization and the quest for dignity: Researching beyond racism In: J. Solomos (Hrsg.): *Stop racism. Routledge international handbook of contemporary racisms.* London: Routledge. doi: 10.4324/9781351047326-34.

Europäische Union (2015): *Special Eurobarometer 437: Discrimination in the EU in 2015*. Brüssel: Directorate-General for Communication (https://data.europa.eu/data/datasets/s2077_83_4_437_eng?locale=en [Zugriff am 21.05.2024]).

European Council (2010): Council conclusions on Active Ageing. 3019th employment, social policy health and consumer affairs council meeting. Luxembourg, June 7 2010. Brüssel: Council of the European Union (https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/114968.pdf [Zugriff am 21.06.2024]).

European Council (2014): *Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers to member States on the promotion of human rights of older persons*. Brüssel: Council of the European Union (http://www.europeanrights.eu/public/atti/2014_-_2_ing.pdf [Zugriff am 21.06.2024]).

European Union Agency for Fundamental Rights (2023): *Fundamental rights report 2023*. Wien: European Union Agency for Fundamental Rights.

Eurostat (o.J.): *International standard classification of education (ISCED)*. Brüssel: eurostat Statistics Explained (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=International_Standard_Classification_of_Education_(ISCED) [Zugriff am 06.06.2024]).

Fabian, C., Drilling, M., Niermann, O. & Schnur, O. (2017): Quartier und Gesundheit – Klärungen eines scheinbar selbstverständlichen Zusammenhangs. In: C. Fabian, M. Drilling, O. Niermann & O. Schnur (Hrsg.): *Quartier und Gesundheit: Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis.* S. 9-37. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-15372-4_1.

Fachverband Homosexualität und Geschichte e. V. (2021): Verfolgung homosexueller Männer und Frauen in der NS-Zeit. Jahrbuch für die Geschichte der Homosexualitäten. Invertito. Berlin: Männerschwarm Verlag.

Falhammar, H., Claahsen-van der Grinten, H., Reisch, N., Slowikowska-Hilczer, J., Nordenström, A., Roehle, R., Bouvattier, C., Kreukels, B. P. C. & Köhler, B. (2018): Health status in 1040 adults with disorders of sex development (DSD): A european multicenter study. *Endocrine Connections*, 7 (3). S. 466-478. doi: 10.1530/ec-18-0031.

Falk, K. & Zander, M. (2020): Alter und Behinderung. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 421-430. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_36.

Fanon, F. (1985): *Schwarze Haut, weiße Masken*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Farrell, T. W., Hung, W. W., Unroe, K. T., Brown, T. R., Furman, C. D., Jih, J., Karani, R., Mulhausen, P., Nápoles, A. M., Nnodim, J. O., Upchurch, G., Whittaker, C. F., Kim, A., Lundebjerg, N. E. & Rhodes, R. L. (2022): Exploring the intersection of structural racism and ageism in healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70 (12). S. 3366-3377. doi: 10.1111/jgs.18105.

Faulenbach, B. (2002): Die Vertreibung der Deutschen aus den Gebieten jenseits von Oder und Neiße. Zur wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, B 51-52/2002. S. 44-54.

Fernández-Ballesteros, R., Benetos, A. & Robine, J.-M. (2019): *The Cambridge handbook of successful aging*. Cambridge: Cambridge University Press. doi: 10.1017/9781316677018.

Fey, J. & Wagner, M. (2023): Das Einkommen der Hochaltrigen in Deutschland. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 41-62. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_3.

Fialová, D., Kummer, I., Držaić, M. & Leppee, M. (2018): Ageism in medication use in older patients. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 213-240. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_14.

Fischer, M. M. & Kalmijn, M. (2021): Do adult men and women in same-sex relationships have weaker ties to their parents? *Journal of Family Psychology*, 35 (3). S. 288-298. doi: 10.1037/fam0000696.

Floridi, G., Quashie, N. T., Glaser, K. & Brandt, M. (2022): Partner care arrangements and well-being in mid- and later life: The role of gender across care contexts. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 77 (2). S. 435-445. doi: 10.1093/geronb/gbab209.

Floyd, F. J. & Bakeman, R. (2006): Coming-out across the life course: Implications of age and historical context. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3). S. 287-296. doi: 10.1007/s10508-006-9022-x.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg.) (2014): *Being trans in the European Union. Comparative analysis of EU LGBT survey data*. Equality. (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-being-trans-eu-comparative-0_en.pdf [Zugriff am 23.05.2024]). Luxemburg: FRA.

FRA, European Union Agency for Fundamental Rights (Hrsg.) (2020): *A long way to go for LGBTI equality*. EU-LGBTI II. (https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf [Zugriff am 17.11.2023]). Luxemburg: FRA.

Frahsa, A. (2018): Verkehr und Gesundheit – Walkability. In: O. Schwedes (Hrsg.): *Verkehrspolitik: Eine interdisziplinäre Einführung.* S. 395-414. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-21601-6_18.

Francioli, S. P. & North, M. S. (2021): Youngism: The content, causes, and consequences of prejudices toward younger adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 150 (12). S. 2591. doi: 10.1037/xge0001064.

Franzen, J. & Sauer, A. (2010): *Benachteiligung von Trans*Personen, insbesondere im Arbeitsleben*. Expertise im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Fredriksen Goldsen, K. I., Cook-Daniels, L., Kim, H. J., Erosheva, E. A., Emlet, C. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. & Muraco, A. (2014): Physical and mental health of transgender older adults: An at-risk and underserved population. *The Gerontologist*, 54 (3). S. 488-500. doi: 10.1093/geront/gnt021.

Fredriksen Goldsen, K. I., Emlet, C. A., Kim, H. J., Muraco, A., Erosheva, E. A., Goldsen, J. & Hoy-Ellis, C. P. (2013): The physical and mental health of lesbian, gay male, and bisexual (LGB) older adults: The role of key health indicators and risk and protective factors. *The Gerontologist*, 53 (4). S. 664-675. doi: 10.1093/geront/gns123.

Fredriksen Goldsen, K. I., Jen, S., Clark, T., Kim, H. J., Jung, H. & Goldsen, J. (2022): Historical and generational forces in the Iridescent Life Course of bisexual women, men, and gender diverse older adults. *Sexualities*, 25 (1-2). S. 132-156. doi: 10.1177/1363460720947313.

Fredriksen Goldsen, K. I., Jen, S. & Muraco, A. (2019): Iridescent life course: LGBTQ aging research and blueprint for the future – A systematic review. *Gerontology*, 65 (3). S. 253-274. doi: 10.1159/000493559.

Fredriksen Goldsen, K. I., Kim, H.-J., Emlet, C. E., Muraco, A., Erosheva, E. A., Hoy-Ellis, C. P., Goldsen, J. & Petry, H. (2011): *The aging and health report. Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults*. Seattle, WA: Institute for Multigenerational Health, (https://www.lgbtagingcenter.org/resources/pdfs/LGBT%20Aging%20and%20Health%20Report_final.pdf [Zugriff am 23.05.2024]).

Freedman, A. & Nicolle, J. (2020): Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician - Medecin de Famille Canadien*, 66 (3). S. 176-182.

Freie Wohlfahrtsplege NRW (2021): *Teilhabe im Alter im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge sichern – Plädoyer für eine Reform des § 71 SGB XII*. Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen (https://www.freiewohlfahrtspflege-nrw.de/fileadmin/user_data/2021/Positionen/20210209_Position_Teilhabefinanzierung____71_SGB_XII.pdf [Zugriff am 18.06.2024]).

Fried, L. P., Carlson, M. C., McGill, S., Seeman, T., Xue, Q. L., Frick, K., Tan, E., Tanner, E. K., Barron, J., Frangakis, C., Piferi, R., Martinez, I., Gruenewald, T., Martin, B. K., Berry-Vaughn, L., Stewart, J., Dickersin, K., Willging, P. R. & Rebok, G. W. (2013): Experience corps: A dual trial to promote the health of older adults and children's academic success. *Contemporary Clinical Trials*, 36 (1). S. 1-13. doi: 10.1016/j.cct.2013.05.003

Friedrichs, A. (2001): Aufgaben und Regelungsbedarf eines Altenhilfe-Struktur-Gesetzes. *ZFSH/SGB – Zeitschrift für die sozialrechtliche Praxis*, 40 (4). S. 205-215.

Friedrichs, J. (2017): Effekte des Wohngebiets auf die mentale und physische Gesundheit der Bewohner/Innen. In: C. Fabian, M. Drilling, O. Niermann & O. Schnur (Hrsg.): *Quartier und Gesundheit: Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis.* S. 41-57. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-15372-4_2.

Frohn, D., Wiens, M., Buhl, S., M., P. & Heiligers, N. (2020): „Inter* im Office?!“ Die Arbeitssituation von inter* Personen in Deutschland unter differenzieller Perspektive zu (endo*) LSBT*Q+ Personen. Köln: Institut für Diversity- & Antidiskriminierungsforschung.

Fromm, S. & Rosenkranz, D. (2019): *Unterstützung in der Nachbarschaft. Struktur und Potenzial für gesellachtliche Kohäsion*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-22323-6.

Frommert, D., Hagen, C. & Himmelreicher, R. (2021): Mind the (gender) gap between pay and pension. *Arbeit*, 30 (4). S. 307-332. doi: 10.1515/arbeit-2021-0021.

Frost, D. M. & Meyer, I. H. (2023): Minority stress theory: Application, critique, and continued relevance. *Current Opinion in Psychology*, 51. S. 101579. doi: 10.1016/j.copsyc.2023.101579.

Fuchs, J., Scheidt-Nave, C., Gaertner, B., Dapp, U., von Renteln-Kruse, W., Saum, K. U., Thorand, B., Strobl, R. & Grill, E. (2016): Frailty in Germany – status and perspectives: Results from a workshop of the German society for epidemiology. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 49 (8). S. 734-742. doi: 10.1007/s00391-015-0999-4.

Gaertner, B., Fuchs, J. & Scheidt-Nave, C. (2025): *Gesundheit im Alter und deren Bedeutung für Teilhabe*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Gaertner, B., Scheidt-Nave, C., Koschollek, C. & Fuchs, J. (2023): Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. *Journal of Health Monitoring*, 8 (3). S. 7-29. doi: 10.25646/11564.

Gardner, A. T., de Vries, B. & Mockus, D. S. (2014): Aging out in the desert: Disclosure, acceptance, and service use among midlife and older lesbians and gay men. *Journal of Homosexuality*, 61 (1). S. 129-144. doi: 10.1080/00918369.2013.835240.

GBD 2017 Diet Collaborators (2019): Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017. *The Lancet*, 393 (10184). S. 1958-1972. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30041-8.

GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators (2022): Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: An analysis for the global burden of disease study 2019. *The Lancet*, 7 (2). S. e105-e125. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00249-8.

Gebert, A., Brünett, M. & Weidner, F. (2021): Präventive Hausbesuche für vulnerable ältere Menschen – Zugangswege und Beiträge zur Sozialraumentwicklung. *Pflege & Gesellschaft*, 4 (2021). S. 308-323. doi: 10.3262/P&G2104308.

Geena Davis Institute (o.J.): *Women over 50: The right to be seen on screen*. Los Angeles, CA und Denver, CO: Geena Davis Institute on Gender in Media und Next50.

Geier, A. K., Lippmann, S., Rau, A., Schrimpf, A., Bleckwenn, M. & Deutsch, T. (2022): Walking a mile in Grandma's shoes – Medical students' evaluation of a very simple online aging game to enhance their understanding of older patients. *BMC Geriatrics*, 22 (1). S. 865. doi: 10.1186/s12877-022-03470-0.

Geigl, C., Loss, J., Leitzmann, M. & Janssen, C. (2022): Social factors of dietary risk behavior in older German adults: Results of a multivariable analysis. *Nutrients*, 14 (5). S. 1057. doi: 10.3390/nu14051057.

Gellert, P., Lech, S., Kessler, E.-M., Herrmann, W., Döpfmer, S., Balke, K., Oedekoven, M., Kuhlmey, A. & Schnitzer, S. (2021): Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: Two cohorts of a nationwide survey. *BMC Health Services Research*, 21 (1). S. 442. doi: 10.1186/s12913-021-06384-6.

Gellert, P., von Berenberg, P., Oedekoven, M., Klemt, M., Zwillich, C., Horter, S., Kuhlmey, A. & Drager, D. (2018): Centenarians differ in their comorbidity trends during the 6 years before death compared to individuals who died in their 80s or 90s. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 73 (10). S. 1357-1362. doi: 10.1093/gerona/glx136.

Gerhards, P. (2017): Nachbarschaftsbeziehungen älterer Menschen – Subjektive Konzepte und Hilfepotenziale. Eine Untersuchung organisierter und nichtorganisierter Nachbarschaft, Dissertation, Kaiserslautern: Fachbereich Raum und Umweltplanung, Technische Universität Kaiserslautern.

Gerhardt, U. & Hohenester, B. (1997): Beruf und Kultur: Zum gesellschaftstheoretischen Verständnis der Integration von Vertriebenen/Flüchtlingen in Westdeutschland nach 1945. *Soziale Welt*, 48 (3). S. 253-275.

Gerlach, H. & Schupp, M. (2018): *Homosexualitäten in der Langzeitpflege*. Berlin: Peter Lang Verlag. doi: 10.3726/b14409.

Gerlach, H. & Szillat, C. (2017): *Schwule im Alter. Studie zur Lebenssituation von männerliebenden Männern über 50 in Hamburg*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-16863-6.

Gerritsen, A. A. M. & Devillé, W. L. (2009): Gender differences in health and health care utilisation in various ethnic groups in the Netherlands: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9 (1). S. 109. doi: 10.1186/1471-2458-9-109.

Gerstorf, D., Ram, N., Drewelies, J., Duezel, S., Eibich, P., Steinhagen-Thiessen, E., Liebig, S., Goebel, J., Demuth, I., Villringer, A., Wagner, G. G., Lindenberger, U. & Ghisletta, P. (2023): Today's older adults are cognitively fitter than older adults were 20 years ago, but when and how they decline is no different than in the past. *Psychological Science*, 34 (1). S. 22-34. doi: 10.1177/09567976221118541.

Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. & Ayalon, L. (2018): Ageism and sexuality. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 149-162. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_10.

Geyer, J. (2015): Grundsicherungsbezug und Armutsrisikoquote als Indikatoren von Altersarmut. *DIW Roundup. Politik im Fokus 62*.

Geyer, J., Grabka, M. M. & Haan, P. (2021a): 20 Jahre Riester-Rente – Private Altersvorsorge braucht einen Neustart. *DIW Wochenbericht*, 40 (2021). S. 667-673. doi: 10.18723/diw_wb:2021-40-1.

Geyer, J. & Haan, P. (2024): *Bilanz der Grundrente: Weniger Menschen als erwartet profitieren davon*. DIWaktuell Nr. 91. Berlin: DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Geyer, J., Haan, P., Kröger, H. & Schaller, M. (2021b): Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. *DIW Wochenbericht*, 44 (2021). S. 727-734. doi: 10.18723/diw_wb:2021-44-1.

Geyer, J., Haan, P. & Ludwig, A. (2021c): *Mindestrente: Absicherung gegen Altersarmut und notwendiger Baustein für weitere Reformen*. DIWaktuell Nr. 72. Berlin: DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung.

Giami, A. & Le Bail, J. (2011): HIV infection and STI in the trans population: A critical review. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 59 (4). S. 259-268. doi: 10.1016/j.respe.2011.02.102.

Gil-Salmerón, A., Katsas, K., Riza, E., Karnaki, P. & Linos, A. (2021): Access to healthcare for migrant patients in Europe: Healthcare discrimination and translation services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (15). doi: 10.3390/ijerph18157901.

Gilligan, M., Karraker, A. & Jasper, A. (2018): Linked lives and cumulative inequality: A multigenerational family life course framework. *Journal of Family Theory & Review*, 10 (1). S. 111-125. doi: 10.1111/jftr.12244.

Global Nutrition Report (2021): *Country Nutrition Profiles* (https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/ [Zugriff am 15.05.2024]).

Glodny, S. & Yılmaz-Aslan, Y. (2014): Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten. In: T. Gaertner, B. Gansweid, H. Gerber, F. Schweger & U. Heine (Hrsg.): *Die Pflegeversicherung.* S. 248-254. Berlin, Boston, MA: De Gruyter.

Goerres, A. (2009): Das Wahlverhalten älterer Menschen. Ein Beitrag über die Unterschiede zwischen älteren und jüngeren Wählern. In: J. Kocka & U. Staudinger (Hrsg.): *Altern: Familie, Zivilgesellschaft und Politik (Bd. 8).* S. 299-321. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Goffman, E. (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Goldbogen, A. & Kleinmann, S. (2021): Aktueller Antisemitismus in Deutschland: Verpflechtungen, Diskurse, Befunde. Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung.

Gomez-Lobo, V. & Amies Oelschlager, A. M. (2016): Disorders of sexual development in adult women. *Obstetrics and Gynecology*, 128 (5). S. 1162-1173. doi: 10.1097/aog.0000000000001672.

Gose, M., Storckdieck genannt Bonsmann, S. & Hofmann, I. (2021): *Ernährungskompetenz in Deutschland – vertiefende Auswertungen: Ergebnisbericht*. Karlsruhe: Max Rubner-Institut [Zugriff am.

Grabka, M. M. & Halbmeier, C. (2021): Private Vermögen – Höhe, Entwicklung und Verteilung. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 245-257. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Graf von Stillfried, D., Erhart, M. & Czihal, T. (2021): Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. In: C. Thielscher (Hrsg.): *Handbuch Medizinökonomie I. Grundlagen und System der medizinischen Versorgung.* S. 279-319. Wiesbaden: Springer Gabler. doi: 10.1007/978-3-658-17782-9_20.

Grafe, R. (2020): *Umweltgerechtigkeit. Aktualität und Zukunftsvision*. Wiesbaden: Springer Vieweg. doi: 10.1007/978-3-658-29083-2.

Grant, J. M., Mottet, L. A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J. L. & Keisling, M. (2011): *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.

Grates, M. & Brandt, M. (2023): (How) did self-rated health status shape Internet use among older adults during the COVID-19 pandemic in Germany? *New Media & Society*. doi: 10.1177/14614448231188971.

Grau, G. (2011): *Strafrechtliche Verfolgung der Homosexualität in der DDR*. § 175 StGB Rehabilitierung der nach 1945 verurteilten homosexuellen Männer. Dokumentation des Fachsymposiums am 17. Mai 2011 zum Internationalen Tag gegen Homophobie im Festsaal des Abgeordnetenhauses von Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen. Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung.

Greene, M., Hessol, N. A., Perissinotto, C., Zepf, R., Hutton Parrott, A., Foreman, C., Whirry, R., Gandhi, M. & John, M. (2018): Loneliness in older adults living with HIV. *AIDS and Behavior*, 22 (5). S. 1475-1484. doi: 10.1007/s10461-017-1985-1.

Greß, S. & Jacobs, K. (2021): Regionale Sicherstellung der Pflegeversorgung. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen.* S. 185-194. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-63107-2_13.

Groffen, D. A., Bosma, H., Tan, F. E., van den Akker, M., Kempen, G. I. & van Eijk, J. T. (2012): Material vs. psychosocial explanations of old-age educational differences in physical and mental functioning. *European Journal of Public Health*, 22 (4). S. 587-592. doi: 10.1093/eurpub/ckr063.

Gross, B., Brüggemann, S. & Streibelt, M. (2022): Überblick zu Trends und Entwicklungen von Erwerbsminderungsrenten. In: *„Deutsche Rentenversicherung", Ausgabe 3/2022.* S. 242-254. Frankfurt (Oder): Deutsche Rentenversicherung.

Gruhlich, J. & Riegraf, B. (2022): Gender Mainstreaming und Diversity Management. Eine Diskussion aus intersektionaler Perspektive. In: A. Biele Mefebue, A. D. Bührmann & S. Grenz (Hrsg.): *Handbuch Intersektionalitätsforschung.* S. 257-270. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-26292-1_9.

GSA (2023): *Reframing aging initiative by the Gerontological Society of America*. Washington, DC: Gerontological Society of America (GSA) (https://www.reframingaging.org/ [Zugriff am 21.05.2024]).

Guasp, A. (2011): *Lesbian, gay and bisexual people in later life*. London: Stonewall (https://www.ageuk.org.uk/bp-assets/globalassets/shropshire-telford--wrekin/original-blocks/our-services/useful-links/stonewall-lesbian-gay-and-bisexual-people-in-later-life.pdf [Zugriff am 23.05.2024]).

Gugutzer, R. (2004): *Soziologie des Körpers* Bielefeld: transcript Verlag.

Güldenring, A., Veith, L. & Voß, H.-J. (2025): *Zur Situation transgeschlechtlicher und intergeschlechtlicher Menschen im Alter*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Günther, J. (2005): Das soziale Netz der Nachbarschaft als System informeller Hilfe. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 36 (4). S. 427-442. doi: 10.1007/s11612-005-0143-9.

Günther, M. (2018): Wohnen der Altersgruppe 65plus. Untersuchung im Auftrag vom Bundesverband Deutscher Baustoff-Fachhandel e.V. Hannover: Pestel Institut.

Günther, M. (2023): Prognose zum Wohnungsmarkt und zur Renten-Situation der Baby-Boomer. Beauftragt vom Bundesverband Deutscher Bausstoff-Fachhandel (BDB) e.V. Hannover: Pestel Institut.

Haan, P. (2024): Eine effektive Grundrente ermöglicht notwendige Rentenreformen. *Wirtschaftsdienst*, 104 (2). S. 87-91. doi: 10.2478/wd-2024-0029.

Haan, P., Stichnot, H., Blömer, M., Buslei, H., Geyer, J., Krolage, C. & Müller, K.-U. (2017): *Entwicklung der Altersarmut bis 2036. Trends, Risikogruppen und Politikszenarien*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Haas, A., Rodgers, P. & Herman, J. (2014): *Suicide attempts among transgender and gender non-conforming adults: Finding of the national transgender discrimination survey*. New York, NY: American Foundation for Suicide Prevention. doi: 10.13140/RG.2.1.4639.4641.

