
Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten

BZgA

 Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung

Phasen des Übergangs gehören zum Zyklus des Lebens. Zu den prägenden Übergängen im mittleren und hohen Alter gehören vor allem der Eintritt in den Ruhestand, eine Verwitwung oder der Beginn von Pflegebedürftigkeit. Diese Ereignisse können für die Betroffenen sehr belastend sein und erhebliche Gesundheitsrisiken mit sich bringen. Dies gilt insbesondere, wenn sie als kritische Lebensereignisse wahrgenommen werden und die Betroffenen überfordern. Die vorliegende Expertise beschreibt diese Übergänge und analysiert die damit verbundenen Risiken sowie mögliche Potenziale ausgehend vom Konzept der Salutogenese und der Mensch-Umwelt-Beziehung.

Für diese kritischen Lebensereignisse werden Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt, die ältere Menschen auf den jeweiligen Übergang vorbereiten oder sie dabei unterstützen können. Eine wichtige Funktion haben Präventionsnetze, die räumliche und strukturelle Schnittstellen schaffen, Angebote zugänglich machen und damit wichtige Unterstützungsmöglichkeiten bieten können.

Das vorliegende Fachheft bietet den Akteurinnen und Akteuren vor Ort Anknüpfungspunkte für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, um die Ressourcen der älteren Menschen zu stärken.

Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten

BZgA

 Bundeszentrale
für
gesundheitliche
Aufklärung


Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten

Annette Franke, Josefine Heusinger,
Nadine Konopik und Birgit Wolter

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung – Band 49
Kritische Lebensereignisse im Alter – Übergänge gestalten

Herausgeberin

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Maarweg 149–161, 50825 Köln,
Tel.: 0221/89 92-0, Fax: 0221/89 92-300

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen und Autoren

Annette Franke, Josefine Heusinger,
Nadine Konopik und Birgit Wolter

Redaktion: aHa-Texte (Köln)

Satz: designbüro köln

Druck: Warlich, Meckenheim

Auflage: 1.2.11.17

ISBN 978-3-946692-38-6

Band 49 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse
BZgA, Maarweg 149–161, 50825 Köln und über das Internet unter der Adresse www.bzga.de.
Diese Publikation wird von der BZgA kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf
durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Bestellnummer: 60640049

» Vorwort

Im Leben jedes Menschen gibt es Phasen des Übergangs, die eine Veränderung der Entwicklungs- oder Lebenssituation bedeuten. Zu den prägenden Übergängen im mittleren und hohen Alter gehören beispielsweise der Eintritt in den Ruhestand, der Auszug der Kinder, eine Verwitwung, eine chronische Erkrankung oder der Beginn von Pflegebedürftigkeit. Diese Ereignisse sind teilweise erwartbar, doch der Zeitpunkt und der tatsächliche Eintritt sind meist nicht vorhersehbar.

Die Übergänge können für die Betroffenen sehr belastend sein und erhebliche Gesundheitsrisiken bergen. Dies gilt insbesondere für Übergänge, die als kritische Lebensereignisse mit einschneidender Wirkung wahrgenommen werden und die Betroffenen überfordern. Hier können Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ansetzen und ältere Menschen bei der Bewältigung der Übergänge unterstützen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat daher das Institut für Gerontologische Forschung e. V. beauftragt, ausgewählte Übergänge im Alter in den Blick zu nehmen, damit verbundene Gesundheitsrisiken zu identifizieren und Ansätze für lebensweltbezogene Maßnahmen herauszuarbeiten. Vulnerable Personen mit bereits zuvor bestehenden Belastungen werden dabei besonders in den Blick genommen. Die vorliegende Expertise fokussiert den Übergang in Ruhestand, Pflegebedürftigkeit und Verwitwung und analysiert damit verbundene Risiken sowie mögliche Potenziale. Bezogen auf die unterschiedlichen Lebensereignisse werden Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt, die ältere Menschen auf den Eintritt eines Übergangs vorbereiten oder sie während des Übergangs unterstützen können. Die Analyse zeigt, dass die Stärkung der Betroffenen vor dem Eintritt des Ereignisses besonders wichtig ist, damit sie anschließend über die notwendigen Ressourcen für die Bewältigung des Übergangs verfügen.

Das vorliegende Fachheft lenkt den Blick auf kritische Lebensereignisse im Alter und bietet den Akteurinnen und Akteuren vor Ort Anknüpfungspunkte für präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen, um die Ressourcen der älteren Menschen zu stärken.

Dr. Heidrun M. Theiss

Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Inhalt

	»» Vorwort	3
01	»» Einleitung	6
02	»» Kritische Lebensereignisse im Alter	10
	02.1 Definition »Kritische Lebensereignisse«	10
	02.2 Das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky	12
	02.3 Das Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehung	14
	02.4 Bewältigung von kritischen Lebensereignissen	16
	02.5 Ressourcen und Risikofaktoren zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse	18

03	» Übergänge im Alter	28
03.1	Der Eintritt in den Ruhestand	28
03.2	Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit	50
03.3	Verwitwung	74
04	» Übergänge im Alter: Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung	96
04.1	Präventionsnetze für die Übergänge im Alter	97
04.2	Elemente eines Präventionsnetzes	99
04.3	Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung	101
05	» Zusammenfassung	108
06	» Anhang	114
06.1	Literatur	114
06.2	Abbildungsverzeichnis	131

01

» Einleitung

Das Leben bringt in seinem Verlauf zahlreiche, mehr oder weniger absehbare Phasen des Übergangs mit sich, die mit vielfältigen Veränderungen – beispielsweise des sozialen Status, der Lebenslage oder der Kontextbedingungen – einhergehen. Sie können im Zuge eines Wechsels von institutionellen oder gesellschaftlichen Systemen oder auch von räumlichen oder kulturellen Lebenszusammenhängen erfolgen. Übergänge im Kinder- und Jugendalter finden häufig im Bildungskontext statt (z. B. durch den Schulbeginn oder den Eintritt in die Erwerbstätigkeit) und sind im biografischen Verlauf erwartbar.

Übergänge im mittleren und hohen Alter sind hingegen nicht immer vorhersehbar oder ereignen sich, je nach Lebenssituation, überhaupt nicht. Auslösende Ereignisse sind beispielsweise der Auszug der Kinder, der Eintritt in den Ruhestand, eine Verwitwung oder der Beginn von Pflegebedürf-

tigkeit. Mit diesen Ereignissen und der Bewältigung der darauf folgenden Übergänge können Gesundheitsrisiken verbunden sein, die leicht unterschätzt werden.

Übergänge sind Veränderungen und Umbrüche, die sowohl mit Entwicklungschancen, als auch mit Risiken verbunden sind. Je nachdem in welcher Lebenssituation sie eintreten und welche Ressourcen und Rahmenbedingungen diese kennzeichnen, können Übergänge für die Betroffenen eine positive Entwicklung darstellen oder äußerst belastend sein und mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen.

Die vorliegende Expertise fokussiert ausgewählte Übergänge im Alter, analysiert Risikofaktoren für einen belastenden Verlauf und identifiziert Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung. Das Ziel der Expertise ist es nicht, das Alter(n) und die Übergänge an sich zu

pathologisieren. Vielmehr geht es darum herauszuarbeiten, unter welchen Bedingungen ein Übergang die Gesundheit gefährden kann. Das ist vor allem dann der Fall, wenn er als kritisches Lebensereignis erlebt wird, d. h. einen so tiefen Einschnitt darstellt, dass die Betroffenen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Möglichkeiten das Ereignis nicht bewältigen und ihr Wohlbefinden wiederherstellen können. Charakteristisch für ein kritisches Lebensereignis ist seine einschneidende, den Alltag erschütternde Wirkung.

Gesundheitsrisiken können durch ein kritisches Lebensereignis an sich, die damit verbundenen Belastungen oder einen gesundheitsschädigenden Bewältigungsprozess entstehen. Von wesentlichem Interesse ist im vorliegenden Zusammenhang, inwieweit insbesondere ältere Menschen durch Übergänge belastet werden können bzw. unter welchen Bedingungen typische Übergänge, die sich im Alter ereignen (können), ein besonderes Risiko für die Gesundheit darstellen. In der Expertise werden folgende Übergänge thematisiert: der Eintritt in den Ruhestand, der Beginn von Pflegebedürftigkeit und die Verwitwung.

Das Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1997) ermöglicht es, die Wirkung eines kritischen Lebensereignisses auf das Individuum und seine Gesundheit allgemein zu beschreiben. Das breite Gesundheitsverständnis in diesem Ansatz ist geeignet, die Risiken und Verläufe der unterschiedlichen Übergänge zu erfassen und in einen gesundheitsbezogenen Kontext zu stellen. Das Modell nimmt zum einen Bezug auf Ressourcen materieller und immaterieller Art wie Geld, Wissen oder soziale Beziehungen. Damit ist es möglich, einen Bezug zu bewährten Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention herzustellen (z. B. Health Literacy oder Teilhabeförderung). Darüber hinaus stellt das Modell das Kohärenzgefühl in den Mittelpunkt, dessen Erschütterung die Gesundheit beeinträchtigen

kann und das durch ein kritisches Lebensereignis gefährdet ist. Mit dem Kohärenzgefühl beschreibt Antonovsky (1997, S. 36) ein Gefühl des Vertrauens, das auf der Annahme beruht, Ereignisse im Lebensverlauf seien vorhersehbar und verstehbar, man sei in der Lage, künftigen Anforderungen zu begegnen und dafür lohnten sich Anstrengung und Engagement. Das Konzept ermöglicht es damit, die Voraussetzungen auf Seiten des Individuums im Kontext eines Übergangs zu beschreiben und bietet zugleich Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung.

Eine weitere theoretische Grundlage, auf die sich die Expertise bezieht, ist das Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehung (Lawton und Nahemow 1973; Wahl u. a. 2012), demzufolge sich das Individuum immer im Austausch mit der Umwelt befindet. Mit Hilfe dieses Ansatzes kann der Mensch in seiner Umweltgebundenheit verstanden und können räumliche, soziale und gesellschaftliche Einflüsse als Kontextbedingungen kritischer Lebensereignisse beschrieben werden. Einerseits beeinflussen diese Umweltfaktoren den Eintritt und den Verlauf eines Übergangs sowie das Auftreten von Risikofaktoren, die dazu führen können, dass er als kritisches Lebensereignis erlebt wird. Andererseits können Übergänge selbst die Umwelt des Individuums und darin bestehende Risikofaktoren oder Ressourcen verändern. Das Passungsgefüge zwischen Mensch und Umwelt kann durch einen Übergang in ein Ungleichgewicht geraten, sodass er als ein kritisches Lebensereignis wahrgenommen wird. Mit dem Ansatz der Mensch-Umwelt-Beziehung wird insbesondere die jeweilige Lebenswelt in das Zentrum gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen gestellt.