Hagemann-White, C. (1984): *Sozialisation: Weiblich – männlich?* Opladen: Leske und Budrich. doi: 10.1007/978-3-322-97160-9.

Hagen, C. & Himmelreicher, R. K. (2020): Erwerbsminderungsrente der erwerbsfähigen Bevölkerung in Deutschland – ein unterschätztes Risiko? In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2020.* S. 729-740. Berlin Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-61524-9_29.

Hagen, K. & Kleinlein, A. (2011): Zehn Jahre Riester-Rente: Kein Grund zum Feiern. *DIW Wochenbericht*, 47. S. 3-14.

Hahne, M., Hempel, L. & Pelzer, R. (2020): *(Un-)Sicherheitsgefühle und subjektive Sicherheit im urbanen Raum*. Berliner Forum Gewaltprävention (GFB). Urbane Sicherheit Heft 2. Berlin: Landeskommission Berlin gegen Gewalt.

Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mosch, E., Wolfsgruber, S., Heser, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G. & Konig, H. H. (2016): Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: Results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Quality of Life Research*, 25 (5). S. 1159-1168. doi: 10.1007/s11136-015-1166-5.

Hajek, A., Brettschneider, C., Mallon, T., Ernst, A., Mamone, S., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Weeg, D., Wagner, M., Heser, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., Konig, H. H. & AgeCoDe Study, G. (2017a): The impact of social engagement on health-related quality of life and depressive symptoms in old age – Evidence from a multicenter prospective cohort study in Germany. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15 (1). S. 140. doi: 10.1186/s12955-017-0715-8.

Hajek, A., Brettschneider, C., Mallon, T., van der Leeden, C., Mamone, S., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Fuchs, A., Pentzek, M., Riedel-Heller, S. G., Stein, J., Bickel, H., Weeg, D., Heser, K., Wagner, M., Maier, W., Scherer, M., Luck, T. & Konig, H. H. (2017b): How does social support affect functional impairment in late life? Findings of a multicenter prospective cohort study in Germany. *Age and Ageing*, 46 (5). S. 813-820. doi: 10.1093/ageing/afx012.

Hajek, A., König, H. H., Buczak-Stec, E., Blessmann, M. & Grupp, K. (2023): Prevalence and Determinants of Depressive and Anxiety Symptoms among Transgender People: Results of a Survey. *Healthcare*, 11 (5). S. 705. doi: 10.3390/healthcare11050705.

Hall, S. (1994): Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2. Hamburg: Argument Verlag.

Hall, W. J., Dawes, H. C. & Plocek, N. (2021): Sexual orientation identity development milestones among lesbian, gay, bisexual, and queer people: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. S. 753954. doi: 10.3389/fpsyg.2021.753954.

Hämel, K. & Röhnsch, G. (2021): Between social inclusion and exclusion: Integration of daycare guests in the nursing home setting. *The Gerontologist*, 61 (7). S. 1030-1040.

Hammerschmidt, P. & Löffler, E. M. (2020): Soziale Altenhilfe als Teil kommunaler Sozial(hilfe-)politik. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 9-26. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_2.

Hansen, N. (2009): Die Verarbeitung von Diskriminierung. In: A. Beelmann & K. J. Jonas (Hrsg.): *Diskriminierung und Toleranz: Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven.* S. 155-170. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-91621-7_8.

Hapke, U., Bretschneider, J. & Thom, J. (2017): Depression in der Bevölkerung: Diagnoseraten im Versorgungskontext und epidemiologische Befunde. *Epidemiologisches Bulletin* (14). S. 121-123. doi: 10.17886/EpiBull-2017-018.

Hartmann, M. (2001): *Vertrauen. Die Grundlage des sozialen Zusammenhalts*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022): Settingansatz–Lebensweltansatz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). doi: 10.17623/BZGA:Q4-i106-2.0.

Haslbeck, J. W. & Schaeffer, D. (2007): Selbstmanagementfoderung bei chronischer Krankheit: Geschichte, Konzept und Herausforderungen. *Pflege*, 20 (2). S. 82-92. doi: 10.1024/1012-5302.20.2.82.

Hasselhorn, M. (2020): Wie lange wollen und können Erwerbstätige in Deutschland arbeiten? *Deutsche Rentenversicherung*, 4 (2020). S. 485-506.

Hatzenbuehler, M. L. (2017): Structural stigma and health. In: B. Major, J. F. Dovidio & B. G. Link (Hrsg.): *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health.* Oxford: Oxford Library of Psychology (online edn, Oxford Academic). doi: 10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.13.

Hauck, L., Richter-Appelt, H. & Schweizer, K. (2019): Zum Problem der Häufigkeitsbestimmung von Intergeschlechtlichkeit und Varianten der Geschlechtsentwicklung: Eine Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 32 (02). S. 80-89. doi: 10.1055/a-0897-0404.

Häussermann, H., Schwarze, K., Jaedicke, W., Bär, G. & Bugenhagen, I. (2010): Lebenslagen in Deutschland – Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung: Möglichkeiten des verbesserten sozialen Inklusion in der Wohnumgebung; SchlussberichtA. Forschungsbericht/Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, IfS Institut für Stadtforschung und Strukturpolitik GmbH.

Havercamp, N. & Rudinger, G. (2016): *Mobilität 2030: Zukunftsszenarien für eine alternde Gesellschaft*. Band 8. Bielefeld: transcript Verlag. doi: 10.1515/9783839433058.

Heaphy, B., Yip, A. K. T. & Thompson, D. (2004): Ageing in a non-heterosexual context. *Ageing & Society*, 24 (6). S. 881-902. doi: 10.1017/S0144686X03001600.

Heidbrink, H., Lück, H. E. & Schmidtmann, H. (2009): *Psychologie sozialer Beziehungen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Heinrich-Böll-Stiftung (2022): *Armut macht Hunger – Fakten zur Globalen Ernährung 2021*. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung (https://www.boell.de/sites/default/files/2022-01/Boell-Armut-macht-Hunger_V01_kommentierbar.pdf [Zugriff am 25.04.2023]).

Heising, P. & Baba, L. (2011): Neue Ansätze für kommunale Konzepte zur Wohnraumversorgung von Haushalten mit niedrigen Einkommen. *Informationen zur Raumentwicklung*, 09.2011. S. 521-533.

Hellermann, J. (2022): *Die Altenhilfe nach § 71 SGB XII und der rechtliche Rahmen für ihre Weiterentwicklung. Rechtsgutachten im Auftrag der BAGSO*. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (https://www.bagso.de/fileadmin/user_upload/bagso/06_Veroeffentlichungen/2022/BAGSO_Rechtsgutachten_Altenhilfe_.pdf [Zugriff am 11.06.2024]).

Henderson, H., Child, S., Moore, S., Moore, J. B. & Kaczynski, A. T. (2016): The influence of neighborhood aesthetics, safety, and social cohesion on perceived stress in disadvantaged communities. *American Journal of Community Psychology*, 58 (1-2). S. 80-88. doi: 10.1002/ajcp.12081.

Henke, A., Thuss-Patience, P., Behzadi, A. & Henke, O. (2017): End-of-life care for immigrants in Germany. An epidemiological appraisal of Berlin. *PLoS One*, 12 (8). S. e0182033. doi: 10.1371/journal.pone.0182033.

Herrmann, C. (2022): Kommunale Altenpolitik jenseits von Fürsorge und Modellprojekten. Systematische Gestaltung eines unterschätzten Politikfelds. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 2/2022. S. 47-49. doi: 10.5771/0340-8574-2022-2-47.

Herrmann, C., Lange, C., Lyck, H., Manhart, L., Riedmann, M. & Spöhr, M. (2022): *Positionspapier für ein Altenhilfestrukturgesetz*. Magdeburg: VSOP Verein für Sozialplanung e.V.

Herrmann, J., Rebaudo, M. & Calahorrano, L. (2022): *Daten zur Informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegende*. Sankt Augustin: Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT). doi: 10.24406/publica-397.

Herrmann, W. J., Oeser, P., Buspavanich, P., Lech, S., Berger, M. & Gellert, P. (2023): Loneliness and depressive symptoms differ by sexual orientation and gender identity during physical distancing measures in response to COVID-19 pandemic in Germany. *Applied Psychology*, 15 (1). S. 80-96. doi: 10.1111/aphw.12376.

Herweck, R. (2015): *Stärkung der Rolle der Kommunen in der Altenpolitik*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Heß, M., De Tavernier, W. & Naegele, L. (2020): Culture Matters – Normen, Erwerbstätigkeit und informelle Pflege von älteren Frauen in Europa. *Sozialer Fortschritt*, 69 (10). S. 667-685. doi: 10.3790/sfo.69.10.667.

Hestres, L. E., John, J. E., Rochman, A., Volmert, A., Thayer, C., David, P., Choi-Allum, L. & Skufca, L. (2022a): *Reframing aging through images: Recommendations from research*. Washington, DC: FrameWorks Institute and AARP. doi: 10.26419/res.00546.001.

Hestres, L. E., John, J. E., Rochman, A., Volmert, A., Thayer, C., David, P., Choi-Allum, L. & Skufca, L. (2022b): *Reframing aging through images: Research methods supplement*. Washington, DC: FrameWorks Institute and AARP. doi: 10.26419/res.00546.002.

Hieber, A., Mollenkopf, H., Kloé, U. & Wahl, H. W. (2006): *Kontinuität und Veränderung in der alltäglichen Mobilität älterer Menschen*. Schriftenreihe ‚Mobilität und Alter', Band 2. Köln: TÜV-Media.

Hielscher, V., Kirchen-Peters, S. & Nock, L. (2017): *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. Study der Hans-Böckler-Stiftung, 363. Band der Reihe. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Hihn, D. (2023): *Lange Wartezeiten in der Schuldnerberatung – eine Zumutung für Ratsuchende und Beratungskräfte*. Stuttgart: Infodienst Schuldnerberatung (https://infodienst-schuldnerberatung.de/beratung/lange-wartezeiten-in-der-schuldnerberatung-eine-zumutung-fuer-ratsuchende-und-beratungskraefte/ [Zugriff am 26.03.2024]).

Hilti, N. & Lingg, E. (2022): Nachbarschaft. In: F. Kessl & C. Reutlinger (Hrsg.): *Sozialraum. Eine elementare Einführung.* S. 373-382. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-29210-2_30.

Hochgürtel, T. & Sommer, B. (2021): Lebensformen in der Bevölkerung und Kinder. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 51-64. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Hoebel, J., Rattay, P., Prütz, F., Rommel, A. & Lampert, T. (2016): Socioeconomic status and use of outpatient medical care: The case of Germany. *PLoS One*, 11 (5). S. e0155982. doi: 10.1371/journal.pone.0155982.

Hoeckner, H., Stecking, M. & Singer-Posern, S. (2020): KLIMPRAX Stadtklima: Ansätze für eine hitzeangepasste Stadtplanung. *Public Health Forum*, 28 (1). S. 50-53. doi: 10.1515/pubhef-2019-0100.

Hoenes, J., Januschke, E. & Klöppel, U. (2019): *Häufigkeit normangleichender Operationen „uneindeutiger" Genitalien im Kindesalter. Follow Up-Studie*. Bochum: Ruhr-Universität Bochum. doi: 10.13154/rub.113.99.

Hoff, A. (2006): Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel. In: C. Tesch-Römer, H. Engstier & S. Wurm (Hrsg.): *Altwerden in Deutschland: Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte.* S. 231-287. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-90138-1_5.

Hoffmann, E. & Romeu Gordo, L. (2016): Lebenssituation älterer Menschen mit Migrationshintergrund. In: *Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 64-73. Bonn: bpb Bundeszentrale für Politische Bildung.

Hollederer, A. & Wildner, M. (2019): Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 144 (1). S. e1-e11. doi: 10.1055/a-0671-4605.

Holm, A. (2018): Wohnen macht arm. *WSI-Mitteilungen*, 71 (5). S. 427-436. doi: 10.5771/0342-300x-2018-5-427.

Holm, A. (2020): Wohnen: Gesundheit im Politikfeld Wohnen. In: K. Böhm, S. Bräunling, R. Geene & H. Köckler (Hrsg.): *Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe.* S. 223-234. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-30504-8_18.

Holman, D. & Walker, A. (2021): Understanding unequal ageing: Towards a synthesis of intersectionality and life course analyses. *European Journal of Ageing*, 18 (2). S. 239-255. doi: 10.1007/s10433-020-00582-7.

Höpflinger, F. (2012): Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung. In: F. Höpflinger & P. Perrig-Chiello (Hrsg.): *Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege.* S. 63-107. Bern: Verlag Hans Huber.

Hoppe, T., Tischer, U., Philippsen, C. & Hartmann-Tews, I. (2016): Inszenierung von Alter(n) und älteren Menschen in TV-Werbespots. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49 (4). S. 317-326. doi: 10.1007/s00391-015-0923-y.

Höppner, G. & Wanka, A. (2021): un/doing age: Multiperspektivität als Potential einer intersektionalen Betrachtung von Differenz- und Ungleichheitsverhältnissen. *Zeitschrift für Soziologie*, 50 (1). S. 42-57. doi: 10.1515/zfsoz-2021-0005.

Horn, A., Lüke, N., Sommer, L. & Wälter, R. (2022): Stärkung der digitalen Gesundheitskompetenz älterer Menschen. Entwicklung und Implementierung einer Intervention. In: K. Hämel, G. Röhnsch & D. Schaeffer (Hrsg.): *Förderung von Gesundheit und Partizipation bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf.* S. 140-157. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Hornberg, C., Pauli, A. & Fehr, R. (2018): Urbanes Leben und Gesundheit. In: R. Fehr & C. Hornberg (Hrsg.): *Stadt der Zukunft – Gesund und nachhaltig. Brückenbau zwischen Disziplinen und Sektoren.* München: Oekom Verlag.

Hottes, T. S., Bogaert, L., Rhodes, A. E., Brennan, D. J. & Gesink, D. (2016): Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 106 (5). S. e1-12. doi: 10.2105/ajph.2016.303088.

Hower, K., Şahin, C., Stock, S. & Pfaff, H. (2019): Medizinisch-pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland. In: K. Hank, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Alternsforschung.* S. 285-312. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783845276687-285.

Hoy-Ellis, C. P. & Fredriksen-Goldsen, K. I. (2017): Depression among transgender older adults: General and minority stress. *American Journal of Community Psychology*, 59 (3-4). S. 295-305. doi: 10.1002/ajcp.12138.

Hughes, M. & Kentlyn, S. (2011): Older LGBT people's care networks and communities of practice: A brief note. *International Social Work*, 54 (3). S. 436-444. doi: 10.1177/0020872810396254.

Hummert, M. L. (2011): Age stereotypes and aging. In: K. W. Schaie & S. L. Willis (Hrsg.): *Handbook of the Psychology of Aging.* S. 249-262. San Diego, CA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00016-4.

Hummert, M. L., Garstka, T. A., O'Brien, L. T., Greenwald, A. G. & Mellott, D. S. (2002): Using the implicit association test to measure age differences in implicit social cognitions. *Psychology and Aging*, 17 (3). S. 482-495. doi: 10.1037//0882-7974.17.3.482.

Huster, S. (2010): Gleichheit im Mehrebenensystem: Die Gleichheitsrechte der Europäischen Union in systematischer und kompetenzrechtlicher Hinsicht. *Europarecht*, 45 (3). S. 325-337. doi: 10.5771/0531-2485-2010-3-325.

Hüther, M. & Naegele, G. (2013): *Demografiepolitik. Herausforderungen und Handlungsfelder*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-00779-9.

Huxhold, O., Bünning, M. & Simonson, J. (2023): Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit im Einkommen und sozialer Integration in der zweiten Lebenshälfte. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Huxhold, O., Fiori, K. L. & Windsor, T. D. (2012): The dynamic interplay of social network characteristics, subjective well-being, and health: The costs and benefits of socio-emotional selectivity. *Psychology and Aging*, 28 (1). S. 3-16. doi: 10.1037/a0030170.

Huxhold, O. & Henning, G. (2023): The risks of experiencing severe loneliness across middle and late adulthood. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 78 (10). S. 1668-1675. doi: 10.1093/geronb/gbad099.

Igl, G. (2012): Höchstaltersgrenzen im Recht. In: H. W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen.* S. 154-159. Stuttgart: Kohlhammer.

Igl, G. (2013): Altersgrenzen als altersspezifisches Regelungsinstrument. In: U. Becker & M. Roth (Hrsg.): *Recht der Älteren.* Berlin, Boston, MA: De Gruyter.

Igl, G. & Klie, T. (2007): Recht der älteren Menschen. In: G. Igl & T. Klie (Hrsg.): *Das Recht der älteren Menschen.* S. 17-47. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Infratest (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München, Berlin: TNS Infratest Sozialforschung und Bundesministerium für Gesundheit.

Infurna, F. J., Staben, O. E., Lachman, M. E. & Gerstorf, D. (2021): Historical change in midlife health, well-being, and despair: Cross-cultural and socioeconomic comparisons. *The American Psychologist*, 76 (6). S. 870-887. doi: 10.1037/amp0000817.

Jacobs, K., Kuhlmey, A., Greß, S., Klauber, J. & Schwinger, A. (2020): *Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-58935-9.

Jahn, E. (2012): Vertreiber und Vertriebene. Über eine angemessene Form des Gedenkens an Vertreibungsopfer. In: E. Jahn (Hrsg.): *Politische Streitfragen: Band 2 Deutsche Innen- und Außenpolitik.* S. 144-160. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-94312-1_8.

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M. (2016): *The report of the 2015 U.S. transgender survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Jansky, M., Owusu-Boakye, S. & Nauck, F. (2017): Palliative Versorgung von Menschen mit türkischem oder arabischem Migrationshintergrund in Niedersachsen. Eine Befragung spezialisierter Palliativversorger. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60 (1). S. 45-54. doi: 10.1007/s00103-016-2473-x.

Janßen, H. & Köhler, L. (2018): Rehabilitationsbedarf und die Teilhabe am sozialen Leben im Pflegeheim. In: G. Schäfer & D. Brinkmann (Hrsg.): *Lebensqualität als postmodernes Konstrukt. Soziale, gesundheitsbezogene und kulturelle Dimensionen.* Bremen: Institut für Freizeitwissenschaft und Kulturarbeit

Jennings, V. & Bamkole, O. (2019): The relationship between social cohesion and urban green space: An avenue for health promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (3). doi: 10.3390/ijerph16030452.

Jensen, P. H. (2020): Nationale Politiken zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit und Auswirkungen auf soziale Ungleichheiten. In: *Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang.* Dortmunder Beiträge zur Sozialforschung. S. 63-68. doi: 10.1007/978-3-658-31663-1_3.

Johnson, K. C., LeBlanc, A. J., Deardorff, J. & Bockting, W. O. (2020): Invalidation experiences among non-binary adolescents. *Journal of Sex Research*, 57 (2). S. 222-233. doi: 10.1080/00224499.2019.1608422.

Jolles, D., Juanchich, M. & Piccoli, B. (2023): Too old to be a diversity hire: Choice bundling shown to increase gender-diverse hiring decisions fails to increase age diversity. *Journal of Experimental Psychology: General*. doi: 10.1037/xge0001529.

Jones, R. L. (2010): Troubles with bisexuality in health and social care. In: R. L. Jones & R. Ward (Hrsg.): *LGBT Issues: Looking beyond Categories. Policy and Practice in Health and Social Care (10).* S. 42-55. Edinburgh: Dunedin Academic Press.

Jones, R. L. & Lottmann, R. (2020): Bisexuell und Alter(n). In: T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hrsg.): *LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit.* S. 103-110. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. doi: 10.13109/9783666702723.103.

Joo, B. (2018): Politik der altersgerechten Wohnungsanpassung und Wohnberatung für einen möglichst langen Verbleib in vertrauter Häuslichkeit. Anschluss an die Konzepte des Wohlfahrtsmarktes und der sozialen Innovation, Inauguraldissertation, Dortmund: Sozialwissenschaften mit Schwerpunkt Soziale Gerontologie, Technische Universität Dortmund, doi: 10.17877/DE290R-18822.

Jordan, J. T. & Anker, L. A. (2020): Suicide in late life. In: N. Hantke, A. Etkin & R. O'Hara (Hrsg.): *Handbook of mental health and aging.* S. 107-120. Amsterdam: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-800136-3.00010-7.

Kahveci, C., Karacan, E. & Kosnick, K. (2020): Tactical mobility: Navigating mobile ageing and transnational retirement between Turkey and Germany. A comparison between Turkish-German and German retirees. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46 (15). S. 3157-3173. doi: 10.1080/1369183X.2020.1724532.

Kajikhina, K., Koschollek, C., Sarma, N., Bug, M., Wengler, A., Bozorgmehr, K., Razum, O., Borde, T., Schenk, L., Zimmermann, R. & Hövener, C. (2023): Empfehlungen zu Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. *Journal of Health Monitoring*, 8 (1). S. 55-77. doi: 10.25646/11093.

Kang, H. & Kim, H. (2022): Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 8. S. 23337214221087023. doi: 10.1177/23337214221087023.

Karnick, N., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2022): Einstellungen gegenüber gesellschaftlichen Institutionen und der Demokratie. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019.* S. 291-316. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-35317-9_15.

Kaschowitz, J. & Brandt, M. (2017): Health effects of informal caregiving across Europe: A longitudinal approach. *Social Science & Medicine*, 173. S. 72-80. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.11.036.

Kaspar, R., Wenner, J. & Tesch-Römer, C. (2023): Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 89-118. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_5.

Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., de Vries, L. K., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D. & Zindel, Z. (2021): Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 88 (6). S. 80-88. doi: 10.18723/diw_wb:2021-6-1.

Katz, P. A. & Taylor, D. A. (1988): *Eliminating racism*. New York, NY: Springer New York. doi: 10.1007/978-1-4899-0818-6.