In diesem Rahmen beschreibt die Expertise allgemeine Risikofaktoren und Ressourcen für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Die hier ausgewählten Übergangsergebnisse – Eintritt in

den Ruhestand, Beginn von Pflegebedürftigkeit und Verwitwung – werden ausführlich vorgestellt und hinsichtlich ihrer potenziellen Wirkung als kritisches Lebensereignis, aber auch hinsichtlich möglicher Potenziale betrachtet. Bezogen auf jeden Übergang werden Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt, die zusammengeführt und als Elemente eines Präventionsnetzes für ältere Menschen diskutiert werden. Mit den Themen »Aufklärung und Information«, »Beratung, Begleitung und Therapie« sowie

»Soziale und gesellschaftliche Teilhabe« werden zentrale Handlungsfelder für ein Präventionsnetz vorgeschlagen.

Ziel der Expertise ist es, das vorhandene Wissen über die – wenn schon nicht plan- so doch mehr oder weniger erwartbaren – Übergänge und die damit verbundenen Risiken zu nutzen, um lebensweltbezogen geeignete Maßnahmen zu entwickeln, die Ressourcen der älteren Menschen zu stärken und sie bei kritischen Lebensereignissen gut zu unterstützen.

02

» Kritische Lebensereignisse im Alter

Im folgenden Kapitel wird zunächst das Phänomen des kritischen Lebensereignisses zusammenfassend beschrieben und auf die Lebensphase »Alter« und die in dieser Phase typischen Übergänge bezogen. Im Zusammenhang mit kritischen Lebensereignissen stellt sich die zentrale Frage, warum die gleichen Ereignisse bei unterschiedlichen Personen unterschiedliche Wirkungen hervorbringen bzw. welche Schutzmechanismen die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses erleichtern. Auf der Basis der theoretischen Konzepte zur Salutogenese und Mensch-Umwelt-Beziehung, die in diesem Kapitel eingeführt werden, werden die für die Bewältigung relevanten individuellen und kontextuellen Risikofaktoren und Ressourcen beim Erleben eines Übergangs beschrieben.

» 02.1 Definition »Kritische Lebensereignisse«

Mit Blick auf biografische Verläufe werden kritische Lebensereignisse häufig im Zusammenhang mit Statuspassagen diskutiert (Backes und Clemens 2008, S. 175). Aus soziologischer Perspektive beschreiben Statuspassagen im Lebenslauf den Übergang von einem (sozialen, biografischen) Status in einen anderen, beispielsweise bei dem Eintritt in den Ruhestand. Mit einer Statuspassage können über lange Zeit gelebte und erprobte soziale Rollen, z. B. als Arbeitnehmerin oder als Ehemann, ihre Funktion verlieren und die damit verbundenen

Verhaltensweisen, Erwartungen und Normen sich verändern. Eine Statuspassage stellt per se noch kein kritisches Lebensereignis dar, sie kann sogar Vorteile bieten. Sie kann aber zu einem kritischen Lebensereignis werden, wenn das Ereignis, dessen Ablauf oder dessen Folgen die Integrität des Individuums existenziell in Frage stellen.

Kritische Lebensereignisse sind Begebenheiten im Lebenslauf, die sich in ihrer Wirkung deutlich von anderen Ereignissen im Leben einer Person unterscheiden. Sie können Wendepunkte oder Schnittstellen darstellen, an denen sich das Dasein grundsätzlich verändert. Kritische Lebensereignisse erzeugen »einschneidende, das Leben oft gravierend verändernde und in aller Regel außerordentlich belastende Erfahrungen« (Filipp und Aymanns 2010, S. 16) und wirken nicht selten wie ein Schicksalsschlag. Sie erschüttern vertraute Alltagsroutinen, verursachen Brüche in der Biografie und können zutiefst verunsichern.

Der Eintritt eines kritischen Lebensereignisses erfolgt häufig überraschend. Sicher geglaubte Verhältnisse, Beziehungen, Ressourcen oder Kompetenzen gehen mehr oder weniger plötzlich verloren und bewährte Strategien der Lebensführung werden in Frage gestellt. Kritische Lebensereignisse können als massiver Kontrollverlust erlebt und von existenziellen Ängsten begleitet werden. Gefühle können übermächtig werden und die Fähigkeit zu rationalem Handeln beeinträchtigen.

Jeder Übergang und umso mehr jedes kritische Ereignis erfordern individuelle Anpassungsleistungen, die gerade für ältere Menschen eine große Herausforderung sein können. Zwar können sie bei der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen zumeist auf einen reichen Erfahrungsschatz von Bewältigungsstrategien zurückgreifen. Allerdings liegen die kritischen Lebensereignisse, die typischerweise im Alter erlebt werden, oft jenseits des alltäglichen Erfahrungshorizontes. Zur Bewältigung

des Übergangs in den Ruhestand, des Eintritts von Pflegebedürftigkeit oder der Verwitwung steht den meisten Betroffenen kein erprobtes Bewältigungshandeln zur Verfügung, auch wenn, wie im Fall des Ruhestands, der Übergang im Allgemeinen langfristig vorbereitet wird.