Kausmann, C., Kelle, N., Simonson, J. & Tesch-Römer, C. (2022): Freiwilliges Engagement – Bedeutung für Gesellschaft und Politik. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019.* S. 319-326. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-35317-9_16.

Keck, W. (2011): *Pflege und Beruf: Ungleiche Chancen der Vereinbarkeit*. WZBrief Arbeit. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).

Keck, W. (2012): Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf. Bern: Verlag Hans Huber.

Keil, D. C. & Stenzel, N. M. (2018): Psychischer Support bei COPD – wer benötigt was und wie viel? *Atemwegs- und Lungenkrankheiten*, 44 (05). S. 243-249. doi: 10.5414/atx02296.

Kemen, J. & Kistemann, T. (2019): Der Einfluss urbaner Hitze auf die menschliche Gesundheit. In: J. L. Lozán, S.-W. Breckle, H. Graßl, W. Kuttler & A. Matzarakis (Hrsg.): *Warnsingal Klima: Die Städte.* S. 113-119. Hamburg: Verlag Wissenschaftliche Auswertungen in Kooperation mit GEO Magazin. doi: 10.2312/warnsignal-klima.die-staedte.16.

Kenel, P., Gather, C. & Lottmann, R. (2018): „Das war noch nie Thema hier, noch nie!“ Sexuelle Vielfalt in der Altenpflege – Perspektiven für ein Diversity Management. *Pflege & Gesellschaft*, 23 (3). S. 211-227.

Kessler, E.-M. (im Erscheinen-a): Medialer Ageismus. In: A. Hartung-Griemberg, B. Schorb, C. Bogen, S. Adlung & M. Marquardt (Hrsg.): *Handbuch Mediengeragogik.* Erscheint 2024. München: Kopaed-Verlag.

Kessler, E.-M. (im Erscheinen-b): Suizidprävention im Alter. In: P. Gellert & H. W. Wahl (Hrsg.): *Interventionsgerontologie: 100 Schlüsselbegriffe für Forschung, Lehre und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.

Kessler, E.-M. & Blachetta, C. (2020): Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24 (1). S. 193-196. doi: 10.1080/13607863.2018.1515889.

Kessler, E.-M. & Bowen, C. E. (2015): Images of aging in the psychotherapeutic context. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 28 (2). S. 47-55. doi: 10.1024/1662-9647/a000129.

Kessler, E.-M., Grünewald, L. & Schäfer, T. (2021): Depressed older patients with death wishes: Experimental evidence for psychotherapists' age and health bias. *Clinical Gerontologist*, 44 (2). S. 154-159. doi: 10.1080/07317115.2020.1856265.

Kessler, E.-M., Rakoczy, K. & Staudinger, U. M. (2004): The portrayal of older people in prime time television series: The match with gerontological evidence. *Ageing & Society*, 24 (4). S. 531-552. doi: 10.1017/S0144686X04002338.

Kessler, E.-M., Schwender, C. & Bowen, C. E. (2010): The portrayal of older people's social participation on german prime-time TV advertisements. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (1). S. 97-106. doi: 10.1093/geronb/gbp084.

Kessler, E.-M. & Tegeler, C. (2018): Psychotherapeutisches Arbeiten mit alten und sehr alten Menschen. *Psychotherapeut*, 63 (6). S. 501-518. doi: 10.1007/s00278-018-0315-z.

Kessler, E.-M. & Warner, L. M. (2023): *Age ismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes (https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/altersbilder_lang.pdf?__blob=publicationFile&v=8 [Zugriff am 21.05.2024]).

Khorashad, B. S., Aghili, Z., Kreukels, B. P. C., Reid, A. G., Roshan, G. M., Hiradfar, M., Talaei, A. & Cohen Kettenis, P. T. (2018): Mental health and disorders of sex development/intersex conditions in iranian culture: Congenital adrenal hyperplasia, 5-α reductase deficiency-type 2, and complete androgen insensitivity syndrome. *Archives of Sexual Behavior*, 47 (4). S. 931-942. doi: 10.1007/s10508-017-1139-6.

Kibele, E. & Teti, A. (2022): Die Tagung Wohnen und Gesundheit im Alter. In: A. Teti, E. Nowossadeck, J. Fuchs & H. Künemund (Hrsg.): *Wohnen und Gesundheit im Alter. Vechtaer Beiträge zur Gerontologie.* S. 3-10. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-34386-6_1.

Kilomba, G. (2008): Plantation memories. Episodes of everyday racism. Münster: Unrast Verlag.

Kim, E. S., Whillans, A. V., Lee, M. T., Chen, Y. & VanderWeele, T. J. (2020): Volunteering and subsequent health and well-being in older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 59 (2). S. 176-186. doi: 10.1016/j.amepre.2020.03.004.

Kim, G. & Lee, M. A. (2020): Age discrimination and suicidal ideation among korean older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28 (7). S. 748-754. doi: 10.1016/j.jagp.2019.12.002.

Kim, M.-S. (2019): Lebenslagen von alt werdenden und älteren asiatischen Migrant*innen. Eine Pilotstudie zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität und zu Altersbildern der alt werdenden und älteren asiatischen Migrant*innen aus Japan, Korea und Vietnam in Berlin (Gesellschaft für psychosoziale Gesundheitsförderung bei Migrant*innen). Berlin: Fritz-Thyssen-Stiftung (https://www.gemi-berlin.de/app/download/14133988133/1_Bericht+der+S1_Version_2.0.1_GePGeMi.pdf?t=1563361714 [Zugriff am 21.05.2024]).

Kim, M.-S. (2020): Unsichtbare Migrantinnen und Migranten – erste Einwanderergeneration aus asiatischen Ländern: Altersbilder, Pflegevorstellungen und Inanspruchnahme-Barrieren. In: L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter.* S. 47-56. Berlin, Boston, MA: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110563375-005.

Kim, M.-S. (2025): *Expertise über das Thema Teilhabe, ältere Migrant*innen und Rassismus-Erfahrungen*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

King, A. & Stoneman, P. (2017): Understanding SAFE Housing – putting older LGBT* people's concerns, preferences and experiences of housing in England in a sociological context. *Housing, Care and Support*, 20 (3). S. 89-99. doi: 10.1108/HCS-04-2017-0010.

Kistemann, T. (2018): Gesundheitliche Bedeutung blauer Stadtstrukturen. In: S. Baumgart, H. Köckler, A. Ritzinger & A. Rüdiger (Hrsg.): *Planung für gesundheitsfördernde Städte.* S. 317-331. Hannover: Verlag der Akademie für Raumforschung und Landesplanung.

Klammer, U. (2020): Frauen und Alterssicherung – statistische Betrachtungen. In: K. V. Generationenvertrag (Hrsg.): *Bericht der Kommission Verlässlicher Generationenvertrag. Band II − Materialien.* Berlin: Kommission Verlässlicher Generationenvertrag.

Klaus, D. & Vogel, C. (2019): Unbezahlte Sorgetätigkeiten von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel.* S. 91-112. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-25079-9_6.

Kleimann, R., Späth, J., Laub, N., Biewen, M., Sturm, M., Peichl, A., Endl-Geyer, V., Fabel, M., Hufe, P., Immel, L., Neumeier, F., Rainer, H., Stöckli, M. & Weishaar, D. (2021): *Analyse der Einkommens- und Vermögensverteilung in Deutschland*. Tübingen: Institut für angewandte Wirtschaftsforschung e.V. (IAW), Universität Tübingen, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, ifo Institut (https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/SharedDocs/Downloads/Service/Studien/1-studie-iaw-ifo-tuebingen.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 26.03.2024]).

Klein, F. (1993): *The bisexual option*. New York, NY: Routledge.

Klein, J. & von dem Knesebeck, O. (2022): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung. In: J. Siegrist, U. Stößel & A. Trojan (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland: Entstehung und Entwicklungen.* S. 213-228. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37692-5_12.

Klein, L., Merkle, M. & Molter, S. (2021a): Schwierige Zugänge älterer Menschen zu Angeboten der Sozialen Arbeit. Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojekts. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Klein, L., Merkle, M., Molter, S. & unter Mitarbeit von Woltering, U. (2021b): *Schwierige Zugänge älterer Menschen zu Angeboten der Sozialen Arbeit. Abschlussbericht eines Praxisforschungsprojekts*. Frankfurt am Main: Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.

Kleinschmit, B., Geissler, G. & Ahrberg, R. (2011): Sozialräumliche Verteilung der bioklimatischen Bewertung in Berlin. *UMID: Umwelt und Mensch – Informationsdienst*, 2. S. 33–35.

Klie, T. (2009): Diakonik: Für(s) Alte(r) sorgen: Zwischen Betreuung und Altersmanagement. In: T. Klie, M. Kumlehn & R. Kunz (Hrsg.): *Praktische Theologie des Alterns.* S. 575-596. Berlin, New York, NY: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110212808.3.575.

Klie, T. (2013): Altersdiskriminierung und Altersgrenzen im Recht. In: T. Jähnichen, T. Meireis, J. Rehm, H.-R. Reuter, S. Reihs & G. Wegner (Hrsg.): *Alternde Gesellschaft. Soziale Herausforderungen des längeren Lebens.* Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Klie, T. (2017): Das Recht und die Lebensphase Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50 (4). S. 275-280. doi: 10.1007/s00391-017-1254-y.

Klie, T. (2020): Pflegeberatung und Pflegestützpunkte zwischen pflegepolitischer Bedeutung und Wirklichkeit. In: P. Löcherbach & W. R. Wendt (Hrsg.): *Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke.* S. 76-88. Stuttgart: Kohlhammer.

Klie, T. (2022a): Altenhilfestrukturen gewährleisten – Berliner Gesetz» Gutes Leben im Alter«. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 169 (2). S. 54-57.

Klie, T. (2022b): Das Rückgrat der Langzeitpflege ist die häusliche Pflege. Befunde, Analysen und Handlungsbedarf. Der DAK-Pflegereport 2022 – Zusammenfassung. In: A. Storm (Hrsg.): *Pflegereport 2022. Häusliche Pflege – das Rückgrat der Pflege in Deutschland. Analysen, Befunde, Perspektiven.* S. 1-28. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

Klöppel, U. (2010): XX0XY ungelöst. Hermaphroditismus, Sex und Gender in der deutschen Medizin. Eine historische Studie zur Intersexualität. Bielefeld: transcript Verlag.

Klug, B. (2014): The limits of analogy: Comparing islamophobia and antisemitism. *Patterns of Prejudice*, 48 (5). S. 442-459. doi: 10.1080/0031322X.2014.964498.

Kluge, S. & Kelle, U. (2001): Methodeninnovation in der Lebenslaufforschung. Integration qualitativer und quantitativer Verfahren in der Lebenslauf- und Biographieforschung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Kneale, D., Thomas, J. & French, R. (2020): Inequalities in health and care among lesbian, gay, and bisexual people aged 50 and older in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis of sources of individual participant data. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75 (8). S. 1758-1771. doi: 10.1093/geronb/gbaa071.

Knorr, M., Beyer, A., Radicke, F., Thome-Soos, F., Hoffmann, W. & van den Berg, N. (2020): Geriatrische Versorgung in landlichen Regionen: Ergebnisse aus zwei standardisierten Befragungen von Leistungserbringern und Akteuren. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 153-154. S. 97-103. doi: 10.1016/j.zefq.2020.05.006.

Kobold, K. & Schmiedel, S. (2018): Wahlverhalten bei der Bundestagswahl 2017 nach Geschlecht und Alter. Ergebnisse der repräsentativen Wahlstatistik. *WISTA - Wirtschaft und Statistik*, 3/2018. S. 142-156.

Kohlmeier, M. & Schimany, P. (2005): *Der Einfluss von Zuwanderung auf die deutsche Gesellschaft*. Deutscher Beitrag zur Pilotforschungsstudie „The Impact of Immigration on Europe's Societies" im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Kohls, M. (2012): Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel. Forschungsbericht 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Kolland, F. (2016): *Bildungsmotivation im Alter. Modelle und Forschungserkenntnisse*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Kolland, F., Baumgartner, K. & Wanka, A. (2011): *Bildung für ältere Menschen. Soziale Teilhabe unter besonderer Berücksichtigung der Aspekte Gender und ländlicher Raum*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

Kolleck, B. (2007): Kultursensible Pflege in ambulanten Pflegediensten. *Pflege & Gesellschaft*, 12. Jg. (H.3).

Kornadt, A. E. & Rothermund, K. (2011): Contexts of aging: Assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B (5). S. 547-556. doi: 10.1093/geronb/gbr036.

Kornadt, A. E., Weiss, D., de Paula Couto, M. C. & Rothermund, K. (2023): Internalization or dissociation? Negative age stereotypes make you feel younger now but make you feel older later. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 78 (8). S. 1341-1348. doi: 10.1093/geronb/gbad057.

Kortmann, L. K. (2025): *Lebenssituationen im Alter – Empirische Befunde, Tabellenband*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Kortmann, L. K., Henning, G. & Huxhold, O. (2023): Digitalization in occupations and self-perceptions of aging of older workers. *The Journal of Aging and Social Change*, 13 (2). S. 129-156. doi: 10.18848/2576-5310/CGP/v13i02/129-156.

Köster, D. (2009): Entwicklungschancen in alternden Gesellschaften durch Bildung: Trends und Perspektiven. In: A. Dehmel, H.-H. Kremer, N. Schaper & P. F. E. Sloane (Hrsg.): *Bildungsperspektiven in alternden Gesellschaften.* S. 85-105. Lausanne: Peter Lang Verlag.

Köster, I., Ihle, P. & Schubert, I. (2018): Zusammenfassung des Abschlussberichtes für Sozialministerium Baden-Württemberg und AOK Baden-Württemberg. Projekt: Geriatrische Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg. Köln: PMV Forschungsgruppe.

Kosti, K., Athanasiadis, L. & Goulis, D. G. (2019): Long-term consequences of androgen insensitivity syndrome. *Maturitas*, 127. S. 51-54. doi: 10.1016/j.maturitas.2019.06.004.

Kotter-Grühn, D. (2015): Changing negative views of aging: Implications for intervention and translational research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35 (1). S. 167-186. doi: 10.1891/0198-8794.35.121.

Köttl, H., Gallistl, V., Rohner, R. & Ayalon, L. (2021): „But at the age of 85? Forget it!“: Internalized ageism, a barrier to technology use. *Journal of Aging Studies*, 59. S. 100971. doi: 10.1016/j.jaging.2021.100971.

Kralj, C., Daskalopoulou, C., Rodríguez-Artalejo, F., García-Esquinas, E., Cosco, T., Prince, M. & Prina, A. (2018): Healthy ageing: A systematic review of risk factors. *King's Global Health Institute Reports*, 2018 (1).

Kramer, D., Allgaier, A.-K., Fejtkova, S., Mergl, R. & Hegerl, U. (2009): Depression in nursing homes: Prevalence, recognition, and treatment. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39 (4). S. 345-358. doi: 10.2190/PM.39.4.a.

Kranz, D., Thomas, N. M. & Hofer, J. (2021): Changes in age stereotypes in adolescent and older participants of an intergenerational encounter program. *Frontiers in Psychology*, 12. S. 658797. doi: 10.3389/fpsyg.2021.658797.

Krause, L., Dini, L. & Prütz, F. (2020): Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 5 (2). S. 27-35. doi: 10.25646/6063.

Krell, C. (2016): Altersbilder lesbischer Frauen. In: R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n): Ergebnisse aus Forschung und Praxis.* S. 111-128. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-14008-3_5.

Krell, C. & Oldemeier, K. (2015): Coming-out – und dann…?!. Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen München: Deutsches Jugendinstitut e. V.

Kremer-Preiß, U. (2021): *Wohnen 6.0. Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege*. Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

Kricheldorff, C. (2015): Altern im Gemeinwesen aus sozialgerontologischer Perspektive. In: A. van Rießen, C. Bleck & R. Knopp (Hrsg.): *Sozialer Raum und Alter(n).* S. 15-30. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-06600-0_2.

Krimmer, H. & Priemer, J. (2013): *ZIVIZ-Survey 2012. Zivilgesellschaft verstehen*. Berlin: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft.

Krobisch, V., Gebert, P., Gül, K. & Schenk, L. (2021): Women bear a burden: Gender differences in health of older migrants from Turkey. *European Journal of Ageing*, 18 (4). S. 467-478. doi: 10.1007/s10433-020-00596-1.

Krobisch, V., Ikiz, D. & Schenk, L. (2014): *Pflegesituation von türkeistämmigen älteren Migranten und Migrantinnen in Berlin. Endbericht für das ZQP*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht-Pflegesituation-Migranten.pdf [Zugriff am 18.06.2024]).

Krobisch, V., Sonntag, P.-T. & Schenk, L. (2020): Was braucht eine gute Pflege? Spezifika der Versorgung am Beispiel älterer Migrantinnen und Migranten aus der Türkei. In: L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter.* S. 57-70. Berlin, Boston, MA: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110563375-006.

Krobisch, V., Sonntag, P. T., Gül, K., Aronson, P. & Schenk, L. (2016): Der Migrationshintergrund in multikulturellen Pflegearrangements – Ergebnisse einer qualitativen und quantitativen Befragung älterer Türkeistämmiger. *Pflege*, 29 (6). S. 289-300. doi: 10.1024/1012-5302/a000514.

Kroh, M., Kühne, S., Kipp, C. & Richter, D. (2017): Einkommen, soziale Netzwerke, Lebenszufriedenheit: Lesben, Schwule und Bisexuelle in Deutschland. *DIW Wochenbericht*, 35. S. 687-698.

Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J. & Lampert, T. (2017): Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2). S. 103-120. doi: 10.17886/rki-gbe-2017-035.

Krumme, H. (2004): Fortwährende Remigration: Das transnationale Pendeln türkischer Arbeitsmigrantinnen und Arbeitsmigranten im Ruhestand. *Zeitschrift für Soziologie*, 33. S. 138-153. doi: 10.1515/zfsoz-2004-0203.

Kruse, A., Pohlmann, S., Schmitt, E., Bolk, M. & Hinner, J. (2010): Altenpolitik als Querschnittaufgabe. Deutsche und internationale Perspektiven. *Osteuropa*, 5/2010. S. 97-116.

Kruse, J.-P. (2020): *Zugänge auf kommunaler Ebene ermöglichen und sichern! Die Neuorientierung der kommunalen Altenpolitik*. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V. (https://www.iss-ffm.de/fileadmin/assets/themenbereiche/downloads/Zugaenge_kommunale_Ebene_Jens_Peter_Kruse_BAGSO.pdf [Zugriff am 18.06.2024]).

Kuhlmey, A. & Budnick, A. (2023): Pflegende Angehörige in Deutschland: Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66 (5). S. 550-556. doi: 10.1007/s00103-023-03687-3.

Kümpers, S. & Alisch, M. (2018): Ungleichheiten des Alter(n)s in sozialräumlicher Perspektive. In: C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen.* S. 53-68. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-18013-3_4.

Künemund, H. (2016): Wovon hängt die Nutzung technischer Assistenzsysteme ab? Expertise zum Siebten Altenbericht der Bundesregierung. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Kunz, C. & Brandt, M. (im Erscheinen): Alter(n) und soziale Ungleichheit in Deutschland und Europa. In: P. Böhnke & D. Konietzka (Hrsg.): *Handbuch Sozialstrukturanalyse.* Wiesbaden: Springer VS.

Küpper, B., Klocke, U. & Hoffmann, L.-C. (2017): Einstellungen gegenüber lesbischen, schwulen und bisexuellen Menschen in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Umfrage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2021): Gute Praxis – teilhabefördernde Angebote im Alter vor Ort. Ideen und Impulse für das Engagement. Erkenntnisse im Rahmen des Projekts „Nordrhein-Westfalen – hier hat alt werden Zukunft". Berlin: Kuratorium Deutsche Altershilfe – KDA – gemeinnützige GmbH (https://hier-alt-werden.nrw/files/2021/09/2021-09-29-Handreichung-HHAZ.pdf [Zugriff am 11.06.2024]).

Kürbitz, L., Becker, I. & Nieder, T. (2018): Substanzgebrauch im Kontext von Trans*: Diagnostik und Implikationen. *Suchttherapie*, 19 (04). S. 176-185. doi: 10.1055/a-0739-9801.

Kutzner, J. & Gerlinger, T. (2018): Perspektiven professioneller Akteure pflegerischer Versorgung in ländlichen Regionen auf die Angebote und Strukturen vor Ort. In: C. Bleck, A. van Rießen & R. Knopp (Hrsg.): *Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen.* S. 211-224. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-18013-3_14.

Laflamme, L., Vaez, M., Lundin, K. & Sengoelge, M. (2022): Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 17 (1). S. e0262889. Online: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35077476. doi: 10.1371/journal.pone.0262889.

Lakes, T. & Klimeczek, H.-J. (2011): Umweltgerechtigkeit im Land Berlin: Eine erste integriert Analyse der sozialräumlichen Verteilung von Umweltbelastungen und -ressourcen. In: *UMID: Umwelt und Mensch – Informationsdienst.* S. 42-44. Berlin: Bundesamt für Strahlenschutz (BfS), Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR), Robert Koch-Institut (RKI), Umweltbundesamt (UBA).

Lamont, R. A., Swift, H. J. & Abrams, D. (2015): A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging*, 30 (1). S. 180. doi: 10.1037/a0038586.

Lampert, T., Hoebel, J. & Kroll, L. E. (2019a): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1). S. 3-15. doi: 10.25646/5868.

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S. & Kroll, L. E. (2017): *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen.* Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut. doi: 10.17886/rki-gbe-2017-003.

Lampert, T. & Kroll, L. E. (2014): *Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung*. GBE Kompakt 5(2). Berlin: Robert Koch-Institut.

Lampert, T., Müters, S., Kuntz, B., Dahm, S. & Nowossadeck, E. (2019b): 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. *Journal of Health Monitoring*, 4 (S3). S. 2-25. doi: 10.25646/6076.

Lange, C. & Finger, J. D. (2017): Gesundheitsverhalten in Europa – Vergleich ausgewählter Indikatoren für Deutschland und die Europäische Union. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2). S. 3-20. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-024.