Darüber hinaus nehmen mit dem Alter oft wichtige individuelle bzw. soziale, kulturelle oder ökonomische Ressourcen ab, indem sich beispielsweise soziale Netzwerke verkleinern, sich das Haushaltseinkommen verringert oder chronische Gesundheitsbeeinträchtigungen auftreten, sodass sich eine Anpassung an Veränderungen schwieriger gestaltet. Dadurch kann ein Übergang zu einem kritischen Ereignis und dessen Bewältigung zu einer Überforderung werden. Das trifft vor allem sozial benachteiligte alte Menschen, die im Alter ohnehin häufig eine Kumulation von Effekten lebenslanger Benachteiligung mit altersbedingten Einschränkungen erleben. Problematisch wird der Umgang mit Übergängen zudem dann, wenn sie zu einem Verlust gerade jener (sozialen oder ökonomischen) Ressourcen führen, die für eine erfolgreiche Bewältigung wichtig wären.

Mit zunehmendem Alter erleichtert eine routiniertere Alltagsgestaltung vielen Menschen die Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und Autonomie in der Lebensführung, auch wenn sich die ersten körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen bemerkbar machen. Vertrautheit mit wiederkehrenden Situationen und eine relative Vorhersagbarkeit des Alltags ermöglichen vorausschauendes Handeln. Bewährte Verhaltensweisen können zuverlässig abgerufen werden. Kritische Lebensereignisse sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass sie dieses Gleichgewicht grundlegend stören und damit fundamentale Veränderungen in der Lebensführung sowie psychosoziale Anpassungs- und Bewältigungsleistungen erforderlich machen (Backes und Clemens 2008, S. 175).

Eine geringe Kontrollierbarkeit und Vorhersehbarkeit eines kritischen Lebensereignisses können das Individuum und sein Welt- bzw. Selbstbild sowie seine Umwelt nachhaltig erschüttern und zu Orientierungslosigkeit führen. Das Auftreten eines oder mehrerer Risikofaktoren bzw. -konstellationen (vgl. Abschnitt » 02.3, S. 14) können die Bewältigung erschweren und die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen zusätzlich negativ beeinflussen. Dabei wird das gleiche Lebensereignis nicht von jedem Menschen ähnlich belastend erlebt bzw. gelingt dessen Bewältigung von Person zu Person unterschiedlich.

Warum belastet ein kritisches Lebensereignis einen Menschen stärker als einen anderen? Warum reagieren Menschen unterschiedlich auf herausfordernde Lebenssituationen? Ein Ansatz, der sich mit diesen Fragen auseinandersetzt und damit zugleich Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung aufzeigt, ist das Salutogenese-Konzept von Antonovsky, das im folgenden Abschnitt vorgestellt wird. Dieses Konzept ermöglicht es mit seinem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit und seinem Blick auf die das jeweilige Individuum betreffenden Lebensumstände und Ressourcen besonders gut, die Wirkungen von äußeren Ereignissen auf Gesundheit und psychisches Wohlbefinden zu beschreiben.

» 02.2 Das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky

Antonovsky (1997) definiert Gesundheit und Krankheit nicht als absolute und einander ausschließende, statische Kategorien, sondern

als Elemente eines kontinuierlichen Prozesses, der sich zwischen mehr oder weniger Gesundheit bzw. mehr oder weniger Krankheit aufspannt. Er entwickelt hierbei den Gedanken des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (ebd.). Darunter versteht er ein Kontinuum, das sich zwischen den Polen »völlige Gesundheit« und »völlige Krankheit« bildet. Beide Pole sind für den Menschen nicht zu erreichen, aber jeder Mensch bewegt sich irgendwo innerhalb dieses Kontinuums: selbst ein sterbender Organismus birgt gesunde Anteile in sich, und auch ein anscheinend gesunder Mensch trägt stets kranke Zellen und Krankheitserreger in sich.

Das Modell der Salutogenese befasst sich mit der Frage, warum ein Individuum (wie) krank wird oder gesund ist bzw. warum die gleichen äußeren Stimuli bei gleichen äußeren Bedingungen unterschiedlich auf jeden Menschen wirken. Nach Antonovsky liegt eine Ursache dafür, warum Menschen unterschiedlich empfindlich oder empfänglich auf (negative) Einflussfaktoren reagieren bzw. Herausforderungen unterschiedlich gut bewältigen können, in der individuellen Ausprägung des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC), einem Kernelement des Salutogenese-Konzeptes. Dabei geht er davon aus, dass ein starkes Kohärenzgefühl die Gesundheit bzw. den Genesungsprozess eines Menschen positiv beeinflusst (Antonovsky 1997, S. 140 ff.).

Kohärenz bedeutet »Zusammenhang« oder »Stimmigkeit«. Das Konzept beschreibt eine Grundhaltung, die Welt als sinnvoll und zusammenhängend zu erleben (ebd.). Antonovsky beschreibt das Kohärenzgefühl als »[...] eine grundlegende Lebenseinstellung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß jemand ein alles durchdringendes, überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht hat, dass seine innere und äußere Erfahrungswelt vorhersagbar ist und eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sich die Angelegenheiten so gut entwickeln, wie man vernünfti-

gerweise erwarten kann« (Antonovsky 1979 nach BZgA 2001, S. 29, Übersetzung der Autorinnen).

Als zentrale Komponenten des Kohärenzgefühls definiert Antonovsky (1) die Verstehbarkeit, (2) die Handhabbarkeit und (3) die Bedeutsamkeit von internen oder externen Stimuli. Die Verstehbarkeit beschreibt das Ausmaß, in dem das Individuum einen Reiz als »kognitiv sinnhaft«, d. h. als »geordnete, konsistente, strukturierte und klare Information und nicht als Rauschen – chaotisch, ungeordnet, willkürlich, zufällig und unerklärlich« (Antonovsky 1997, S. 34–35) – wahrnimmt. Mit dem Begriff der Handhabbarkeit bezeichnet Antonovsky den Umfang, in dem geeignete Ressourcen für die Reaktion auf bzw. die Verarbeitung von Reizen zur Verfügung stehen. Der Aspekt der Bedeutsamkeit steht schließlich für den Grad, in dem ein Reiz bzw. die Reaktion auf einen Reiz für das Individuum sinnhaft ist, d. h. welche Relevanz es hat, auf einen Reiz zu reagieren (ebd.). Empirischen Studien zufolge, die das Kohärenzgefühl älterer Menschen und Pflegebedürftiger untersuchen, geht ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl mit höherer Lebensqualität und besserer Gesundheit einher (zusammenfassend: Wiesmann u. a. 2004; Thygesen u. a. 2009).

Nach Antonovsky entwickeln sich das Kohärenzgefühl, seine Ausprägung und sein Ausmaß vor allem im Kindes- und Jugendalter und ist im Erwachsenenalter weitgehend ausgebildet. Grundlegende Veränderungen sind dann nur noch begrenzt möglich. Dennoch beschreibt er das Kohärenzgefühl als durch Lebenserfahrungen beeinflussbar bzw. diese selbst beeinflussend. Lebenserfahrungen fördern demzufolge dann das Kohärenzgefühl positiv, wenn diese konsistent sind, weder über- noch unterfordern und eine wirksame Einflussnahme erlauben. Gestärkt wird das Kohärenzgefühl durch das Vorhandensein von generalisierten, eng mit den Lebensverhältnissen zusammenhängenden Widerstandsressourcen. Darunter versteht

Antonovsky unter anderem Gesundheit, Wissen um Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung, aber auch finanzielle oder kulturelle Ressourcen (BZgA 2001, S. 36).

Im Zusammenhang mit Gesundheit wirken Ressourcen auf vielfältige Weise: Geld und Vermögen erlauben eine breite Auswahl an gesunden Wohn- und Lebensverhältnissen sowie den Kauf von Hilfsmitteln und professioneller Unterstützung. Eine gute Bildung erleichtert den Zugang zu und das Verstehen von Informationen und Zusammenhängen. Und ein stabiles, unterstützendes soziales Netzwerk trägt auf emotionaler, praktischer und materieller Ebene zur Alltagsbewältigung bei. Umgekehrt kann ein Mangel an diesen Ressourcen schnell zum Risikofaktor werden: Ein knappes Monatsbudget kann bei fehlenden Rücklagen dazu führen, dass nur noch das Nötigste bezahlt werden kann und Mittel für gesunde Lebensmittel, Erholung und soziale Teilhabe fehlen. Fehlendes Wissen und Kompetenzen zur Informationsbeschaffung tragen dazu bei, dass Ansprüche nicht eingelöst und Möglichkeiten nicht genutzt werden. Soziale Isolation und soziale Netzwerke, deren Angehörige überwiegend selbst mit prekären Lebensumständen kämpfen, bieten weniger Unterstützungspotenzial. Zusätzlich wirken sich im höheren Lebensalter die teils lebenslang gemachten Erfahrungen, mehr oder weniger gute Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten auf die eigene Lebenssituation zu haben, auf die Einschätzung der eigenen Handlungsspielräume aus.

Die Erfahrung, Widerstandsressourcen aktivieren und Veränderungen bewältigen zu können, bestätigt das Kohärenzgefühl positiv. Hingegen beeinträchtigen negative Bewältigungserfahrungen das Kohärenzgefühl und verstärken das Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein: »Damit sich ein starkes Kohärenzgefühl ausbilden kann, müssen Menschen im Verlauf ihres Lebens immer

wieder erfahren können, dass ihnen ausreichend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen« (Franke 2008, S. 170). Subjektive und objektive Widerstandsressourcen ermöglichen es, kritische Lebensereignisse, die einen Angriff auf das Kohärenzgefühl darstellen, zu bewältigen. Hier bietet das Konzept der Salutogenese einen theoretischen Anknüpfungspunkt, um die Bedeutung von sozialer Ungleichheit, d. h. von einem ungleich verteilten Zugriff auf Ressourcen, für die Chancen zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse zu erfassen. Insbesondere für sozial benachteiligte Ältere in vulnerablen Lebenslagen können hier Ansatzpunkte für Prävention und Gesundheitsförderung, die auf eine Stärkung des Kohärenzgefühls abzielen, abgeleitet werden.