Langfeldt, B. (2018): Quantitative Forschung und Lebenslauf. In: H. Lutz, M. Schiebel & E. Tuider (Hrsg.): *Handbuch Biographieforschung.* S. 575-585. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-21831-7_48.

Lara, J., Hobbs, N., Moynihan, P. J., Meyer, T. D., Adamson, A. J., Errington, L., Rochester, L., Sniehotta, F. F., White, M. & Mathers, J. C. (2014): Effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medicine*, 12 (60). doi: 10.1186/1741-7015-12-60.

Lautmann, R. (2012): Eine Lebenswell im Schatten der Kriminalisierung – der Homosexuellenparagraph als Kollektivschädigung. In: LADS (Hrsg.): *§175 StGB. Rehabilitierung der nach 1945 verurteilten homosexuellen Männer.* S. 71-93. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen. Landesstelle für Gleichbehandlung - gegen Diskriminierung.

Lautmann, R. (2016): Die soziokulturelle Lebensqualität von Schwulen und Lesben im Alter. In: R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n): Ergebnisse aus Forschung und Praxis.* S. 15-50. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-14008-3_1.

Lechner, D., Lutz, K. & Wagner, E. (2020): Wer sind und was wollen ältere Studierende an den Universitäten? *ZHWB Zeitschrift Hochschule und Weiterbildung*, 2. S. 34-43. doi: 10.4119/ZHWB-3402.

Leifels, A. (2020): Barrierearmer Wohnraum: Bedarf steigt durch Alterung steil – Förderung wirkt. *KfW Research Fokus Volkswirtschaft*, Nr. 285.

Lenz, M. (2022): *Soziale Wohnraumversorgung innovativ. Kommunalisierung als Chance*. Raum, Stadt, Architektur. Interdisziplinäre Zugänge. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Leopoldina (2015): *Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?* (Nr. 978-3-8047-3427-2). Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_3Akad_Stellungnahme_Evidenzbasierung_web.pdf [Zugriff am 21.09.2023]).

Lera, J., Pascual-Saez, M. & Cantarero-Prieto, D. (2020): Socioeconomic inequality in the use of long-term care among european older adults: An empirical approach using the SHARE survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (1). S. 20. doi: 10.3390/ijerph18010020.

Levy, B. R. (2009): Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (6). S. 332-336. doi: 10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x.

Levy, B. R. & Banaji, M. R. (2002): Implicit ageism. *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*, 2004. S. 49-75.

Levy, B. R., Chung, P. H., Bedford, T. & Navrazhina, K. (2014): Facebook as a site for negative age stereotypes. *The Gerontologist*, 54 (2). S. 172-176. doi: 10.1093/geront/gns194.

Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E. S., Kannoth, S. & Wang, S. Y. (2020): Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. *The Gerontologist*, 60 (1). S. 174-181. doi: 10.1093/geront/gny131.

Lewis, T., Doyle, D. M., Barreto, M. & Jackson, D. (2021): Social relationship experiences of transgender people and their relational partners: A meta-synthesis. *Social Science & Medicine*, 282. S. 114143. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114143.

Limbourg, M. (2015): Mobilität im höheren Lebensalter in ländlichen Gebieten: Probleme und Lösungsansätze. In: U. Fachinger & H. Künemund (Hrsg.): *Gerontologie und ländlicher Raum: Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten.* S. 77-98. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-09005-0_5.

Lindmeier, B. & Meyer, D. (2021): *Ein mehrdimensionaler Blick auf Teilhabe*: bpb Bundeszentrale für politische Bildung (https://www.bpb.de/lernen/inklusiv-politisch-bilden/335036/ein-mehrdimensionaler-blick-auf-teilhabe/ [Zugriff am 11.03.2024]).

Lindström, M. & Rosvall, M. (2019): Two theoretical strands of social capital, and total, cardiovascular, cancer and other mortality: A population-based prospective cohort study. *SSM - population health*, 7. S. 100337. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.100337.

Linschoten, M., Lottmann, R. & Lauscher, F. (2016): „The Pink Passkey®“ – ein Zertifikat für die Verbesserung der Akzeptanz von LSBT*I-Pflegebedürftigen in Pflegeeinrichtungen. In: R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n): Ergebnisse aus Forschung und Praxis.* S. 227-241. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-14008-3_12.

Lippke, S., Keller, F. M., Schuz, N., Hessel, A. & Dahmen, A. (2023): Unterschiedliche berufliche und gesundheitliche Belastungen psychisch und korperlich erkrankter EM-Rentner*innen – Implikationen fur das Gesundheitswesen. *Das Gesundheitswesen*, 85 (4). S. 289-297. doi: 10.1055/a-1775-8104.

Lippke, S. & Kuhlmann, T. (2013): Gesundheitsförderungsmaßnahmen für ältere Menschen mittels neuer Medien. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 21 (1). S. 34-44. doi: 10.1026/0943-8149/a000082.

Lippke, S. & Smidt, C. (2024): Verbunden statt einsam: Wege zu mehr Resonanz mit sich und anderen. Paderborn: Junfermann.

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., Samus, Q., Schneider, L. S., Selbæk, G., Teri, L. & Mukadam, N. (2020): Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396 (10248). S. 413-446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

Loboiko, K., Steiner, M. & Bohnet-Joschko, S. (2023): Understanding informal care burden domains' impact on overall burden – A structural equation modeling approach with cross-sectional data from Germany. *Journal of Social Policy*. S. 1-17. doi: 10.1017/S0047279423000302.

Locher, J. L., Ritchie, C. S., Robinson, C. O., Roth, D. L., Smith West, D. & Burgio, K. L. (2008): A multidimensional approach to understanding under-eating in homebound older adults: The importance of social factors. *The Gerontologist*, 48 (2). S. 223-234. doi: 10.1093/geront/48.2.223.

Loer, A. M., Koschollek, C. & Hövener, C. (2022): Investigating associated factors of primary and specialist health care utilization among people with selected nationalities: Results of a multilingual survey in two German federal states. *BMC Health Services Research*, 22 (1). S. 1050. doi: 10.1186/s12913-022-08419-y.

Loos, E. & Ivan, L. (2018): Visual ageism in the media. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 163-176. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_11.

Lotties, S. (2023): Statistikbericht. Zu Lebenslagen wohnungsloser und von Wohnungslosigkeit bedrohter Menschen in Deutschland – Lebenslagenbericht. Schwerpunktthema: Statistiken zu Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit in Deutschland. Berichtsjahr 2021. Berlin: BAG Wohnungslosenhilfe e.V.

Lottmann, R. (2016): Mehr als ein Leuchtturm? Der „Lebensort Vielfalt" – ein Wohnprojekt für ältere Schwule, Lesben und Heterosexuelle. In: R. Lottmann, R. Lautmann & M. d. M. Castro Varela (Hrsg.): *Homosexualität_en und Alter(n): Ergebnisse aus Forschung und Praxis.* S. 83-110. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-14008-3_4.

Lottmann, R. (2018): LSBT*I-Senior*innen in der Pflege: Zu Relevanz und Besonderheiten sozialer Netzwerke und der Arbeit mit Angehörigen. *Pflege & Gesundheit*, 23 (3). S. 228-244.

Lottmann, R. (2020): Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der Altenhilfe – Intersektionale Perspektiven und die Relevanz von Situationen und Kontexten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53. S. 216-221. doi: 10.1007/s00391-020-01704-7.

Lottmann, R. (2021): Altern und Diversität. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hrsg.): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s.* S. 1-20. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-09630-4_40-1.

Lottmann, R. & King, A. (2020): Who can I turn to? Social networks and the housing, care and support preferences of older lesbian and gay people in the UK. *Sexualities*, 25 (1-2). S. 9-24. doi: 10.1177/1363460720944588.

Lottmann, R. & Lautmann, R. (2015): Queer und Alter(n) – zum Forschungsstand. In: F. Schmidt, A.-C. Schondelmayer & U. B. Schröder (Hrsg.): *Selbstbestimmung und Anerkennung sexueller und geschlechtlicher Vielfalt: Lebenswirklichkeiten, Forschungsergebnisse und Bildungsbausteine.* S. 337-354. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-02252-5_26.

Lotze, E. & Hübner, N. (2008): Migrantinnen und Migranten in der ambulanten Pflege: Ergebnisse einer Erhebung in Bremen und Bremerhaven 2008. Bremen: Gesundheitsamt Bremen und Institut Arbeit und Wirtschaft.

Lowndes, R., Struthers, J. & Ågotnes, G. (2021): Social participation in long-term residential care: Case studies from Canada, Norway, and Germany. *Canadian Journal on Aging - La Revue Canadienne du Vieillissement*, 40 (1). S. 138-155. doi: 10.1017/s0714980820000318.

Lozano Alcántara, A., Romeu Gordo, L., Engstler, H. & Vogel, C. (2023): The retirement impact on housing cost burden: Are homeowners better off than tenants after retirement? *Ageing & Society*. S. 1-30. doi: 10.1017/s0144686x23000119.

LSBB, Landesseniorenmitwirkungsgremien (LSV und LSBB) (Hrsg.) (2023): *Berliner Gesetz „Gutes Leben im Alter" – Altenhilfestrukturgesetz Berlin – LSBB Entwurf, Stand 12.04.2023*. (https://ü60.berlin/image/inhalte/file/2023-04-12_BE%20AHG_Gesetzentwurf_LSBB_final.pdf [Zugriff am 24.08.2023]). Berlin: LSBB.

Lübke, C., Hanke, S. & Weimar, M. (2021): Barrieren beim Umstieg vom Individualverkehr auf den öffentlichen Personennahverkehr: Ein Mobilitätsexperiment zum Pendleralltag im Ruhrgebiet. In: H. Proff (Hrsg.): *Making Connected Mobility Work.* S. 371-379. Wiesbaden: Springer Books. doi: 10.1007/978-3-658-32266-3_22.

Lucke, J. A., Mooijaart, S. P., Heeren, P., Singler, K., McNamara, R., Gilbert, T., Nickel, C. H., Castejon, S., Mitchell, A., Mezera, V., Van der Linden, L., Lim, S. E., Thaur, A., Karamercan, M. A., Blomaard, L. C., Dundar, Z. D., Chueng, K. Y., Islam, F., de Groot, B. & Conroy, S. (2022): Providing care for older adults in the Emergency Department: Expert clinical recommendations from the european task force on geriatric emergency medicine. *European Geriatric Medicine*, 13 (2). S. 309-317. doi: 10.1007/s41999-021-00578-1.

Luhmann, M., Buecker, S. & Rüsberg, M. (2023): Loneliness across time and space. *Nature Reviews Psychology*, 2 (1). S. 9-23. doi: 10.1038/s44159-022-00124-1.

Luo, Y., Xu, J., Granberg, E. & Wentworth, W. M. (2012): A longitudinal study of social status, perceived discrimination, and physical and emotional health among older adults. *Research on Aging*, 34 (3). S. 275-301. doi: 10.1177/0164027511426151.

Luppa, M., Riedel-Heller, S. G., Luck, T., Wiese, B., van den Bussche, H., Haller, F., Sauder, M., Mosch, E., Pentzek, M., Wollny, A., Eisele, M., Zimmermann, T., Konig, H. H., Maier, W., Bickel, H., Werle, J., Weyerer, S. & AgeCoDe study, g. (2012): Age-related predictors of institutionalization: Results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2). S. 263-270. doi: 10.1007/s00127-010-0333-9.

Lüttinger, P. (1986): Der Mythos der schnellen Integration Eine empirische Untersuchung zur Integration der Vertriebenen und Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland bis 1971. *Zeitschrift für Soziologie*, 15 (1). S. 20-36. doi: 10.1515/zfsoz-1986-0102.

Lutz, H. & Amelina, A. (2017): Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung. Bielefeld: transcript Verlag.

Mannheim, I., Schwartz, E., Xi, W., Buttigieg, S. C., McDonnell-Naughton, M., Wouters, E. J. M. & van Zaalen, Y. (2019): Inclusion of older adults in the research and design of digital technology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (19). doi: 10.3390/ijerph16193718.

Mannheim, I., Wouters, E. J. M., Kottl, H., van Boekel, L. C., Brankaert, R. & van Zaalen, Y. (2023): Ageism in the discourse and practice of designing digital technology for older persons: A scoping review. *The Gerontologist*, 63 (7). S. 1188-1200. doi: 10.1093/geront/gnac144.

Marchi, M., Arcolin, E., Fiore, G., Travascio, A., Uberti, D., Amaddeo, F., Converti, M., Fiorillo, A., Mirandola, M., Pinna, F., Ventriglio, A. & Galeazzi, G. M. (2022): Self-harm and suicidality among LGBTIQ people: A systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 34 (3-4). S. 240-256. doi: 10.1080/09540261.2022.2053070.

Marcus, J. L., Leyden, W. A., Alexeeff, S. E., Anderson, A. N., Hechter, R. C., Hu, H., Lam, J. O., Towner, W. J., Yuan, Q., Horberg, M. A. & Silverberg, M. J. (2020): Comparison of overall and comorbidity-free life expectancy between insured adults with and without HIV infection, 2000-2016. *JAMA Network Open*, 3 (6). S. e207954. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.7954.

Markevych, I., Schoierer, J., Hartig, T., Chudnovsky, A., Hystad, P., Dzhambov, A. M., de Vries, S., Triguero-Mas, M., Brauer, M., Nieuwenhuijsen, M. J., Lupp, G., Richardson, E. A., Astell-Burt, T., Dimitrova, D., Feng, X., Sadeh, M., Standl, M., Heinrich, J. & Fuertes, E. (2017): Exploring pathways linking greenspace to health: Theoretical and methodological guidance. *Environmental Research*, 158. S. 301-317. doi: 10.1016/j.envres.2017.06.028.

Marques, S., Mariano, J., Mendonca, J., De Tavernier, W., Hess, M., Naegele, L., Peixeiro, F. & Martins, D. (2020): Determinants of ageism against older adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (7). doi: 10.3390/ijerph17072560.

Marten, E. & Walgenbach, K. (2016): Intersektionale Diskriminierung. In: A. Scherr, A. El-Mafaalani & E. Gökcen Yüksel (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung.* S. 1-16. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-11119-9_11-1.

Martens, A., Goldenberg, J. L. & Greenberg, J. (2005): A terror management perspective on ageism. *Journal of Social Issues*, 61 (2). S. 223-239. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00403.x.

Martin, A. E. & North, M. S. (2022): Equality for (almost) all: Egalitarian advocacy predicts lower endorsement of sexism and racism, but not ageism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123 (2). S. 373-399. doi: 10.1037/pspi0000262.

Maske, U. E., Buttery, A. K., Beesdo-Baum, K., Riedel-Heller, S., Hapke, U. & Busch, M. A. (2016): Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *Journal of Affective Disorders*, 190. S. 167-177. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.006.

Matsuno, E., Bricker, N. L., Collazo, E. N., Mohr, R. & Balsam, K. F. (2022): „The default is just going to be getting misgendered“: Minority stress experiences among nonbinary adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity* (Advance online publication). doi: 10.1037/sgd0000607.

McGregor, B., Belton, A., Henry, T. L., Wrenn, G. & Holden, K. B. (2019): Improving behavioral health equity through cultural competence training of health care providers. *Ethnicity & Disease*, 29 (Suppl 2). S. 359-364. doi: 10.18865/ed.29.S2.359.

McMullin, J. (1995): Theorizing age and gender relations. In: S. Arber & J. Ginn (Hrsg.): *Connecting gender and ageing: A sociological approach.* S. 30-41. Buckingham: Open University Press.

Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. & Jeste, D. V. (2011): A tune in „a minor“ can „b major“: A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of Affective Disorders*, 129 (1). S. 126-142. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.015.

Meisner, B. A. (2020): Are you ok, boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19. *Leisure Sciences*, 43 (1-2). S. 56-61. doi: 10.1080/01490400.2020.1773983.

Mensink, G. B., Schienkiewitz, A. & Lange, C. (2017): Gemüsekonsum bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2). S. 52-58. doi: 10.17886/RKI-GBE-2017-029.

Mergenthaler, A. (2018): Kontinuierliche Diskontinuität? Beschäftigungsstabilität im ehemaligen Beruf und Erwerbstätigkeit jenseits der Regelaltersgrenze. In: S. Scherger & C. Vogel (Hrsg.): *Arbeit im Alter: Zur Bedeutung bezahlter und unbezahlter Tätigkeiten in der Lebensphase Ruhestand.* S. 125-147. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-18199-4_6.

Mergenthaler, A. (2022): Erwerbsbeteiligung im Ruhestandsalter. Die Rolle von Einkommensarmut und finanzieller Situation. *Bevölkerungsforschung Aktuell*, 2/2022. S. 3-7.

Merz, E.-M. & Huxhold, O. (2010): Wellbeing depends on social relationship characteristics: Comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing & Society*, 30. S. 843-857. doi: 10.1017/S0144686X10000061.

Messer, M. (2019): Poor, old and in need of care: A qualitative study about the consequences for home care and participation. *German Medical Science: GMS E-Journal*, 17. S. 1-7. doi: 10.3205/000274.

Mews, C., Schuster, S., Vajda, C., Lindtner-Rudolph, H., Schmidt, L. E., Bösner, S., Güzelsoy, L., Kressing, F., Hallal, H., Peters, T., Gestmann, M., Hempel, L., Grützmann, T., Sievers, E. & Knipper, M. (2018): Cultural competence and global health: Perspectives for medical education – Position paper of the GMA committee on cultural competence and global health. *GMS Journal for Medical Education*, 35 (3). S. Doc28. doi: 10.3205/zma001174.

Meyer, I. H. (2003): Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129 (5). S. 674-697. doi: 10.1037/0033-2909.129.5.674.

Meyer, R., Maier, A.-S., Aronson, P. & Gül, K. (2011): Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund. Berlin: Zentrum für Qualität und Pflege.

Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2022): German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *Journal of Health Monitoring*, 7 (S5). S. 24. doi: 10.25646/10640.

Migala, S. & Flick, U. (2019): Cultural and individual barriers to palliative care from different angles: Data triangulation in practice. *Qualitative Inquiry*, 25 (8). S. 786-798. doi: 10.1177/1077800418809475.

Mikula, R. (2023): Lebenswelt Nachbarschaft als Möglichkeitsraum sozialer Kohäsion. In: B. Ratzenböck, K. Scherke, A. Sprung & W. Suppanz (Hrsg.): *Sozialer Zusammenhalt in der Krise.* S. 161-178. Bielefeld: transcript Verlag. doi: 10.14361/9783839462065-008.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015): *Motivierende Gesprächsführung*. Freiburg: Lambertus Verlag.

Milte, C. M. & McNaughton, S. A. (2016): Dietary patterns and successful ageing: A systematic review. *European Journal of Nutrition*, 55. S. 423-450. doi: 10.1007/s00394-015-1123-7.

Misoch, S. (2017): „Lesbian, gay & grey“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50 (3). S. 239-246. doi: 10.1007/s00391-016-1030-4.

Mittag, O. (2018): „Reha vor Rente“ in der Domäne der Deutschen Rentenversicherung: Befunde zur Umsetzung. *Sozialrecht aktuell*, Sonderheft 2018. S. 20-24.

Mlinarić, M., Moebus, S., Betsch, C., Hertig, E., Schröder, J., Loss, J., Moosburger, R., van Rüth, P., Gepp, S., Voss, M., Straff, W., Kessel, T.-M., Goecke, M., Matzarakis, A. & Niemann, H. (2023): Klimawandel und Public Health in Deutschland – Eine Synthese der Handlungsoptionen des Sachstandsberichts Klimawandel und Gesundheit 2023. *Journal of Health Monitoring* (S6). S. 61-91. doi: 10.25646/11771.

Montagna, G., Junker, C., Elfgen, C., Schneeberger, A. R. & Guth, U. (2023): Long-term development of assisted suicide in Switzerland: Analysis of a 20-year experience (1999-2018). *Swiss Medical Weekly*, 153. S. 40010. doi: 10.57187/smw.2023.40010.

Montau, R. (2023): Nachbarschaft im TSreit. Sozialpsycholigische Erkenntnisse für die Konfliktberatung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Morrow-Howell, N., Kinnevy, S. & Mann, M. (1999): The perceived benefits of participating in volunteer and educational activities. *Journal of Gerontological Social Work*, 32 (2). S. 65-80. doi: 10.1300/J083v32n02_06.

Moskowitz, G. B., Salomon, A. R. & Taylor, C. M. (2000): Preconsciously controlling stereotyping: Implicitly activated egalitarian goals prevent the activation of stereotypes. *Social Cognition*, 18 (2). S. 151-177. doi: 10.1521/soco.2000.18.2.151.

Mücke, H.-G. & Straff, W. (2020): Empfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen – Handeln für eine bessere Gesundheitsvorsorge. *Public Health Forum*, 28 (1). S. 29-32. doi: 10.1515/pubhef-2020-0001.

Mühlenbrock, I. (2017): *Alterns- und altersgerechte Arbeitsgestaltung. Grundlagen und Handlungsfelder für die Praxis*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi: 10.21934/baua:praxis20161116.

Müller, A. (2012): Soziale Exklusion. In: F. Eckardt (Hrsg.): *Handbuch Stadtsoziologie.* S. 421-447. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-94112-7_19.

Müller, D. & Tesch-Römer, C. (2017): Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In: J. Simonson, C. Vogel & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014.* S. 465-484. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-12644-5_18.

Müller, M. & Annemüller, G. (2022): Case Management: Sozialarbeiterisches Case Management in der Arbeit mit alten Menschen. In: C. Bleck & A. van Rießen (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit alten Menschen: Ein Studienbuch zu Hintergründen, Theorien, Prinzipien und Methoden.* S. 629-647. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-37573-7_37.

Mund, M., Freuding, M. M., Mobius, K., Horn, N. & Neyer, F. J. (2020): The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review: An Official Journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc.*, 24 (1). S. 24-52. doi: 10.1177/1088868319850738.

Munimus, B. (2012): Alternde Volksparteien. Neue Macht der Älteren in CDU und SPD? Bielefeld: transcript Verlag,.

Müntefering, F. (2022): Freiwilliges Engagement älterer Menschen in Deutschland. In: F. Waldenberger, G. Naegele, H. Kudo & T. Matsuda (Hrsg.): *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe: Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen.* S. 123-135. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-36844-9_8.

Munz-König, E. (2013): Armutsgefährdungsquote und Mindestsicherungsquote: Zwei Indikatoren zur Messung monetärer Armut. *Sozialer Fortschritt*, 5/2013. S. 123-131.

Münz, R., Seifert, W. & Ulrich, R. (1997): *Zuwanderung nach Deutschland. Strukturen, Wirkungen, Perspektiven* Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Münzel, T., Daiber, A. & Hahad, O. (2023): Bedeutung der Umwelt – Luftverschmutzung, Lärm und Hitze als kardiovaskuläre Risikofaktoren. *Aktuelle Kardiologie*, 12 (02). S. 113-119. doi: 10.1055/a-1978-6169.

Muraco, A., Leblanc, A. & Russell, S. (2008): Conceptualizations of family by older gay men. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20. S. 69-90. doi: 10.1080/10538720802178957.

Myrczik, J., Bowen, C., Franke, A., Täuber, L. & Kessler, E.-M. (2022): (In)visible and (un)heard? Older adults as guests on COVID-related political talk shows in Germany. *Innovation in Aging*, 6 (2). doi: 10.1093/geroni/igac009.

Myrczik, J., Schwender, C., Franke, A. & Kessler, E.-M. (2023): The faceless and vulnerable other – The visual portrayal of older people on German online news sites within the context of the COVID-19 pandemic. *Ageing & Society*. S. 1-25. doi: 10.1017/s0144686x23000429.

Naegele, G. (2010a): Kommunen im demographischen Wandel. Thesen zu neuen An- und Herausforderungen fur die lokale Alten- und Seniorenpolitik. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 (2). S. 98-102. doi: 10.1007/s00391-010-0106-9.

Naegele, G. (2010b): Soziale Lebenslaufpolitik – Grundlagen, Analysen und Konzepte. In: G. Naegele (Hrsg.): *Soziale Lebenslaufpolitik.* S. 27-85. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-92214-0.

Naegele, G. (2015): Altern der Gesellschaft: Perspektiven für die Alterssozialpolitik. In: U. Fachinger & H. Künemund (Hrsg.): *Gerontologie und ländlicher Raum: Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten.* S. 219-241. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-09005-0_12.

Naegele, G. (2018): Lebenslagenarmut im Alter. In: G. K. Schäfer, B. Montag & J. Deterding (Hrsg.): *„Arme habt ihr immer bei euch". Armut und soziale Ausgrenzung wahrnehmen, reduzieren, überwinden.* S. 99-113. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. doi: 10.13109/9783788733018.99.

Naegele, G. (2022): Die häusliche Pflege älterer Menschen in Deutschland – eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung. In: F. Waldenberger, G. Naegele, H. Kudo & T. Matsuda (Hrsg.): *Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe : Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen.* S. 63-83. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-36844-9_5.

Naegele, G. & Hess, M. (2021): Alte und neue soziale Ungleichheiten bei Berufsaufgabe und Rentenübergang − Ergebnisse des EXTEND-Projektes. In: G. Richter (Hrsg.): *Arbeit und Altern.* S. 141-157. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783748909378.

Naegele, G., Olbermann, E. & Bertermann, B. (2013): Altersarmut als Herausforderung für die Lebenslaufpolitik. In: C. Vogel & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* S. 447-462. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-531-18714-3_22.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2020): *Understanding the well-being of LGBTQI+ populations,* C. J. Patterson, M.-J. Sepúlveda & J. White (Hrsg.). Washington, DC: The National Academies Press. doi: 10.17226/25877.

Nationales Suizidpräventionsprogramm (2021): *Suizidprävention Deutschland – Aktueller Stand und Perspektiven*B. Schneider, R. Lindner, I. Giegling, S. Müller, H. Müller-Pein, D. Rujescu, B. Urban & G. Fiedler (Hrsg.). Kassel: Deutsche Akademie für Suizidprävention e. V. (DASP). doi: 10.17170/kobra-202107014195.

Naumann, D. & Oswald, F. (2020): Wohnen im Alter. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 369-377. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_30.

Nelson, T. D. (2002): *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: The MIT Press. doi: 10.7551/mitpress/10679.001.0001.

Neue deutsche Medienmacher (2013): *Dokumentation des Workshops „Neue Begriffe für die Einwanderungsgesellschaft" am 29. und 30. April 2013 in Nürnberg*. zit. nach Mediendienst Integration 2020, S. 6. Berlin: Neue Deutsche Medienmacher e.V.

Neumark, D., Burn, I., Button, P. & Chehras, N. (2019): Do state laws protecting older workers from discrimination reduce age discrimination in hiring? Evidence from a field experiment. *The Journal of Law & Economics*, 62 (2). S. 373-402. doi: 10.1086/704008.

Newcomb, M. E., Hill, R., Buehler, K., Ryan, D. T., Whitton, S. W. & Mustanski, B. (2020): High burden of mental health problems, substance use, violence, and related psychosocial factors in transgender, non-binary, and gender diverse youth and young adults. *Archives of Sexual Behavior*, 49 (2). S. 645-659. doi: 10.1007/s10508-019-01533-9.

Ng, R., Allore, H. G., Trentalange, M., Monin, J. K. & Levy, B. R. (2015): Increasing negativity of age stereotypes across 200 years: Evidence from a database of 400 million words. *PLoS One*, 10 (2). S. e0117086. doi: 10.1371/journal.pone.0117086.

Ng, R., Chow, T. Y. J. & Yang, W. (2021): The impact of aging policy on societal age stereotypes and ageism. *The Gerontologist*, 62 (4). S. 598-606. doi: 10.1093/geront/gnab151.

Ng, R. & Indran, N. (2023): Videos about older adults on TikTok. *PLoS One*, 18 (8). S. e0285987. doi: 10.1371/journal.pone.0285987.

Ng, R., Indran, N. & Liu, L. (2022): Ageism on Twitter during the COVID-19 pandemic. *Journal of Social Issues*, 78 (4). S. 842-859. doi: 10.1111/josi.12535.

Ng, R., Indran, N. & Yang, W. (2023): Portrayals of older adults in over 3000 films around the world. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71 (9). S. 2726-2735. doi: 10.1111/jgs.18400.

Ng, T. W. & Feldman, D. C. (2008): The relationship of age to ten dimensions of job performance. *The Journal of Applied Psychology*, 93 (2). S. 392-423. doi: 10.1037/0021-9010.93.2.392.

Niehues, J. & Stockhausen, M. (2020): *Vermögensgrenzen: große gruppenspezifische Unterschiede*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft (https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Kurzberichte/PDF/2020/IW-Kurzbericht_2020_Vermoegensgrenzen.pdf [Zugriff am 26.03.2024]).

Nobili, A., Glazebrook, C. & Arcelus, J. (2018): Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Reviews in Endocrine & Metabolic Disorders*, 19 (3). S. 199-220. doi: 10.1007/s11154-018-9459-y.

North, M. S. (2022): Chinese versus United States workplace ageism as GATE-ism: Generation, age, tenure, experience. *Frontiers in Psychology*, 13. doi: 10.3389/fpsyg.2022.817160.

North, M. S. & Fiske, S. T. (2013): Act your (old) age: Prescriptive, ageist biases over succession, consumption, and identity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39 (6). S. 720-734. doi: 10.1177/0146167213480043.

North, M. S. & Fiske, S. T. (2015): Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141 (5). S. 993-1021. doi: 10.1037/a0039469.

Nosek, B. A., Banaji, M. R. & Greenwald, A. G. (2002): Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics: Theory, research, and practice*, 6 (1). S. 101-115.

Nowossadeck, E., von der Lippe, E. & Lampert, T. (2019): Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland – aktuelle Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1). S. 41-48. doi: 10.25646/5869.

Nowossadeck, S. (2018): Pflegende Angehörige. In: C. Tesch-Römer & C. Hagen (Hrsg.): *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland.* S. 17-20. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Nullmeier, F. (2015): Einstürzende Neubauten – Statikprobleme im Säulenmodell der Alterssicherung. *Sozialer Fortschritt*, 64 (8). S. 196-202. doi: 10.3790/sfo.64.8.196.

Nussbaum, M. C. (2000): *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press.

Nussbaum, M. C. (2015): Fähigkeiten schaffen: neue Wege zur Verbesserung menschlicher Lebensqualität. Freiburg, München: Verlag Karl Alber.

OECD/WHO, OECD Publishing (Hrsg.) (2023): *Why physical activity?* Step Up! Tackling the Burden of Insufficient Physical Activity in Europe. Paris: OECD/WHO.

Officer, A., Thiyagarajan, J. A., Schneiders, M. L., Nash, P. & de la Fuente-Núñez, V. (2020): Ageism, healthy life expectancy and population ageing: How are they related? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (9). S. 3159. doi: 10.3390/ijerph17093159.

Okan, C., Bilson, L., Zhong, D., Weidemann, G. & Bailey, P. E. (2022): Validating the interpersonal theory of suicide among older adultspre- and peri-COVID-19 pandemic. *Aging & Mental Health*, 27 (8). S. 1-7. doi: 10.1080/13607863.2022.2116402.

Okken, P.-K., Spallek, J. & Razum, O. (2008): Pflege türkischer Migranten. In: U. Bauer & A. Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung.* S. 396-422. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-91014-7_17.

Olbermann, E. (2020): Pflegebedürftige ältere Menschen mit Migrationshintergrund und deren Angehörige: Situation und Perspektiven. In: C. Woopen, A. Janhsen, M. Mertz & A. Genske (Hrsg.): *Alternde Gesellschaft im Wandel. Zur Gestaltung einer Gesellschaft des langen Lebens.* S. 143-160. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-60586-8_10.

Olbermann, E. (2021): *Gesundheitsförderung mit älteren Migrantinnen und Migranten gestalten*. Bonn: BAGSO Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V.

Oliver, M. (1983): *Social Work with Disabled People*. London: Palgrave.

Oltmer, J. (2016): Europäische und deutsche Migrationsverhältnisse im 19. und 20. Jahrhundert. In: H. U. Brinkmann & M. Sauer (Hrsg.): *Einwanderungsgesellschaft Deutschland: Entwicklung und Stand der Integration.* S. 51-97. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-05746-6_3.

Omeni, E. (im Erscheinen): Care access barriers and adaptive strategies of older migrants in Germany. *Journal of Aging Studies*.

Orton, L. C., Pennington, A., Nayak, S., Sowden, A., Petticrew, M., White, M. & Whitehead, M. (2019): What is the evidence that differences in ‚control over destiny' lead to socioeconomic inequalities in health? A theory-led systematic review of high-quality longitudinal studies on pathways in the living environment. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73 (10). S. 929-934. doi: 10.1136/jech-2019-212565.

Oswald, F. (2012): Umzug im Alter. In: H. W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. P. Ziegelmann (Hrsg.): *Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen.* S. 569-575. Stuttgart: Kohlhammer.

Oswald, V. & Wagner, M. (2023): Die Alltagskompetenzen und das Wohnumfeld hochaltriger Menschen in Deutschland. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 197-217. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_9.

Otto, H.-U., Scherr, A. & Ziegler, H. (2010): Wieviel und welche Normativität benötigt die Soziale Arbeit? Befähigungsgerechtigkeit als Maßstab sozialarbeiterischer Kritik. *Neue Praxis*, 40 (2). S. 137-163.

Overgaard, C., Petrovski, E. & Hermansen, J. (2018): Volunteer care workers: A case for challenging resource theories on volunteering. *Journal of Civil Society*, 14 (2). S. 153-172. doi: 10.1080/17448689.2018.1464708.

Owusu-Boakye, S., Banse, C., Jansky, M. & Nauck, F. (2020): Hospiz- und Palliativversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund. In: L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter.* S. 133-144. Berlin, Boston, MA: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110563375-013.

Özcan, V. & Seifert, W. (2005): Lebenslage älterer Migrantinnen und Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): *Lebenssituation und Gesundheit älterer Migranten in Deutschland. Expertisen zum Fünften Altenbericht der Bundesregierung.* S. 7-75. Berlin: LIT Verlag.

Pachner, T. M., Schuman, D. L. & Parekh, R. M. (2021): Older congolese refugees' resettlement challenges in the U.S.: A bioecological convoy model. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 19 (4). S. 393-406. doi: 10.1080/15562948.2020.1821420.

Panagiotidis, J. (2018): *Aussiedler* (Dossier Migration). Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung (https://www.bpb.de/themen/migration-integration/dossier-migration/247811/aussiedler/ [Zugriff am 07.06.2024]).

Paquet, C., Whitehead, J., Shah, R., Adams, A. M., Dooley, D., Spreng, R. N., Aunio, A. L. & Dubé, L. (2023): Social prescription interventions addressing social isolation and loneliness in older adults: Meta-review integrating on-the-ground resources. *Journal of Medical Internet Research*, 25. S. e40213. doi: 10.2196/40213.

Paradies, Y. (2006): A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International journal of epidemiology*, 35 (4). S. 888-901. doi: 10.1093/ije/dyl056.

Park, J., Fung, H. H., Rothermund, K. & Hess, T. M. (2020): The impact of perceived control and future-self views on preparing for the old age: Moderating influences of age, culture, and context. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 75 (5). S. e18-e28. doi: 10.1093/geronb/gbz138.

Park, R. H., Liu, Y. T., Samuel, A., Gurganus, M., Gampper, T. J., Corbett, S. T., Shahane, A. & Stranix, J. T. (2022): Long-term outcomes after gender-affirming surgery: 40-year follow-up study. *Annals of Plastic Surgery*, 89 (4). S. 431-436. doi: 10.1097/sap.0000000000003233.

Parks, C. A. (1999): Lesbian identity development: An examination of differences across generations. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (3). S. 347-361. doi: 10.1037/h0080409.

Pavlova, M. & Silbereisen, R. (2012): Perceived level and appraisal of the growing expectations for active ageing among the young-old in Germany. *Research on Aging*, 34. S. 80-99. doi: 10.1177/0164027511416371.

Payandeh, M. (2023): Verbot der Altersdiskriminierung im Grundgesetz? *ZRP Zeitschrift für Rechtspolitik*, 56 (2). S. 59-62.

Pellicane, M. J. & Ciesla, J. A. (2022): Associations between minority stress, depression, and suicidal ideation and attempts in transgender and gender diverse (TGD) individuals: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 91. S. 102113. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102113.

Perdue, C. W. & Gurtman, M. B. (1990): Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26 (3). S. 199-216.

Peters, R. M. (2004): Racism and hypertension among African Americans. *Western Journal of Nursing Research*, 26 (6). S. 612-631. doi: 10.1177/0193945904265816.

Peters, S. & Roggemann, H. (2023): *Wer nutzt Schuldnerberatung und wer nicht? Eine explorative Studie zur (Nicht-)Nutzung von Schuldnerberatung*. Hamburg: iff institut für finanzdienstleistungen e.V. (https://www.iff-hamburg.de/wp-content/uploads/2023/02/Studie-Nicht-Nutzung-von-Schuldnerberatung_2023_Sally-Peters_Hanne-Roggemann.pdf [Zugriff am 07.06.2024]).

Piechotta-Henze, G. (2018): „Keiner weiß, was ich durchgemacht habe in der Zeit!“. In: E. Reitinger, U. Vedder & P. M. Chiangong (Hrsg.): *Alter und Geschlecht: Soziale Verhältnisse und kulturelle Repräsentationen.* S. 97-110. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-20872-1_7.

Piliavin, J. A. & Siegl, E. (2007): Health benefits of volunteering in the Wisconsin longitudinal study. *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (4). S. 450-464. doi: 10.1177/002214650704800408.

Pillemer, K., Burnes, D., Riffin, C. & Lachs, M. S. (2016): Elder abuse: Global situation, risk factors, and prevention strategies. *The Gerontologist*, 56 Suppl 2 (Suppl 2). S. S194-205. doi: 10.1093/geront/gnw004.

Pinquart, M. (2002): Good news about the effects of bad old-age stereotypes. *Experimental Aging Research*, 28 (3). S. 317-336.

Pinquart, M. & Sörensen, S. (2000): Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15 (2). S. 187-224. doi: 10.1037//0882-7974.15.2.187.

Pitcan, M., Park-Taylor, J. & Hayslett, J. (2018): Black men and racial microaggressions at work. *The Career Development Quarterly*, 66 (4). S. 300-314. doi: 10.1002/cdq.12152.

Plöderl, M., Kralovec, K., Fartacek, C. & Fartacek, R. (2009): Homosexualität als Risikofaktor für Depression und Suizidalität bei Männern. *der mann. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit*, 7 (4). S. 28-37.

Plötz, K. (2013): *Wie ist das denn mit denen? Ein paar Seiten für alle, die mehr über das lesbische Leben wissen wollen*. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration.

Plötz, K. (2021): „… In ständiger Angst …“. Eine historische Studie über rechtliche Folgen einer Scheidung für Mütter mit lesbischen Beziehungen und ihre Kinder in Westdeutschland unter besonderer Berücksichtigung von Rheinland-Pfalz (1946 bis 2000). Forschungsbericht von Dr. Kirsten Plötz im Auftrag des Instituts für Zeitgeschichte München-Berlin und der Bundesstiftung Magnus Hirschfeld. Mainz: Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz (MFFJIV).

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Güldenring, A., Matthigack, E. B. & Rommel, A. (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 2020 (S1). S. 1-30. doi: 10.25646/6448.

Pohlmann, R. (2020): *Kommunale Altenhilfestrukturen stärken. Ein Impulsbeitrag*. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (https://seniorenbueros.org/wp-content/uploads/2020/10/20200828_impulsbeitrag-web.pdf [Zugriff am 18.06.2024]).

Pohlmann, R. (2022): Kommunale Seniorenarbeit neu gestalten. Alternde Gesellschaften müssen und werden sich verändern. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 2/2022. S. 50-53. doi: 10.5771/0340-8574-2022-2-50.

Pokorny, S. (2020): *Umwelt- und Klimaschutz in den Familien*. Analysen & Argumente, Nr. 395. Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.

Preis, U. (2013): Alterdiskriminierung im Arbeitsrecht. In: U. Becker & M. Roth (Hrsg.): *Recht der Älteren.* S. 285-320. Berlin, Boston, MA: De Gruyter.

Pries, L. (2010): *Transnationalisierung. Theorie und Empirie grenzüberschreitender Vergesellschaftung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-92595-0.

Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y., Sarganas, G. & Starker, A. (2021): Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 6(3). S. 49-71. doi: 10.25646/8554.

Puckett, J. A., Tornello, S., Mustanski, B. & Newcomb, M. E. (2022): Gender variations, generational effects, and mental health of transgender people in relation to timing and status of gender identity milestones. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 9 (2). S. 165-178. doi: 10.1037/sgd0000391.

Rafnsson, S. B., Shankar, A. & Steptoe, A. (2015): Longitudinal influences of social network characteristics on subjective well-being of older adults: Findings from the ELSA study. *Journal of Aging and Health*, 27 (5). S. 919-934. doi: 10.1177/0898264315572111.

Räker, M., Schwinger, A. & Klauber, J. (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung.* S. 65-95. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-61362-7_5.

Ranasinghe, P. D., Pokhrel, S. & Anokye, N. K. (2021): Economics of physical activity in low-income and middle-income countries: A systematic review. *BMJ Open*, 11 (1). S. e037784. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037784.

Rauvola, R. S., Rudolph, C. W. & Zacher, H. (2019): Generationalism: Problems and implications. *Organizational Dynamics*, 48 (4). S. 100664. doi: 10.1016/j.orgdyn.2018.05.006.

Ray, V. (2019): A theory of racialized organizations. *American Sociological Review*, 84 (1). S. 26-53. doi: 10.1177/0003122418822335.

Reckert, W. (2022): Was wollen „die Alten“? *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 02/2022. S. 58-60.

Reimann, K. & Lasch, V. (2006): Differenzierte Lebenslagen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39 (1). S. 13-21. doi: 10.1007/s00391-006-0364-8.

Rein, A. (2023): Greift ein allgemeines Recht auf Schuldnerberatung in das kommunale Selbstverwaltungsrecht ein? *BAG-SB Informationwen*, 2/2023. S. 76-77.

Reisch, N. (2019): Review of health problems in adult patients with classic congenital adrenal hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 127 (2-03). S. 171-177. doi: 10.1055/a-0820-2085.

Reissmann, M., Oswald, V., Zank, S. & Tesch-Römer, C. (2023): Digitale Teilhabe in der Hochaltrigkeit. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 145-172. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_7.

Reissmann, M. & Wagner, M. (2023): Werthaltungen hochaltriger Menschen und ihre Wünsche für die eigene Lebenssituation und das gesellschaftliche Zusammenleben. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 219-254. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_10.

Renn, B. N., Areán, P. A. & Unützer, J. (2020): Epidemiology of selected mental disorders in later life. In: N. Hantke, A. Etkin & R. O’Hara (Hrsg.): *Handbook of mental health and aging.* S. 7-22. San Diego, CA: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-800136-3.00002-8.

Repetti, M., Phillipson, C. & Calasanti, T. (2018): Retirement migration in europe: A choice for a better life? *Sociological Research Online*, 23 (4). S. 780-794. doi: 10.1177/1360780418782243.

Richter, A. S. (2018): Zum Umgang älterer ostdeutscher Frauen mit Abwertung und Nicht-Anerkennung: Eine intersektionale Perspektive. *Psychotherapie im Alter*, 15. S. 411-423. doi: 10.30820/8235.06.

Richter, A. S. (2020): Altern aus intersektionaler Perspektive: Vorschläge zu einer mehrdimensionalen Konzeptualisierung intersektionaler Alternsforschung. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 53 (3). S. 205-210. doi: 10.1007/s00391-020-01689-3.