Im Kontext der vorliegenden Publikation dient das Konzept von Antonovsky dazu, die unterschiedliche Bedeutung von Lebensereignissen als »kritisch« oder lediglich »subjektiv relevant« zu erklären. Mit Bezug auf das Modell der Salutogenese können kritische Lebensereignisse als schwere Erschütterungen des Kohärenzgefühls bezeichnet werden. Diese Erschütterungen können dazu beitragen, die »Position« des betroffenen Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum weiter in Richtung Krankheit zu verschieben. Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl kann eine Ursache dafür sein, dass bedeutsame, in den Lebensalltag massiv eingreifende Erlebnisse nicht zu kritischen Lebensereignissen werden oder dass sie besser bewältigt werden können. Aus der Perspektive von Prävention und Gesundheitsförderung stellt sich damit die Frage, wie auch im Alter das Kohärenzgefühl gestärkt oder wiederhergestellt bzw. wie Widerstandsressourcen aufgebaut werden können, um die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses zu ermöglichen.

» 02.3 Das Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehung

Wie können Umweltgegebenheiten so gestaltet werden, dass die Bewältigung des Ereignisses möglichst gut unterstützt werden kann und die negativen Folgen möglichst wirkungsvoll abgefedert werden? Als theoretische Grundlage für die Diskussion dieser Frage dient das Konzept der Mensch-Umwelt-Beziehung (Wahl u. a. 2012). Das Konzept bietet einen Ansatz, um das Individuum, dessen Handeln und Wohlbefinden in seiner Umweltbezogenheit zu verstehen. Der Mensch wird danach immer als ein in einer Umwelt befindliches, durch die (physische, räumliche, soziale) Umwelt beeinflusstes Subjekt beschrieben. Während sich das Salutogenese-Modell mit den »Ursprünge(n) der Gesundheit« (Antonovsky 1997, S. 15) befasst und dabei das Individuum und seine Ressourcen in das Zentrum der Betrachtungen rückt, liefert das Mensch-Umwelt-Konzept eine theoretische Grundlage, um die jeweilige Lebenswelt grundsätzlich und in ihrer Wirkung auf die individuelle Gesundheit in die Betrachtungen einzubeziehen.

Das Modell der Mensch-Umwelt-Beziehung knüpft an den Ansatz des Mensch-Umwelt-Austausches (Personal-Environment-Interchange) nach Lawton und Nahemow (1973) an. Deren psychologisches Konzept geht davon aus, dass zwischen dem Individuum und seiner Umwelt ein Passungsgefüge besteht. Passung kann nach Filipp und Aymanns bedeuten, »dass es zwischen dem Können und Wollen auf Seiten der Person und dem umweltseitig definierten Dürfen und Sollen keine allzu großen Disparitäten gibt« (2010, S. 128). Das Passungsgefüge kann durch ein kritisches Lebensereignis in ein Ungleichgewicht geraten, sodass die Ressourcen und die Bedürfnisse des Individuums nicht

mehr zu den Gegebenheiten und Anforderungen seiner Umwelt passen. Wenn das Ungleichgewicht im Passungsgefüge nicht durch einen »einfachen, >korrigierenden< Eingriff« (ebd., S. 14) behoben werden kann, entsteht in der Folge eine nachhaltige Belastung.

Das Spannungsverhältnis zwischen Mensch und Umwelt kann nach dem Konzept von Lawton und Nahemow durch Veränderungen sowohl auf Seiten des Individuums als auch der Umwelt beeinflusst werden. In dem Modell wird insbesondere der Einfluss der Umwelt auf das »Wohlbefinden« im Alter bzw. auf »gutes Altern« konzeptualisiert. Demnach wird das Verhalten älterer Menschen im Zuge des Alterungsprozesses (und bei zunehmenden Beeinträchtigungen) immer stärker von Umweltgegebenheiten bestimmt bzw. geprägt. Förderliche Umweltbedingungen gewinnen damit mit zunehmendem Alter an Bedeutung.

Der Ansatz von Lawton und Nahemow nimmt eine zentrale Stellung in der Ökologischen Gerontologie ein, welche die Mensch-Umwelt-Beziehung aus einer interdisziplinären Perspektive (u. a. von Psychologie, Soziologie, Architektur, Stadtentwicklung, Sozialgeografie) untersucht (Wahl und Oswald 2010). Nach dem Verständnis der Ökologischen Gerontologie wird der Mensch in seinem Handeln, Denken und Sein von seiner Umwelt beeinflusst und verändert diese durch seine Existenz und sein Handeln. Umwelt ist hierbei nicht nur ein dinglich-räumliches bzw. physisches Konstrukt, sondern wird zugleich als subjektiv bedeutsame, soziale Realität erlebt und durch soziales Handeln konstruiert.

Das Modell der Mensch-Umwelt-Beziehung unterscheidet zwei wesentliche Komponenten der Mensch-Umwelt-Beziehung: »belonging« (Beziehungsebene = Bedeutung, Identitätsstiftung, Vertrautheit) und »agency« (Handlungsebene). Wahl u. a. verweisen darauf, dass mit zunehmendem

Alter das »belonging« auf Kosten von »agency« an Bedeutung gewinnt (2012, S. 8). Begründet wird dieser Effekt damit, dass mit wachsender Gebrechlichkeit die Möglichkeiten des pro- oder reaktiven Handelns stetig abnehmen bzw. die Umweltbedingungen zunehmend nicht mehr den Anforderungen der alternden Person entsprechen. Dadurch gewinnt die emotionale Verbundenheit mit der Umwelt an Bedeutung und die Mensch-Umwelt-Beziehung findet mit fortschreitendem Alter und abnehmender Gesundheit zunehmend auf der emotionalen bzw. kognitiven Ebene statt. Diese Verlagerung kann durch räumliche oder soziale Barrieren in der Umwelt noch forciert und dabei zu einer (auch unerwünschten) Anpassung der älteren Menschen an die Umweltgegebenheiten werden.

Die Umwelt kann ein Risiko für das Wohlbefinden und die Gesundheit darstellen, wenn z. B. physische Barrieren oder infrastrukturelle Defizite bestehen. Sie kann aber auch die Gesundheit und das Wohlbefinden im Alter stärken, wenn z. B. durch technische oder soziale Unterstützung altersbedingte Beeinträchtigungen ausgeglichen werden können (Wahl und Oswald 2010; Wahl u. a. 2012). Die Wirkung einer Umwelt als förderlich oder riskant wird also durch das Wechselspiel zwischen ihren physischen, sozialen und technischen Merkmalen und den individuellen Bedarfen der jeweiligen Person bestimmt. Eine zentrale Rolle spielen hierbei die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Kompensation oder Veränderung von ungünstigen Einflussfaktoren auf eine ausgewogene Mensch-Umwelt-Beziehung.

Wahl und Oswald (2010) beschreiben die Beziehung zwischen Mensch und Umwelt auf drei Ebenen: Der Mikroebene (z. B. das Zimmer in einer betreuten Einrichtung, die Wohnung, das Haus), der Mesoebene (z. B. die Nachbarschaft, das Stadtviertel bzw. Quartier, das Dorf) und der Makroebene (z. B. der Siedlungsraum [städtisch oder ländlich],

die Region, der Staat bis hin zu globalen Räumen]. Die Ebenen überlagern sich in ihrem Einfluss auf das Leben im Alter, wenn beispielsweise die Barrierearmut einer Wohnung, die Infrastruktur im Quartier und der Fachkräftemangel in einer Region gleichzeitig auf die individuelle Alltagsbewältigung wirken (ebd.).

Kritische Lebensereignisse können durch Entwicklungen auf der Mensch- oder auch auf der Umweltebene im Zusammenhang mit einem Übergang ausgelöst werden und verändern sowohl das Individuum als auch dessen Umwelt. Dadurch können die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung entscheidend beeinträchtigt sein. Mit Hilfe des Konzeptes der Mensch-Umwelt-Beziehung kann der wechselseitige Zusammenhang von Mensch und Umwelt sowohl bezogen auf das individuelle Erleben und Handeln der Betroffenen, als auch auf die Gegebenheiten im Setting beschrieben werden.

Im Fall von sozialer Ungleichheit ist das Mensch-Umwelt-Gefüge bei einem Mangel an sozio-ökonomischen, kulturellen oder sozialen Ressourcen grundsätzlich in einem Ungleichgewicht. Zusätzlich wird oftmals ein hierarchisches Wertungs- und Deutungsgefüge zwischen sozialen Schichten wirksam, das mit den Begriffen von Filipp und Aymanns (2010, S. 128 »Können und Wollen«, »Dürfen und Sollen«) deutlich wird und sich gerade im Bereich der individuellen Gesundheitsvorsorge durch paternalistische Verhaltensanforderungen ausdrücken kann. In diesem Kontext stellt ein kritisches Lebensereignis eine weitere Belastung (und Zumutung) dar.

» 02.4 Bewältigung von kritischen Lebensereignissen

Die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen erfolgt in einem nicht kontinuierlich verlaufenden, dynamischen Prozess von unbestimmter Dauer, der sich bei verschiedenen Menschen unterschiedlich ausbilden kann. Teilweise setzt die Belastung unmittelbar nach dem Ereignis ein, sie kann aber auch zeitverzögert auftreten. Damit ist selten vorhersehbar, wann ein Bewältigungsprozess beginnt bzw. abgeschlossen ist. Eine positive Einschätzung der eigenen Lebenslage im Augenblick bedeutet nicht per se eine langfristig erfolgreiche Bewältigung. Hier besteht ein strukturelles Problem für das unterstützende Umfeld, insbesondere für professionelle Akteure, die eine belastete Person unter Umständen nur ein einziges Mal treffen, etwa im Rahmen einer therapeutischen Sitzung oder einer Beratung, und daraus die falschen Schlüsse für den Bedarf an Unterstützung ziehen können (Filipp und Aymanns 2010, S. 117).

Kritische Lebensereignisse stellen, wie wir in Abschnitt »> 02.1 [S. 10] beschrieben haben, bedeutende, verunsichernde, die Ressourcen in Anspruch nehmende und oft mit Verlusten einhergehende Einschnitte im Leben eines Menschen dar. Als Folge können massive gesundheitliche Risiken auftreten: »Kritische Lebensereignisse, Stress und Unglück gelten als Risikofaktoren im Sinne von auslösenden oder aufrechtzuerhaltenden Bedingungen für Erkrankungen der unterschiedlichsten Art.« (Filipp und Aymanns 2010, S. 66). Kritische Lebensereignisse können sich sowohl negativ auf die physische (u. a. Ausschüttung von Stresshormonen und Schwächung des Immunsystems) als auch auf die psychische Gesundheit (u. a. als Auslöser seelischer Erkrankungen) auswirken (ebd., S. 73–76 und S. 88–93).