Richter, A. S. & Kricheldorff, C. (2020): Alter(n) und Intersektionalität. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 53 (3). S. 203-204. doi: 10.1007/s00391-020-01706-5.

Richter, G., Tisch, A., Hasselhorn, H. M. & Bellmann, L. (2022): Arbeit und Alter(n). Wie ein längeres Erwerbsleben möglich werden kann. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 72 (20). S. 20-27.

Richter, S. (2024): Erleben von Zukunftsunsicherheit, Armutsrisiken und prekären Lebenslagen im Pflegeheim. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 57 (2). S. 146-151. doi: 10.1007/s00391-023-02231-x.

Rippon, I., Kneale, D., de Oliveira, C., Demakakos, P. & Steptoe, A. (2014): Perceived age discrimination in older adults. *Age and Ageing*, 43 (3). S. 379-386. doi: 10.1093/ageing/aft146.

RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. S. 516. Berlin: RKI.

RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2019): Schätzung der Zahl hitzebedingter Sterbefälle und Betrachtung der Exzess-Mortalität; Berlin und Hessen, Sommer 2018. Epidemiologisches Bulletin. Nr. 23. S. 193-206. Berlin: RKI.

RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021): *HIV/AIDS in Deutschland – Eckdaten der Schätzung. Epidemiologische Kurzinformation des Robert Koch-Instituts. Stand: Ende 2021*. (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Eckdaten/EckdatenDeutschland.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 24.05.2024]). Berlin: RKI.

RKI, Robert Koch-Institut und Deutsche Aidshilfe (Hrsg.) (2023): *Forschungsbericht zum Projekt „Sexuelle Gesundheit und HIV/STI in trans und nicht-binären Communitys“*. Broschüre zum Forschungsprojekt. Berlin: RKI.

RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (o.J.): *Themenschwerpunkt: Regionale Unterschiede*. (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/RegUnterschiede/RegUnterschiede_node.html [Zugriff am 24.07.2023]): RKI.

Rodríguez-Rust, P. C. (2000): *Bisexuality in the United States*. A Social Science Reader. New York, NY: Columbia University Press.

Röh, D. (2022): Daseinsmächtige Lebensführung: Ein Konzept der Sozialen Arbeit mit älteren Menschen auf Basis des Capabilities Approach. In: C. Bleck & A. van Rießen (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit alten Menschen.* S. 369-384. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-37573-7_21.

Rohr-Zänker, R. & Müller, W. (1998): *Die Rolle von Nachbarschaften für die zukünftige Entwicklung von Stadtquartieren*. Expertise. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.

Röhrig-Herzog, G., Waterkotte, R. & Barbe, G. (2023): Mundgesundheit im Alter erhalten. Ein interdisziplinärer Praxisleitfaden für medizinische und pflegerische Berufe Stuttgart: Kohlhammer.

Romeu Gordo, L., Gundert, S., Engstler, H., Vogel, C. & Simonson, J. (2022a): *Erwerbsarbeit im Ruhestand hat vielfältige Gründe – nicht nur finanzielle*. IAB-Kurzbericht Nr. 8. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit.

Romeu Gordo, L., Simonson, J. & Lozano Alcántara, A. (2022b): Ergebnisse des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2020/21 zur ökonomischen Situation von älteren Lesben, Schwulen und Bisexuellen. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Rosales, A. & Fernandez-Ardevol, M. (2020): Ageism in the era of digital platforms. *Convergence*, 26 (5-6). S. 1074-1087. doi: 10.1177/1354856520930905.

Rosenbrock, R. (2015): Prävention in Lebenswelten – der Setting-Ansatz. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91 (5). S. 213-219. doi: 10.3238/zfa.2015.0213-0219.

Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2024): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung* Göttingen: Hogrefe Verlag.

Rosenthal, G. & Fischer-Rosenthal, W. (2013): Analyse von Leitfadeninterviews. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.): *Qualitative Forschung.* S. 456-468. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Rosenwohl-Mack, A., Tamar-Mattis, S., Baratz, A. B., Dalke, K. B., Ittelson, A., Zieselman, K. & Flatt, J. D. (2020): A national study on the physical and mental health of intersex adults in the U.S. *PLoS One*, 15 (10). S. e0240088. doi: 10.1371/journal.pone.0240088.

Rößler, J., Hielscher, V. & Schwarz, K. (2022): Barrieren im ÖPNV – Wofür braucht man einen Begleitdienst? In: J. Alexandersson, D. Bieber, S. Roder, J. Rößler & K. Schwarz (Hrsg.): *Mobilität und Teilhabe – Begleitdienste im öffentlichen Personennahverkehr: Erfahrungen aus einem sozio-technischen Forschungsprojekt.* S. 1-27. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-35781-8_1.

Rothermund, K. (2019). *Was ist ein guter alter Mensch?* [Video]. Gothenburg: Oral presentation at the 9th IAGG-ER (https://www.youtube.com/watch?v=lPTvd4xI7hE [Zugriff am 17.04.2024]).

Rothermund, K. (2022): Altersbilder. In: F. R. Lang, S. Lessenich & K. Rothermund (Hrsg.): *Altern als Zukunft – eine Studie der VolkswagenStiftung.* S. 35-74. Heidelberg: Springer Spektrum.

Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (2003): Age stereotypes and self-views in later life: Evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27 (6). S. 549-554. doi: 10.1080/01650250344000208.

Rothermund, K., Klusmann, V. & Zacher, H. (2021): Age discrimination in the context of motivation and healthy aging. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76 (Supplement_2). S. 167-180. doi: 10.1093/geronb/gbab081.

Rothermund, K. & Mayer, A.-K. (2009): Altersdiskriminierung: Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze. Stuttgart: Kohlhammer.

Rothermund, K. & Temming, F. (2010): *Diskriminierung aufgrund des Alters*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Rothgang, H., Heinze, F., Kalwitzki, T. & Wagner, C. (2023): *Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen* (https://www.dak.de/dak/download/expertise-2609248.pdf [Zugriff am 31.01.2024]).

Rothgang, H. & Müller, R. (2018): *Pflegereport 2018. Schriftreihen zur Gesundheitsanalyse*: Barmer (https://www.barmer.de/resource/blob/1028518/9186b971babc3f80267fc329d65f8e5e/barmer-pflegereport-2018-band-12-data.pdf [Zugriff am 18.08.2023]).

Rothgang, H., Müller, R. & Unger, R. (2017): *Pflegereport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse*. Siegburg: Barmer (https://www.barmer.de/resource/blob/1028610/ac141c44b72fe5a24a6d453c6fda9bf0/barmer-pflegereport-2017-band-5-data.pdf [Zugriff am 16.04.2024]).

Rückert-John, J. & Reis, S. (2020): Zur Reproduktion der sozialen Sinnform „Mahlzeit" in Zeiten des globalisierten Lebensmittelmarkts. In: N. Baur, J. Fülling, L. Hering & E. Kulke (Hrsg.): *Waren–Wissen–Raum: Interdependenz von Produktion, Markt und Konsum in Lebensmittelwarenketten.* S. 401-419. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-30719-6_13.

Rudat, B. (2019): Wohnungslos im Alter – Herausforderungen für das Hilfesystem. In: R. Jordan (Hrsg.): *„… ohne Wohnung ist alles nichts!".* S. 263-266. Berlin: BAG W-Verlag.

Rudolf, B. (2017): Teilhabe als Menschenrecht – eine grundlegende Betrachtung. In: E. Diehl (Hrsg.): *Teilhabe für alle?! Lebensrealitäten zwischen Diskriminierung und Partizipation.* Schriftenreihe Band 10155. S. 13-43. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Ruland, F. (2022): Die Rentenpolitik der großen Koalitionen (2013-2021): weder gerecht noch nachhaltig. In: M. Nonhoff, S. Haunss, T. Klenk & T. Pritzlaff-Scheele (Hrsg.): *Gesellschaft und Politik verstehen: Frank Nullmeier zum 65. Geburtstag.* S. 287-302. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Rüßler, H. (2007): Altern in der Stadt. Neugestaltung kommunaler Altenhilfe im demographischen Wandel. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-8350-9683-7.

Ryan, E. B., Hummert, M. L. & Boich, L. H. (1995): Communication predicaments of aging: Patronizing behavior toward older adults. *Journal of Language and Social Psychology*, 14 (1-2). S. 144-166.

Rychtaříková, J. (2019): Perception of population ageing and age discrimination across EU countries. *Population and Economics*, 3 (4). S. 1-29. doi: 10.3897/popecon.3.e49760.

Sabin, T. (2024a): „Rentner bleiben nicht aus Jux und Tollerei in den großen Wohnungen". Ungleiche Wohnraumverteilung. *Focus online*. Online: (https://www.focus.de/immobilien/ungleiche-wohnraumverteilung-laut-wohnungsmarktforscher-rentner-bleiben-nicht-aus-jux-und-tollerei-in-den-grossen-wohnungen_id_189203861.html [Zugriff am 19.03.2024])

Sabin, T. (2024b): Wohnungsnot in Deutschland. Rentner können es sich kaum leisten, in kleine Wohnung zu ziehen – doch es gibt Auswege. *Focus online*. Online: (https://www.focus.de/immobilien/wohnkrise-in-deutschland-senioren-blockieren-grosse-wohnungen-die-junge-familien-verzweifelt-suchen_id_187765111.html [Zugriff am 19.03.2024])

Sachverständigenrat (2014): *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2014/Kurzfassung2014.pdf [Zugriff am 20.06.2024]).

Sackmann, R. (2013): *Lebenslaufanalyse und Biografieforschung: eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-531-19634-3.

Sagner, P. & Voigtländer, M. (2023): Mismatch im Wohnungsmarkt. *IW-Kurzbericht Nr. 5*.

Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C. & Seshadri, S. (2016): Incidence of dementia over three decades in the Framingham heart study. *New England Journal of Medicine*, 374 (6). S. 523-532. doi: 10.1056/NEJMoa1504327.

Sauer, A. (2020): Trans* und Alter(n). In: T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hrsg.): *LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit.* S. 111-118. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Saup, W. (1993): Alter und Umwelt: eine Einführung in die ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Savage, B. & Barringer, M. N. (2021): The (minority) stress of hiding: The effects of LGBT identities and social support on aging adults' concern about housing. *Sociological Spectrum*, 41 (6). S. 478-498. doi: 10.1080/02732173.2021.2010627.

Scandurra, C., Carbone, A., Baiocco, R., Mezzalira, S., Maldonato, N. M. & Bochicchio, V. (2021): Gender identity milestones, minority stress and mental health in three generational cohorts of Italian binary and nonbinary transgender people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (17). S. 9057. doi: 10.3390/ijerph18179057.

Schaefer, I., Kumpers, S. & Cook, T. (2021): „Selten Gehorte" für partizipative Gesundheitsforschung gewinnen: Herausforderungen und Strategien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64 (2). S. 163-170. doi: 10.1007/s00103-020-03269-7.

Schäufele, M., Köhler, L., Hendlmeier, I., Hoell, A. & Weyerer, S. (2013): Prävalenz von Demenzen und ärztliche Versorgung in deutschen Pflegeheimen: eine bundesweite repräsentative Studie. *Psychiatrische Praxis*, 40 (04). S. 200-206. doi: 10.1055/s-0033-1343141.

Scheidt-Nave, C., Richter, S., Fuchs, J. & Kuhlmey, A. (2010): Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel „Multimorbidität". *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53 (5). S. 441-450. doi: 10.1007/s00103-010-1052-9.

Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52 (2). S. 87-96. doi: 10.1007/s00038-007-6002-4.

Schenk, L., Krobisch, V., Schneider, A. & Peppler, L. (2024): Diversität in der pflegerischen Versorgung. *Public Health Forum*, 32 (1). S. 18-20. doi: 10.1515/pubhef-2023-0146.

Schenk, L., Molzberger, K., Peppler, L., Beck, P. & Schouler-Ocak, M. (2022a): Organisationaler Wandel durch Migration. Am Beispiel von kultureller Kompetenz und Körperpraktiken im Krankenhaus. *Forum* (4). S. 280-284. doi: 10.1007/s12312-022-01108-1.

Schenk, L. & Peppler, L. (2020): Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit. In: L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter.* S. 21-32. Berlin, Boston, MA: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110563375-003.

Schenk, L., Sonntag, P.-T., Beck, P., Khan, Z., Peppler, L. & Schouler-Ocak, M. (2022b): Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. *BMC Health Services Research*, 22 (1). S. 644. doi: 10.1186/s12913-022-07947-x.

Scherger, S. & Wagner, G. G. (2020): Soziale Ungleichheiten in Lebensläufen, Alterseinkommen und Lebenserwartung. In: K. V. Generationenvertrag (Hrsg.): *Bericht der Kommission Verlässlicher Generationenvertrag. Band II − Materialien.* Berlin: Kommission Verlässlicher Generationenvertrag.

Scherr, A. (2022): Soziologische Diskriminierungsforschung. In: A. Scherr, A. El-Mafaalani & A. C. Reinhardt (Hrsg.): *Handbuch Diskriminierung.* S. 1-26. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-11119-9_3-3.

Schewe, P. (2012): Case Management in der Altenhilfe: Führen die implementierten Methoden zu einer besseren Lebensqualität? Hamburg: Diplomica Verlag.

Schiefer, D. (2022): Transnationale Beziehungen zu Eltern im Ausland – Lebenswirklichkeiten im Kontext internationaler Migration. *Familienpolitik über Grenzen – transnationale Familienverhältnisse und Alter. Dokumentation der Fachtagung*, 2/2022. S. 8-15.

Schienkiewitz, A., Mensink, G., Kuhnert, R. & Lange, C. (2017): Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2). S. 22-28. doi: 10.17886/rki-gbe-2017-025.

Schimany, P., Rühl, S. & Kohls, M. (2012): *Ältere Migrantinnen und Migranten. Entwicklungen, Lebenslagen, Perspektiven*. Forschungsbericht 18. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Schlag, B. & Megel, K. (2002): *Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter*S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Hrsg.). Stuttgart: Kohlhammer.

Schmid, T., Brandt, M. & Haberkern, K. (2012): Gendered support to older parents: Do welfare states matter? *European Journal of Ageing*, 9 (1). S. 39-50. doi: 10.1007/s10433-011-0197-1.

Schmidt, D., Kollan, C., Schewe, K., Hanhoff, N., Rüsenberg, R., Friebe, M., Schikowski, T., Schink, S. B., Marcus, U., Koppe, U., Jansen, K., Streeck, H., Ottensmeyer, P., an der Heiden, M., Bannert, N., M'Bayo, R., Ceres, M., Weber, L., Sweers, H., Schmidt, A. J., Tietz, H., Danan, E., Bendig, J., Kloep, S., Neumann, A., Valbert, F., Wasem, J., Bartmeyer, B., Bremer, V. & Studiengruppe, N. (2023): Evaluation der Einführung der HIV-Präexpositionsprophylaxe als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (EvE-PrEP). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66 (9). S. 1008-1018. doi: 10.1007/s00103-023-03733-0.

Schmidt, M. G. (2015): Auf dem Weg in die Gerontokratie? *Themenheft Alter(n) von Der Bürger im Staat*, 2/3-2015. S. 88-94.

Schmitz-Kießler, J. (2023): „Ein bisschen Spaß muss sein": Rentner:innenarbeit im Spannungsfeld von öffentlich-medialen Erwartungen und der Marginalisierung von Armut. *Medien & Altern, Zeitschrift für Forschung und Praxis*, 22/2023. S. 20-33.

Schmitz, A. & Pförtner, T.-K. (2018): Health inequalities in old age: The relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *Journal of Public Health*, 40 (3). S. e235-e243. doi: 10.1093/pubmed/fdx180.

Schmucker, R. (2020): Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2019: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?* S. 49-60. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. doi: 10.1007/978-3-662-58935-9_3.

Schnabel, E.-L., Weiß, A. & Schwendner, C. (2021): Soziale Teilhabe als Schlüsselfaktor. *Pflegezeitschrift*, 75 (1-2). S. 27-29. doi: 10.1007/s41906-021-1180-x.

Schneebaum, A. & Badgett, M. V. L. (2019): Poverty in US lesbian and gay couple households. *Feminist Economics*, 25 (1). S. 1-30. doi: 10.1080/13545701.2018.1441533.

Schneekloth, U., Geiss, S. & Pupeter, M. (2017): *Abschlussbericht Studie zur Wirkung des Pflege Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)*. München: TNS Infratest Sozialforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [Zugriff am 18.08.2023]).

Schneider, A., Hering, C., Peppler, L. & Schenk, L. (2023): Effort-reward imbalance and its association with sociocultural diversity factors at work: Findings from a cross-sectional survey among physicians and nurses in Germany. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 96 (4). S. 537-549. doi: 10.1007/s00420-022-01947-4.

Schnitzer, S., Balke, K., Walter, A., Litschel, A. & Kuhlmey, A. (2011): Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54. S. 942-950. doi: 10.1055/s-0031-1283617.

Schnur, O. (2020): Wohnen in (der) Nachbarschaft. In: F. Eckardt & S. Meier (Hrsg.): *Handbuch Wohnsoziologie.* S. 1-22. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-24862-8_13-1.

Schoppmann, C. (1997): Homosexuellenverfolgung. In: C. Schoppmann (Hrsg.): *Nationalsozialistische Sexualpolitik und weibliche Homosexualität.* S. 163-257. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media. doi: 10.1007/978-3-86226-853-5_6.

Schramek, R., Kricheldorff, C., Schmidt-Hertha, B. & Steinfort-Diedenhofen, J. (2018): *Alter(n) - Lernen - Bildung. Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.

Schröder, J. & Moebus, S. (2021): Klimasensible Stadtplanung und Stadtentwicklung. In: C. Günster, J. Klauber, B.-P. Robra, C. Schmuker & A. Schneider (Hrsg.): *Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit.* S. 205-218. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. doi: 10.32745/9783954666270-15.

Schröder, S., Martin, O., Mlinaric, M. & Richter, M. (2019): „Das liegt an jedem selbst" – Eine qualitative Studie zu Versorgungsungleichheiten aus Patientensicht. *Das Gesundheitswesen*, 81 (7). S. 564-569. doi: 10.1055/s-0043-122231.

Schroeder, W., Munimus, B. & Rüdt, D. (2008): Integrierende oder separierende Interessenvertretungspolitik? *Zeitschrift für Sozialreform*, 54 (3). S. 225-250. doi: 10.1515/zsr-2008-0302.

Schubert, H. (2019): Von der Altenhilfeplanung zur integrierten Sozialplanung im demografischen Wandel. In: H. Schubert (Hrsg.): *Integrierte Sozialplanung für die Versorgung im Alter: Grundlagen, Bausteine, Praxisbeispiele.* S. 43-73. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-21240-7_3.

Schubert, H., Abels, S., Papenfuß, K., Spieckermann, H. & Veil, K. (2015): Neuer Infrastrukturansatz für die sozialräumliche Altenhilfe. In: A. van Rießen, C. Bleck & R. Knopp (Hrsg.): *Sozialer Raum und Alter(n): Zugänge, Verläufe und Übergänge sozialräumlicher Handlungsforschung.* S. 131-156. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-06600-0_8.

Schubert, H., Oberwittler, D., Schartau, L., Planer, N., Nutz, A., Spieckermann, H., Gerstner, D. & Jansen, H. (2016): *Sicherheitsempfinden älterer Menschen im Wohnquartier. Ein Praxishandbuch für die Soziale Arbeit.* Köln: Verlag Sozial • Raum • Management.

Schubert, H. & Veil, K. (2016): *Beziehungsbrücken zwischen Lebenswelten und Systemwelt im urbanen Sozialraum* (https://www.sozialraum.de/beziehungsbruecken-zwischen-lebenswelten-und-systemwelt-im-urbanen-sozialraum.php [Zugriff am 29.04.2024]).

Schubert, H. & Vukoman, M. (2014): Lebensweltliche Kontaktpunkte im Sozialraum als informelle Infrastruktur der Altenhilfe. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 65 (04). S. 284-294.

Schüller, H. (1995): Die Alterslüge. Für einen neuen Generationenvertrag. Berlin: Rowohlt Verlag.

Schulte, B. (1996): *Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen*. Band 132.1 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Schulte, B. (2004): Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen für die Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen in international vergleichender Sicht In: S. Bundesministerium für Familie, Frauen und Jugend (Hrsg.): *Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlusstagung am 6. und 7. Mai 2004.* S. 224-252. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Schulte, B. (2005): Betreuung: Rechtsfürsorge im Sozialstaat aus sozialrechtlicher Perspektive In: K.-H. Zander (Hrsg.): *Rechtsfürsorge im Sozialstaat. Was ist Aufgabe der Betreuung?* Ergebnisse des 9. Vormundschaftsgerichtstags vom 11.-13.11.2004 in Erkner. Betrifft: Betreuung – Band 8. S. 29-63. Bochum: Vormundschaftsgerichtstag e.V. (Eigenverlag).

Schultz-Zehden, B. (2013): Sexualität im Alter. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 63 (4/5). S. 53-56.

Schulz, M., Czwikla, J., Schmidt, A. & Tsiasioti, C. (2021): Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen. In: J. Pundt & M. Cacace (Hrsg.): *Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit.* S. 181-204. Bremen: Apollon University Press.

Schütze, L. (2019): *Schwul sein und älter werden. Selbstbeschreibungen älterer schwuler Männer*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-25712-5.

Schwass, T. (2023): Von kultursensibler zu diversitätssensibler Altenpflege – Einblicke in die häusliche Pflege älterer Migrant*innen in Berlin. Berlin: DeZIM Working Papers.

Schwedler, A., Konopik, N., Heber, L., Wellenhofer, M., Oswald, F., Zenz, G. & Salgo, L. (2017): Gewalt gegen alte Menschen in hauslicher Pflege : Kurzportrait eines interdisziplinaren Forschungsprojekts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50 (4). S. 294-297. doi: 10.1007/s00391-017-1232-4.

Seifert, A. (2014): *Soziale Unterstützung in der Nachbarschaft*. Datenauswertung im Auftrag der Age Stiftung. Zürich: Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie. doi: 10.5167/uzh-97018.

Seils, E. (2020): *Wiederanstieg der Altersarmut. Eine Kurzauswertung aktueller Daten für 2019 auf Basis des Mikrozensus*. Policy Brief WSI Nr. 45 8/2020. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut der Hans-Böckler-Stiftun.

Semrau, A. (2014): Zugangswege für gesellschaftliche Teilhabe von älteren Menschen schaffen – aber wie? Best-Practice-Analyse und Empfehlungen für die Stadtteilarbeit. Unveröffentlichte Masterthesis. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin (https://vska.de/bundesverband/fachbeitraege-zur-nachbarschaftsarbeit/master-und-bachelorarbeiten/kerstin-semrau-2014/ [Zugriff am 28.05.2024]).

Sen, A. K. (1985): *Commodities and capabilities*. Amsterdam, New York, NY: North Holland.

Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013): *Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik*. Gut Altern in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Senatsverwaltung für Integration, A. u. S. (2021): Massnahmenkatalog zu den Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik. Zugehörigkeit und Teilhabe der Gerneration 60plus in Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales.

Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J. & McDonnell/Naughton, M. (2018): Pathways from ageism to loneliness. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 131-147. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_9.

Sialino, L. D., Wijnhoven, H. A. H., van Oostrom, S. H., Picavet, H. S. J., Visser, M. & Schaap, L. A. (2024): The sex difference in self-rated health among older Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands: An exploratory study of contributing determinants. *BMC Public Health*, 24 (1). S. 248. doi: 10.1186/s12889-023-17479-6.

Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C. & Tesch-Römer, C. (2022a): Einleitung: Zwanzig Jahre Deutscher Freiwilligensurvey. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019.* Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement. S. 11-28. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-35317-9_2.

Simonson, J., Kelle, N., Kausmann, C. & Tesch-Römer, C. (2022b): Unterschiede und Ungleichheiten im freiwilligen Engagement. In: J. Simonson, N. Kelle, C. Kausmann & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Freiwilliges Engagement in Deutschland: Der Deutsche Freiwilligensurvey 2019.* Empirische Studien zum bürgerschaftlichen Engagement. S. 67-94. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-35317-9_5.

Simonson, J. & Vogel, C. (2019): Aspekte sozialer Ungleichheit im Alter. In: K. Hank, F. Schulz-Nieswandt, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* S. 171-196. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783845276687-171.

Siverskog, A. (2014): „They just don't have a clue": Transgender aging and implications for social work. *Journal of Gerontological Social Work*, 57 (2-4). S. 386-406. doi: 10.1080/01634372.2014.895472.

Smith, S. L., Pieper, K. & Choueiti, M. (2016): *The rare & ridiculed: Senior citizens in the 100 top films of 2015*. Media, Diversity, & Social Change Initiative. Los Angeles, CA: USC Annenberg School for Communication and Journalism.

Söhn, J. (2018): *Migration: Erwerbsverläufe und Rentenansprüche von Zugewanderten bei der Gesetzlichen Rentenversicherung*. Forschungsbericht zum FNA-Projekt. Berlin: Forschungsnetzwerk Alterssicherung (FNA) der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Sommerlad, A., Kivimäki, M., Larson, E. B., Röhr, S., Shirai, K., Singh-Manoux, A. & Livingston, G. (2023): Social participation and risk of developing dementia. *Nature Aging*, 3 (5). S. 532-545. doi: 10.1038/s43587-023-00387-0.

Sonntag, P.-T., Krobisch, V. & Schenk, L. (2020): Wie migrationssensibel ist die ambulante Pflege? In: L. Schenk & M. Habermann (Hrsg.): *Migration und Alter.* S. 71-80. Berlin, Boston, MA: De Gruyter. doi: 10.1515/9783110563375-007.

Soom Ammann, E., van Holten, K. & Baghdadi, N. (2013): Familiale Unterstützungs- und Pflegearrangements im transnationalen Kontext – Eine Zwei-Generationen-Perspektive. In: T. Geisen, T. Studer & E. Yildiz (Hrsg.): *Migration, Familie und soziale Lage: Beiträge zu Bildung, Gender und Care.* S. 273-293. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-94127-1_14.

Spallek, J., Zeeb, H. & Razum, O. (2011): What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerging Themes in Epidemiology*, 8 (1). S. 6. doi: 10.1186/1742-7622-8-6.

Sparacio, F. (2016): Pendeln im Alter. Eine Fallstudie zu transnationaler Migration zwischen Deutschland und der Türkei. Tübingen: EKW-Verlag. doi: 10.15496/publikation-13021.

Spivak, G. C. (1988): Can the subaltern speak? In: C. Nelson & L. Grossberg (Hrsg.): *Marxism and the interpretation of culture.* S. 271-313. Urbana, Il: University of Illinois Press.

Stadelbacher, S. & Schneider, W. (2020): Einleitung: Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s – Vielfalt, Heterogenität, Ungleichheit. In: S. Stadelbacher & W. Schneider (Hrsg.): *Lebenswirklichkeiten des Alter(n)s: Vielfalt, Heterogenität, Ungleichheit.* S. 1-24. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-29073-3_1.

Stancil, T. R., Hertz-Picciotto, I., Schramm, M. & Watt-Morse, M. (2000): Stress and pregnancy among African-American women. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 14 (2). S. 127-135. doi: 10.1046/j.1365-3016.2000.00257.x.

Starker, A., Hövener, C. & Rommel, A. (2021): Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: Results from the representative cross-sectional study ‚German health interview and examination survey for adults (DEGS1). *Archives of Public Health*, 79 (1). S. 86. doi: 10.1186/s13690-021-00609-0.

Statista (2023a): *Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Deutschland von 1991 bis 2022*. Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/statistik/daten/studie/548267/umfrage/anteil-der-bevoelkerung-ab-65-jahren-und-aelter-in-deutschland/ [Zugriff am 24.05.2024]).

Statista (2023b): *Anzahl der Eheschließungen von Personen gleichen Geschlechts in Deutschland von 2017 bis 2022*. Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1114720/umfrage/gleichgeschlechtliche-ehepaare-in-deutschland/ [Zugriff am 29.01.2024]).

Statista (2023c): *Wie, wenn überhaupt, identifizieren Sie sich?* Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1414281/umfrage/sexuelle-identifikation-in-ausgewaehlten-laendern/ [Zugriff am 24.06.2024]).

Statista (2024): *Anzahl der Eheschließungen in Deutschland von 1950 bis 2023*. Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1323/umfrage/eheschliessungen-in-deutschland/ [Zugriff am 29.01.2024]).

Statistisches Bundesamt (2018): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Schutzsuchende*. Ergebnisse des Ausländerzentralregisters 2017. Fachserie 1 Reihe 2.4. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis.

Statistisches Bundesamt (2020): *Lebenserwartung und Sterblichkeit*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html [Zugriff am 16.04.2024]).

Statistisches Bundesamt (2022a): *Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2020 (Endergebnisse)*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/_publikationen-innen-migrationshintergrund.html [Zugriff am 27.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2022b): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2021*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220217004.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 27.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2022c): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2021 (Letzte Ausgabe - berichtsweise eingestellt). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html [Zugriff am 20.02.2024]).

Statistisches Bundesamt (2022d): *Weltflüchtlingstag: Mindestens 3,3 Millionen Geflüchtete und Vertriebene in Deutschland* (Pressemitteilung Nr. N036 vom 20. Juni 2022). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/06/PD22_N036_12411.html [Zugriff am 07.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023a): *Beratene Personen, Durchschnittliche Schulden: Deutschland, Jahre, Sozioökonomische Merkmale*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/63511/table/63511-0001 [Zugriff am 21.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023b): *Erwerbstätigkeit älterer Menschen in Deutschland und der EU binnen zehn Jahren deutlich gestiegen* (Pressemitteilung Nr. N003 vom 19. Januar 2023). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/01/PD23_N003_13.html [Zugriff am 30.04.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023c): *Haushalte der Altersgruppe 65+ haben pro Kopf den meisten Wohnraum zur Verfügung* (Pressemitteilung Nr. N 035 vom 14. Juni 2023). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23_N035_12.html [Zugriff am 02.05.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023d): Statistischer Bericht – Gemeinschaftsstatistik zu Einkommen und Lebensbedingungen (Mikrozensus-Unterstichprobe zu Einkommen und Lebensbedingungen) – Endergebnisse 2021. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrdung/Publikationen/Downloads-Lebensbedingungen/statistischer-bericht-einkommen-lebensbedingungen-endergebnisse-2150300217005.html [Zugriff am 27.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023e): *Statistischer Bericht – Mikrozensus – Bevölkerung nach Migrationshintergrund – Erstergebnisse 2022*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-migrationshintergrund-erst-2010220227005.html [Zugriff am 08.05.2024]).

Statistisches Bundesamt (2023f): *Sterbefälle und Lebenserwartung: Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/sterbetafel.html [Zugriff am 02.08.2023]).

Statistisches Bundesamt (2023g): *Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt* (Pressemitteilung Nr. N029 vom 11. Mai 2023). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html [Zugriff am 29.01.2024]).

Statistisches Bundesamt (2024a): *Bevölkerung wächst im Jahr 2023 um gut 0,3 Millionen Personen* (Pressemitteilung Nr. 035 vom 25. Januar 2024). Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_035_124.html [Zugriff am 07.06.2024]).

Statistisches Bundesamt (2024b): *Empfänger von Grundsicherung: Deutschland, Berichtsmonat im Quartal, Nationalität, Geschlecht, Altersgruppen*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt - Destatis (https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/table/22151-0003/table-toolbar [Zugriff am 21.06.2024]).

Staudinger, U. M. (2000): Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. *Psychologische Rundschau*, 51 (4). S. 185-197. doi: 10.1026//0033-3042.51.4.185.

Steffen, P. R., McNeilly, M., Anderson, N. & Sherwood, A. (2003): Effects of perceived racism and anger inhibition on ambulatory blood pressure in African Americans. *Psychosomatic Medicine*, 65 (5). S. 746-750. doi: 10.1097/01.psy.0000079380.95903.78.

Stein, J., Liegert, P., Dorow, M., Konig, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2019): Unmet health care needs in old age and their association with depression – Results of a population-representative survey. *Journal of Affective Disorders*, 245. S. 998-1006. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.096.

Stein, J., Löbner, M., Pabst, A., König, H. H. & Riedel-Heller, S. G. (2020): Unmet care needs in the oldest old with social loss experiences: Results of a representative survey. *BMC Geriatrics*, 20 (1). S. 416. doi: 10.1186/s12877-020-01822-2.

Stern, A., Akbulut, N., Schönfeld, S., Tezcan-Güntekin, H., Özer-Erdogdu, I., Aslan, M., Dortmann, O. & Razum, O. (2023a): Diskontinuitäten der medikamentösen und medizinischen Versorgung älterer türkeistämmiger Versicherter. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 99 (6). S. 305-309. doi: 10.1007/s44266-023-00095-3.

Stern, A., Akbulut, N., Schönfeld, S., Tezcan-Güntekin, H., Özer-Erdogdu, I., Aslan, M. & Razum, O. (2023b): Die Gesundheitsversorgung älterer türkeistämmiger Pendelmigrant*innen: qualitative Interviewstudie. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 99 (6). S. 310-315. doi: 10.1007/s44266-023-00096-2.

Stiefler, S., Seibert, K., Domhoff, D., Wolf-Ostermann, K. & Peschke, D. (2022): Prädiktoren fur den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit – Eine Sekundärdatenanalyse im Langsschnittdesign. *Das Gesundheitswesen*, 84 (2). S. 139-153. doi: 10.1055/a-1276-0525.

Stiehr, K. & Garrison, P. (2020): Alter und Bildung. In: K. Aner & U. Karl (Hrsg.): *Handbuch Soziale Arbeit und Alter.* S. 397-404. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26624-0_33.

Stiel, J. (2021): Alter(n)sgerchte Quartiersentwicklung unter Beachtung der Heterogenität des Alters. Verknüpfung von Erkenntnissen der Ökogerontologie, Sozialgerontologie und Konzepten für die kommunale Praxis, Dissertation, Dortmund: Fakultät Sozialwissenschaften und Fakultät Erziehungswissenschaten, Psychologie und Bildungsforschung, Technische Universität Dortmund.

Stinchcombe, A., Smallbone, J., Wilson, K. & Kortes-Miller, K. (2017): Healthcare and end-of-life needs of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) older adults: A scoping review. *Geriatrics (Basel)*, 2 (1). doi: 10.3390/geriatrics2010013.

StMAS Bayern (2010): *Kommunale Seniorenpolitik*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/senioren/3.6.2.2_broschure_leitfaden_fur_die_kommunale_seniorenpolitik_in_bayern.pdf [Zugriff am 19.06.2024]).

Stracke, E. (2023): Die kalendarische Altersgrenze im Rentensystem: Willkür oder Gleichheit? Bielefeld: wbv Media GmbH & Co. KG.

Stratmann, J. (2021): *Vergleichende Untersuchung zur kommunalen Altenarbeit*. Studie im Auftrag der BAGSO – Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. Bonn: Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen e.V.

Striessnig, E., Mair, N. V. & Riepl, T. J. S. (2022): *Green Family. Generatrionsgerechtigkeit im Klimawandel (Vol. 14)*. Berlin: Max Planck Society und Population Europe.

Strumann, C., Emcke, T., Flagel, K. & Steinhauser, J. (2020): Regionale Unterschiede zwischen Fachärztinnen und Fachärzten fur Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 150-152. S. 88-95. doi: 10.1016/j.zefq.2020.01.005.

Strumpen, S. (2012): Altern in fortwährender Migration bei älteren Türkeistämmigen. In: H. Baykara-Krumme, P. Schimany & A. Motel-Klingebiel (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns: Ältere Migranten im alternden Deutschland.* S. 411-433. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-19011-2_16.

Strumpen, S. (2018): Ältere Pendelmigranten aus der Türkei. Alters- und Versorgungserwartungen im Kontext von Migration, Kultur und Religion. Bielefeld: transcript Verlag.

Strünck, C. (2013): Kommunale Kernaufgabe ohne Kompetenzen? Wie demografischer Wandel vor Ort gestaltet wird. In: G. Bäcker & R. G. Heinze (Hrsg.): *Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung.* S. 133-144. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-01572-5_9.

Strünck, C. (2023): Wo wollen wir alt werden? Wie wir unsere Städte und Gemeinden altersgerecht gestalten können Stuttgart: Kohlhammer.

Stypinska, J. (2023): AI ageism: A critical roadmap for studying age discrimination and exclusion in digitalized societies. *AI & Society*, 38 (2). S. 665-677. doi: 10.1007/s00146-022-01553-5.

Stypinska, J. & Turek, K. (2017): Hard and soft age discrimination: The dual nature of workplace discrimination. *European Journal of Ageing*, 14 (1). S. 49-61. doi: 10.1007/s10433-016-0407-y.

Suda, K., Mayer, S. J. & Nguyen, C. (2020): Antiasiatischer Rassismus in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 70 (42-44). S. 39-44.

Tan, K. K. H., Treharne, G. J., Ellis, S. J., Schmidt, J. M. & Veale, J. F. (2020): Gender minority stress: A critical review. *Journal of Homosexuality*, 67 (10). S. 1471-1489. doi: 10.1080/00918369.2019.1591789.

Taylor, A. H., Cable, N. T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici, M. & Van Der Bij, A. K. (2004): Physical activity and older adults: A review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 22 (8). S. 703-725. doi: 10.1080/02640410410001712421.

Temming, F. (2022): Alter als Diskriminierungskategorie. In: A. K. Mangold & M. Payandeh (Hrsg.): *Handbuch Antidiskriminierungsrecht. Strukturen, Rechtsfiguren und Konzepte.* S. 435-473. Tübingen: Mohr Siebeck.

Tesch-Römer, C. (2010): *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Tesch-Römer, C. (2025): Soziale Ungleichheit im Alter. Zusammenfassung und Interpretation der Befunde aus dem Tabellenband „Lebenssituationen im Alter – Empirische Befunde“. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Tesch-Römer, C., Wahl, H.-W., Rattan, S. I. S. & Ayalon, L. (2022): *Successful ageing: Ambition and ambivalence*. Oxford: Oxford University Press.

Teti, A. (2015a): Wohnen im Alter: Versorgungsformen in der Pflege. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß & A. Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2015. „Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit“.* S. 15-26. Stuttgart: Schattauer.

Teti, A. (2015b): Wohnmobilität im Alter als primärpräventive Strategie zum Erhalt von Autonomie und Lebensqualität. In: A. Kuhlmey, S. Blüher & D. Dräger (Hrsg.): *Interdisziplinäre Perspektiven auf Multimorbidität und Alter.* S. 77-90. Bern: Huber Verlag.

Teti, A. & Giesel, F. (2024): Mobilität im Alter. In: K. R. Schroeter, C. Vogel & H. Künemund (Hrsg.): *Handbuch Soziologie des Alter(n)s.* Wiesbaden: Springer VS.

Teti, A., Grittner, U., Kuhlmey, A. & Bluher, S. (2014): Wohnmobilitat im Alter. Altersgerechtes Wohnen als primarpraventive Strategie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47 (4). S. 320-328. doi: 10.1007/s00391-013-0538-0.

Teti, A. & Hoepflinger, F. (2020): Wohnen im höheren Lebensalter: Konzepte und aktuelle Entwicklungen. In: F. Eckardt & S. Meier (Hrsg.): *Handbuch Wohnsoziologie.* S. 1-26. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-24862-8_23-1.

Tezcan-Güntekin, H. (2018a): Demenzerkrankungen bei Menschen mit Migrationshintergrund und ethische Konflikte im medizinischen und pflegerischen Alltag. *Ethik in der Medizin*, 30 (3). S. 221-235. doi: 10.1007/s00481-018-0491-y.

Tezcan-Güntekin, H. (2018b): *Stärkung der Selbstmanagement-Kompetenzen pflegender Angehöriger türkeistämmiger Menschen mit Demenz*, Dissertation, Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Tezcan-Güntekin, H. (2020): Diversität und Pflege. Zur Notwendigkeit einer intersektionalen Perspektive in der Pflege. In: A.-S. Friedel, J. Piepenbrink, F. Schetter & A. Seibring (Hrsg.): *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik.* Schriftenreihe Band 10497. S. 250-265. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Tezcan-Güntekin, H. (2021): Kulturelle Diversität in der Pflege – Bedeutung einer diversitätssensiblen Pflege für die Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen. In: M. Bonacker & G. Geiger (Hrsg.): *Migration in der Pflege: Wie Diversität und Individualisierung die Pflege verändern.* S. 51-78. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-61936-0_3.

Tezcan-Güntekin, H. & Kurt, M. (2017): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im kulturellen Kontext. In: A. Meißner (Hrsg.): *Begutachtung und Pflegebedürftigkeit.* S. 215-232. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Tezcan-Güntekin, H. & Razum, O. (2017): Pflege von Menschen mit Migrationshintergrund. In: K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Greß, J. Klauber & A. Schweinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen.* S. 73-81. Berlin: Schattauer.

Tezcan-Güntekin, H., Yilmaz-Aslan, Y. & Özer Erdogdu, I. (2020): Abschlussbericht für das Projekt Selbsthilfe Aktiv – (Inter-)Aktive Selbsthilfe für türkeistämmige pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Forschungsfoerderung/2016_Abschlussbericht_Selbsthilfe_Aktiv_Tezcan_Yilmaz_OEzer.pdf [Zugriff am 07.06.2024]).

Thum, M., Delkic, E., Kemnitz, A., Kluge, J., Marquardt, G., Motzek, T., Nagl, W. & Zwerschke, P. (2015): *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Todorova, I. L., Tucker, K. L., Jimenez, M. P., Lincoln, A. K., Arevalo, S. & Falcón, L. M. (2013): Determinants of self-rated health and the role of acculturation: Implications for health inequalities. *Ethnicity & Health*, 18 (6). S. 563-585. doi: 10.1080/13557858.2013.771147.

Tomasik, M. J., Knecht, M. & Freund, A. M. (2017): Some evidence for the usefulness of an optimal foraging theory perspective on goal conflict and goal facilitation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 113 (6). S. 962-980. doi: 10.1037/pspp0000165.

Tophoven, S. (2021): Ältere erwerbstätige Frauen und gesundheitliche Ungleichheit. In: G. Richter (Hrsg.): *Arbeit und Altern. Eine Bilanz nach 20 Jahren Forschung und Praxis.* S. 129-140. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783748909378-129.

Troiden, R. R. (1989): The formation of homosexual identities. *Journal of Homosexuality*, 17 (1-2). S. 43-73. doi: 10.1300/J082v17n01_02.

Tully-Wilson, C., Bojack, R., Millear, P. M., Stallman, H. M., Allen, A. & Mason, J. (2021): Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 36 (7). S. 773-789. doi: 10.1037/pag0000638.

Tuomola, E. M., Keskinen, K. E., Rantanen, T. & Portegijs, E. (2024): Associations between walking limitations and reported activity destinations among older adults. *European Journal of Ageing*, 21 (1). S. 16. doi: 10.1007/s10433-024-00813-1.

Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (2022): Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Hrsg.). *Empfehlungen zur Familienpflegezeit und zum Familienpflegegeld. Teilbericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf (Zweite Berichtsperiode)*. vom 01.07.2022. Berlin: Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben. Geschäftsstelle des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf.

Uphoff, H., Larem, A., Becker, L., Piro, A.-K. & an der Heiden, M. (2020): Mortalität bei Hitzeextremen in Deutschland. *Public Health Forum*, 28 (1). S. 21-25. doi: 10.1515/pubhef-2019-0097.

Uslucan, H.-H. (2017): Diskriminierungserfahrungen türkeistämmiger Zuwanderer_innen. In: K. Fereidooni & M. El (Hrsg.): *Rassismuskritik und Widerstandsformen.* S. 129-141. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-14721-1_8.

Valfort, M.-A. (2017): LGBTI in OECD countries: A review. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 198. doi: 10.1787/d5d49711-en.

van de Grift, T. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C. & Kreukels, B. P. C. (2018): Body image and self-esteem in disorders of sex development: A European multicenter study. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37 (4). S. 334-343. doi: 10.1037/hea0000600.

van den Bussche, H. (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62 (9). S. 1129-1137. doi: 10.1007/s00103-019-02997-9.

van Deth, J. W. (2009): Politische Partizipation. In: V. Kaina & A. Römmele (Hrsg.): *Politische Soziologie: Ein Studienbuch.* S. 141-161. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-91422-0_6.

van Dyk, S. (2007): Kompetent, aktiv, produktiv? Die Entdeckung der Alten in der Aktivgesellschaft. *PROKLA. Zeitschrift für kritische Sozialwissenschaft*, 37 (146). S. 93-112. doi: 10.32387/prokla.v37i146.528.

van Hoof, J., Kazak, J. K., Perek-Bialas, J. M. & Peek, S. T. M. (2018): The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (11). S. 2473. doi: 10.3390/ijerph15112473.

van Kampen, S. C., Lee, W., Fornasiero, M. & Husk, K. (2017): The proportion of the population of England that self-identifies as lesbian, gay or bisexual: Producing modelled estimates based on national social surveys. *BMC Research Notes*, 10 (1). S. 594. doi: 10.1186/s13104-017-2921-1.

van Rüth, V., Hajek, A., Heinrich, F., Ondruschka, B., Püschel, K. & Bertram, F. (2023): Gesundheit wohnungsloser Menschen wahrend der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66 (8). S. 882-889. doi: 10.1007/s00103-023-03739-8.

Vang, Z. M. & Chang, Y. (2019): Immigrants' experiences of everyday discrimination in Canada: Unpacking the contributions of assimilation, race, and early socialization. *International Migration Review*, 53 (2). S. 602-631. doi: 10.1177/0197918318764871.

Varkey, P., Chutka, D. S. & Lesnick, T. G. (2006): The aging game: Improving medical students' attitudes toward caring for the elderly. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7 (4). S. 224-229. doi: 10.1016/j.jamda.2005.07.009.

Vaupel, J. W., Villavicencio, F. & Bergeron-Boucher, M. P. (2021): Demographic perspectives on the rise of longevity. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118 (9). doi: 10.1073/pnas.2019536118.

vdek (2023): *vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens in Deutschland*. Berlin: Verband der Ersatzkassen e. V. (https://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2023/vdek-basisdaten-gesundheitswesen-2023/_jcr_content/par/download_1681262984/file.res/VDEK_Basisdaten2023-web.pdf [Zugriff am 17.05.2024]).

Veith, L. (2014): Vom Opfersein zum Menschsein in Würde: Intersexuelle Menschen auf dem Weg zurück in das gesellschaftliche Bewusstsein – 10 Jahre Intersexuelle Menschen e.V. . In: K. Schweizer, F. Brunner, S. Cerwenka, T. O. Nieder & P. Briken (Hrsg.): *Sexualität und Geschlecht: Psychosoziale, kultur- und sexualwissenschaftliche Perspektiven. Eine Festschrift für Hertha Richter-Appelt.* Beiträge zur Sexualforschung. S. 145-154. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Velasco, R. A. F., Slusser, K. & Coats, H. (2022): Stigma and healthcare access among transgender and gender-diverse people: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 78 (10). S. 3083-3100. doi: 10.1111/jan.15323.

Vesnaver, E. & Keller, H. H. (2011): Social influences and eating behavior in later life: A review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30 (1). S. 2-23. doi: 10.1080/01639366.2011.545038.

Vickerstaff, S. & Van der Horst, M. (2021): The impact of age stereotypes and age norms on employees' retirement choices: A neglected aspect of research on extended working lives. *Frontiers in Sociology*, 6. S. 686645. doi: 10.3389/fsoc.2021.686645.

Vidovićová, L. & Tournier, I. (2020): Community and spatial aspects of exclusion in later life. In: K. Walsh & T. Scharf (Hrsg.): *ROSEnet Briefing Paper Series: No. 2. CA 15122 Reducing Old-Age Exclusion: Collaborations in Research and Policy.*

Viitasalo, N. & Natti, J. (2015): Perceived age discrimination at work and subsequent long-term sickness absence among finnish employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57 (7). S. 801-805. doi: 10.1097/JOM.0000000000000468.

Vogel, C., Lozano Alcántara, A. & Romeu Gordo, L. (2022): Steigende Wohnkosten im Alter – (k)ein Problem? In: A. Teti, E. Nowossadeck, J. Fuchs & H. Künemund (Hrsg.): *Wohnen und Gesundheit im Alter.* S. 247-262. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-34386-6_16.

Vogel, C. & Motel-Klingebiel, A. (2013): *Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut?* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-531-18714-3.

Vogel, C. & Romeu Gordo, L. (2019): Ehrenamtliches Engagement von Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: C. Vogel, M. Wettstein & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte: Älterwerden im sozialen Wandel.* S. 113-132. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-25079-9_7.

Volkert, M. & Risch, R. (2017): *Altenpflege für Muslime: Informationsverhalten und Akzeptanz von Pflegearrangements; im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz*. Working Paper. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl (FZ).

von Alemann, A. (2022): Soziale Ungleichheit und Intersektionalität. In: A. Biele Mefebue, A. D. Bührmann & S. Grenz (Hrsg.): *Handbuch Intersektionalitätsforschung.* S. 21-34. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-26292-1_6.

von Blanckenburg, C. (2020): Politische Teilhabe älterer Menschen. In: C. Woopen, A. Janhsen, M. Mertz & A. Genske (Hrsg.): *Alternde Gesellschaft im Wandel. Zur Gestaltung einer Gesellschaft des langen Lebens.* Berlin, Heidelberg: Springer.

Vonneilich, N. (2020): Soziale Beziehungen, soziales Kapital und soziale Netzwerke – eine begriffliche Einordnung. In: A. Klärner, M. Gamper, S. Keim-Klärner, I. Moor, H. Von der Lippe & N. Vonneilich (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten: Eine neue Perspektive für die Forschung.* S. 33-48. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-21659-7_2.

Vonneilich, N., Becher, H., Bohn, B., Brandes, B., Castell, S., Deckert, A., Dragano, N., Franzke, C.-W., Führer, A. & Gastell, S. (2023): Associations of migration, socioeconomic position and social relations with depressive symptoms – Analyses of the German National Cohort baseline data. *International Journal of Public Health*, 68. S. 1606097. doi: 10.3389/ijph.2023.1606097.

Voß, H.-J. (2012): Intersexualität – Intersex: Eine Intervention. Münster: Unrast Verlag.

Voss, P., Bodner, E. & Rothermund, K. (2018): Ageism: The relationship between age stereotypes and age discrimination. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 11-31. Berlin: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_2.

Voss, P., Wolff, J. K. & Rothermund, K. (2017): Relations between views on ageing and perceived age discrimination: A domain-specific perspective. *European Journal of Ageing*, 14 (1). S. 5-15. doi: 10.1007/s10433-016-0381-4.

Wagner, M. & Brandt, M. (2018): Long-term care provision and the well-being of spousal caregivers: An analysis of 138 European regions. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 73 (4). S. e24-e34. doi: 10.1093/geronb/gbx133.

Wagner, M. & Geithner, L. (2023): Die Lebenslaufperspektive – Theorie und Anwendung am Beispiel kultureller Aktivitäten im Alter. In: K. Hank, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Alternsforschung. Handbuch für Wissenschaft und Studium.* NomosHandbuch. S. 113-138. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. doi: 10.5771/9783748938095-113.

Wagner, M. & Wolf, C. (2001): Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4 (4). S. 529-554. doi: 10.1007/s11618-001-0056-5.

Wahl, H.-W., Drewelies, J., Duezel, S., Lachman, M., Smith, J., Ram, N., Lindenberger, U. & Gerstorf, D. (2021): No historical change in views on aging and their correlates: Emerging evidence from Germany and the United States. *Innovation in Aging*, 5 (Supplement_1). S. 286-286. doi: 10.1093/geroni/igab046.1111.

Walgenbach, K. (2014): Hetergogenität - Intersektionalität - Diversity in der Erziehungswissenschaft. Opladen: Verlag Barbara Budrich.

Wallace, S. P., Cochran, S. D., Durazo, E. M. & Ford, C. L. (2011): The health of aging lesbian, gay and bisexual adults in California. *Policy Brief (UCLA Center for Health Policy Research)* (Pb2011-2). S. 1-8.

Walsh, K., Vidovićová, L., Dahlberg, L., Conboy, P., Tiilikainen, E., Sepannen, M., Ogg, J., Myck, M., Aartsen, M. & Burholt, V. (2020): Multidimensional Social Exclusion in Later life: Briefing Paper and a Roadmap for Future Collaborations in Research and Policy. *ROSEnet Briefing Paper*, 6. S. 1-19.

Wangler, J. & Jansky, M. (2021): Wie wirken mediale Altersbilder auf ältere Menschen? – Ergebnisse einer Rezeptionsstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 54 (7). S. 676-684. doi: 10.1007/s00391-020-01745-y.

Warnach, M. (2018): Mobile Geriatrische Rehabilitation – ein alltagsorientiertes Behandlungskonzept. *GGP - Fachzeitschrift für Geriatrische und Gerontologische Pflege*, 02 (01). S. 25-28. doi: 10.1055/s-0043-123843.

Webster, M., Norwood, K., Waterworth, J. & Leavey, G. (2023): Effectiveness of intergenerational exchange programs between adolescents and older adults: A systematic review. *Journal of Intergenerational Relationships*. S. 1-42. doi: 10.1080/15350770.2023.2267532.

Weiß, A. (2017): *Soziologie Globaler Ungleichheiten*. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Weiss, D. & Lang, F. R. (2012): „They" are old but „I" feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*, 27 (1). S. 153-163. doi: 10.1037/a0024887.

Weisser, G. (1956): Wirtschaft. In: W. Ziegenfuss (Hrsg.): *Handbuch der Soziologie.* Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Wengler, A., Rommel, A., Plaß, D., Gruhl, H., Leddin, J., Ziese, T. & von der Lippe, E. (2021): Years of life lost to death – A comprehensive analysis of mortality in Germany conducted as part of the BURDEN 2020 project. *Deutsches Arzteblatt international*, 118 (9). S. 137-144. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0148.

Wenner, J. & Albrecht, A. (2025): *Diskriminierung und Teilhabe im Hinblick auf Migrationserfahrungen von hochaltrigen Menschen: Ergebnisse der D80+-Studie*. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. S. Migala, C. Hagen & F. Berner (Hrsg.). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.

Wenner, J., Albrecht, A., Schäfer, N. & Wagner, M. (2023): Soziale Eingebundenheit. In: R. Kaspar, J. Simonson, C. Tesch-Römer, M. Wagner & S. Zank (Hrsg.): *Hohes Alter in Deutschland.* S. 119-144. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-66630-2_6.

Wentura, D. & Brandtstädter, J. (2003): Age stereotypes in younger and older women: Analyses of accommodative shifts with a sentence-priming task. *Experimental Psychology*, 50 (1). S. 16-26.

Westphal, C. & Doblhammer, G. (2022): Chancen für gesundes Altern: eine Lebenslaufperspektive auf Demenzen und Sterblichkeit. In: A. Teti, E. Nowossadeck, J. Fuchs & H. Künemund (Hrsg.): *Wohnen und Gesundheit im Alter.* S. 11-29. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-34386-6_2.

Westwood, S. (2016): ‚We see it as being heterosexualised, being put into a care home': Gender, sexuality and housing/care preferences among older LGB individuals in the UK. *Health & Social Care in the Community*, 24 (6). S. e155-e163. doi: 10.1111/hsc.12265.

Wethington, E. (2005): An overview of the life course perspective: Implications for health and nutrition. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37 (3). S. 115-120. doi: 10.1016/s1499-4046(06)60265-0.

Wettstein, M., Park, R., Kornadt, A. E., Wurm, S., Ram, N. & Gerstorf, D. (2024): Postponing old age: Evidence for historical change toward a later perceived onset of old age. *Psychology and Aging*. doi: 10.1037/pag0000812.

Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015): *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*: Robert Koch-Institut. doi: 10.17886/rki-gbe-2016-018.

Weyers, S., Dragano, N., Möbus, S., Beck, E. M., Stang, A., Möhlenkamp, S., Jöckel, K. H., Erbel, R. & Siegrist, J. (2008): Low socio-economic position is associated with poor social networks and social support: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *International Journal for Equity in Health*, 7. S. 13. doi: 10.1186/1475-9276-7-13.

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A. & White, M. (2016): How could differences in ‚control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health & Place*, 39. S. 51-61. doi: 10.1016/j.healthplace.2016.02.002.

Whitelock, E. & Ensaff, H. (2018): On your own: Older adults' food choice and dietary habits. *Nutrients*, 10 (4). S. 413. doi: 10.3390/nu10040413.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2007): *Global age-friendly cities: A guide*. Genf: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2015): *World report on ageing and health*. Genf: WHO.

WHO, World Health Organization Regional Office for Europe (Hrsg.) (2016): *Urban green spaces and health*. Kopenhagen: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2017): *Mental health of older adults*. (https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults [Zugriff am 02.08.2023]). Genf: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2020): *Decade of healthy ageing: Baseline report*. (https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900 [Zugriff am 17.05.2024]). Genf: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2021a): *Global report on ageism*. Genf: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2021b): Policies, regulations & legislation promoting healthy housing: A review. Genf: WHO.

WHO, World Health Organization European Centre for Environment and Health (Hrsg.) (2021c): WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. Bonn: WHO.

WHO, World Health Organization (Hrsg.) (2023a): Connecting generations: Planning and implementing interventions for intergenerational contact. Genf: WHO.

WHO, World Health Organization Regional Office for Europe (Hrsg.) (2023b): Zero regrets: Scaling up action on climate change mitigation and adaptation for health in the WHO European region, second edition. Key messages from the working group on health in climate change. Kopenhagen: WHO.

Wilde, M. (2014): *Mobilität und Alltag*. Wiesbaden: Springer VS. doi: 10.1007/978-3-658-03819-9.

Wilke, F. & Sielaff, M. (2023): *Die Nichtinanspruchnahme von Grundsicherungsleistungen. Welche Rolle spielt die soziale Einbettung?* Abschlussbericht zum FIS-Forschungsprojekt. Jena: Ernst-Abbe-Hochschule Jena.

Will, A.-K. (2018): Migrationshintergrund im Mikrozensus. Wie werden Zuwanderer und ihre Nachkommen in der Statistik erfasst? Berlin: Mediendienst Integration.

Willis, K., Collyer, F., Lewis, S., Gabe, J., Flaherty, I. & Calnan, M. (2016): Knowledge matters: Producing and using knowledge to navigate healthcare systems. *Health Sociology Review*, 25 (2). S. 202-216. doi: 10.1080/14461242.2016.1170624.

Wilson, B., Bouton, L., Badgett, M. V. L. & Macklin, M. (2023): *LGBT poverty in the United States: Trends at the onset of COVID-19*. Los Angeles, CA: The Williams Institute.

Windhoff-Héritier, A. (1987): *Policy-Analyse. Eine Einführung*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Wingerter, C. (2021): Arbeitsmarkt. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) & Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (Hrsg.): *Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland.* S. 149-164. Bonn: bpb Bundeszentrale für politische Bildung.

Wirsching, D., Baer, N.-R., Anton, V. & Schenk, L. (2022): Dietary concepts in the dyad: Results from a qualitative study of middle-aged and older couples. *Appetite*, 175. S. 106020. doi: 10.1016/j.appet.2022.106020.

Wirth, M., de Paula Couto, M., Pavlova, M. K. & Rothermund, K. (2023): Manipulating prescriptive views of active aging and altruistic disengagement. *Psychology and Aging*. doi: 10.1037/pag0000763

Wischmeyer, N. (2024): Oma soll umziehen. *Süddeutsche Zeitung*. Online: (https://www.sueddeutsche.de/projekte/artikel/wirtschaft/immobilien-wohnungstausch-senioren-rentner-grossstaedte-familien-e761900/?reduced=true [Zugriff am 19.03.2024])

Witten, T. M. (2014): End of life, chronic illness, and trans-identities. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 10 (1). S. 34-58. doi: 10.1080/15524256.2013.877864.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1 (1). doi: 10.17169/fqs-1.1.1132.

Wohlers, K. & Hombrecher, M. (2017): *Iss was, Deutschland – TK-Studie zur Ernährung 2017*. Hamburg: Techniker Krankenkasse, Bereich: Markt und Kunde, Fachbereich Gesundheitsmanagement.

Wolff, J. K. & Tesch-Römer, C. (2017): Glücklich bis ins hohe Alter? Lebenszufriedenheit und depressive Symptome in der zweiten Lebenshälfte. In: K. Mahne, J. K. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS).* S. 171-183. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-12502-8_11.

Wolter, B. (2017): Gesundheitsförderliche Quartiere für alte Menschen – Herausforderungen und Barrieren. In: C. Fabian, M. Drilling, O. Niermann & O. Schnur (Hrsg.): *Quartier und Gesundheit: Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis.* S. 61-78. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. doi: 10.1007/978-3-658-15372-4_3.

Won, J., Lee, C., Forjuoh, S. N. & Ory, M. G. (2016): Neighborhood safety factors associated with older adults' health-related outcomes: A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 165. S. 177-186. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.07.024.

Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J. & Wahl, H.-W. (2017): How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review*, 46. S. 27-43. doi: 10.1016/j.dr.2017.08.002.

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S. & Bengel, J. (2018): Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. In: L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Hrsg.): *Contemporary Perspectives on Ageism.* S. 193-212. Cham: Springer International Publishing. doi: 10.1007/978-3-319-73820-8_13.

Yahirun, J. J. (2014): Take me „home“: Return migration among Germany's older immigrants. *International Migration Review*, 52 (4). S. 231-254. doi: 10.1111/imig.12009.

Yilmaz-Aslan, Y., Aksakal, T., Yilmaz, H., Annac, K., Bulic, A., Razum, O. & Tezcan-Güntekin, H. (2022): Selbstmanagement türkeistämmiger Menschen bei der Pflege von Angehörigen mit Demenz. Eine individualisierte Intervention. In: K. Hämel & G. Röhnsch (Hrsg.): *Förderung von Gesundheit und Partizipation bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf.* Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Yilmaz-Aslan, Y., Annac, K., Aksakal, T., Yilmaz, H., Merz, S., Wahidie, D., Razum, O., Brzoska, P. & Tezcan-Güntekin, H. (2024): What self-management skills do Turkish caregivers have in caring for people with dementia? Results of a qualitative survey. *Healthcare*, 12 (12). doi: 10.3390/healthcare12121187.

Yilmaz-Aslan, Y., Brzoska, P., Berens, E.-M., Salman, R. & Razum, O. (2012): Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit türkischem Migrationshintergrund. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46. S. 346-352. doi: 10.1007/s00391-012-0406-3.

Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. & Wilber, K. H. (2017): Elder abuse prevalence in community settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global health*, 5 (2). S. e147-e156. doi: 10.1016/s2214-109x(17)30006-2.

Zandt, F. (2024): *Wer sich in Deutschland als LGBTQA+ identifiziert*. Hamburg: Statista GmbH (https://de.statista.com/infografik/27440/anteil-der-befragten-die-ihre-sexuelle-orientierung-wie-folgt-angeben-nach-geburtsjahr/ [Zugriff am 06.09.2023]).

Zeeman, L. & Aranda, K. (2020): A systematic review of the health and healthcare inequalities for people with intersex variance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18). doi: 10.3390/ijerph17186533.

Zeyen, T.-L. (2020): Queer und Alter(n). In: T.-L. Zeyen, R. Lottmann, R. Brunnett & M. Kiegelmann (Hrsg.): *LSBTIQ* und Alter(n). Ein Lehrbuch für Pflege und Soziale Arbeit.* S. 127-136. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. doi: 10.13109/9783666702723.127.

Zhang, X. M., Cao, S., Gao, M., Xiao, S., Xie, X. & Wu, X. (2023): The prevalence of social frailty among older adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24 (1). S. 29-37 e29. doi: 10.1016/j.jamda.2022.10.007.

Ziegler, H. (2012): Wirkungsforschung – über Allianzen von Evaluation und Managerialismus und die Möglichkeit erklärender Kritik. In: E. Schimpf & J. Stehr (Hrsg.): *Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit: Gegenstandsbereiche – Kontextbedingungen – Positionierungen – Perspektiven.* S. 93-105. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-94022-9_6.

Ziller, H. (1991): Altenhilfe als System. Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge: NDV, 71 (5). S. 160-161.

Ziller, H. (1992): Zur Weiterentwicklung des Rechts der Altenhilfe – Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz. *Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen*, 18. S. 33-34.

Zschucke, E., Hessel, A. & Lippke, S. (2016): Befristete Erwerbsminderungsrente aus Sicht der Betroffenen: subjektiver Gesundheitszustand, Rehabilitationserfahrungen und Pläne zur Rückkehr ins Erwerbsleben. *Die Rehabilitation*, 55 (04). S. 223-229. doi: 10.1055/s-0042-109574.

Zubala, A., MacGillivray, S., Frost, H., Kroll, T., Skelton, D. A., Gavine, A., Gray, N. M., Toma, M. & Morris, J. (2017): Promotion of physical activity interventions for community dwelling older adults: A systematic review of reviews. *PLoS One*, 12 (7). S. e0180902. doi: 10.1371/journal.pone.0180902.

Zwiener, R., Blank, F., Logeay, C., Turk, E. & Woss, J. (2020): Demografischer Wandel und Renten: Beschäftigungspotenziale erfolgreich nutzen. *Wirtschaftsdienst*, 100 (1). S. 35-41. doi: 10.1007/s10273-020-2558-x.

www.bmfsfj.de

facebook.com/bmfsfj

x.com/bmfsfj

linkedin.com/company/bmfsfj

youtube.com/@familienministerium

instagram.com/bmfsfj