Filipp und Aymanns beschreiben unter Rückgriff auf verschiedene Studien einen Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und depressiven Erkrankungen. Demnach erhöhen kritische Lebensereignisse das Risiko, eine depressive Störung zu entwickeln, deutlich. Dieser Zusammenhang besteht zumindest in der Zeit unmittelbar nach dem Eintritt des Ereignisses. Dabei scheinen Ereignisse, die sowohl zu einem Verlust als auch zu einer persönlichen Erniedrigung führen, besonders riskant für die Entwicklung einer depressiven Erkrankung zu sein (ebd.; Clemens 2008).

Mit Bezug auf die breite Definition von Gesundheit der WHO von 1946, wonach Gesundheit nicht (nur) die Abwesenheit von Krankheit, sondern ein umfassendes physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden ist¹, muss neben der physischen und psychischen hier auch die soziale Dimension mit in den Blick genommen werden. Soziale Beziehungen können unter einem kritischen Lebensereignis leiden, die Belastung kann zu Rückzug und Isolation führen.

Besonders belastend ist die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses, wenn die Betroffenen zeitgleich mit einem weiteren Schicksalsschlag oder als negativ erfahrenem Erlebnis konfrontiert sind. Dabei ist beispielsweise an plötzlich sich ereignende schwere Unglücke, z. B. einen Unfall, einen Überfall, unerwartet auftretende Erkrankungen oder der Verlust wichtiger Besitztümer, zu denken. Erhebliche zusätzliche Belastungen und damit Risikofaktoren für die Bewältigung können auch einschneidende Veränderungen, z. B. ein Umzug, eine Scheidung oder der Auszug der Kinder, sein. Diese zusätzlich auftretenden Ereignisse bedeuten nicht nur eine starke Belastung zu einem

Zeitpunkt, wenn alle Kräfte für die Bewältigung des kritischen Lebensereignisses erforderlich sind. Sie gehen außerdem meist einher mit erheblichen Einbußen an Ressourcen (beispielsweise Geld, soziale Unterstützung oder vertraute Orte). Darüber hinaus können sie auch für sich betrachtet kritische Lebensereignisse darstellen und als »Tropfen, der das Fass zum Überlaufen bringt« wirken.

Das Erleben eines kritischen Lebensereignisses, das oft gerade durch das Unerwartete und Plötzliche seines Auftretens charakterisiert ist, führt allerdings nicht selten zu »Aktionismus«. Meist konnten wegen der Einmaligkeit des Ereignisses keine Verhaltensweisen oder Reaktionen erprobt werden, auch wenn ähnliche Ereignisse im sozialen Umfeld miterlebt wurden. Nur die wenigsten Menschen erleben bestimmte Übergänge, beispielsweise eine Verwitwung, mehrfach selbst und können Bewältigungsstrategien entwickeln.

Einen wesentlichen qualitativen Unterschied für die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses macht daher dessen Erwartbarkeit bzw. dessen Plötzlichkeit aus. Die Verwitwung nach langer Krankheit und Pflegebedürftigkeit wird anders erlebt als der plötzliche, unerwartete Tod der Partnerin oder des Partners. Der Austritt aus dem Berufsleben mit dem Erreichen der gesetzlich festgelegten Altersgrenze bildet einen anderen Bewältigungshintergrund für eine Verrentung als ein erzwungener Vorruhestand, etwa durch eine unerwartete Entlassung, den eigenen Konkurs als selbstständiger Unternehmer oder eine Berufsunfähigkeit aufgrund einer schweren Erkrankung.

Die Erwartbarkeit eines kritischen Lebensereignisses beeinflusst nicht nur seine Bewältigung, sondern auch die Bewertung des Geschehens. Die

1 Preamble to the constitution of the world health organization as adopted by the international health conference, New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (Official Records of the World Health Organization, 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

zeitliche Einbettung eines Ereignisses in einem biografisch sinnvoll erscheinenden Kontext (die Verrentung mit 65 Jahren, der Tod des hochaltrigen Partners oder der Partnerin) liefert überindividuelle Erklärungsmuster (gesellschaftliche, biologische), die es zu einem kollektiv geteilten oder auch normativen bzw. altersnormierten Ereignis (Filipp und Aymanns 2010, S. 32) machen. Im Gegensatz dazu stehen kritische Ereignisse, die als »unzeitgemäße« Schicksalsschläge erlebt werden, wie der unerwartete Tod eines Kindes.

Gesellschaftliche oder kulturelle Rituale können hier eine wesentliche, strukturierende Funktion erfüllen und das Ereignis gleichermaßen in einen übergeordneten Kontext stellen (ebd., S. 124). Durch Rituale, zum Beispiel die Beerdigung oder die offizielle Verabschiedung in den Ruhestand, werden einige kritische Lebensereignisse gesellschaftlich verankert und als soziales Ereignis durchlebt. Diese Rituale können zudem Anknüpfungspunkte für unterstützende Angebote im Rahmen der Prävention oder Gesundheitsförderung darstellen.

Ein kritisches Lebensereignis kann extrem belastend wirken und ein gesundheitliches, soziales oder ökonomisches Risiko darstellen. Die Betroffenen ringen darum, die Kohärenz zu wahren oder wiederherzustellen, d. h. die Identität und Kontinuität des Selbst zu sichern, die durchlebten Ereignisse als Teil der eigenen Biografie bzw. des eigenen Lebens zu verstehen und ihnen einen angemessenen Platz in der eigenen Lebensgeschichte einzuräumen (ebd., S. 115). Die Wahrung des Kohärenzgefühls, die Re-Organisation der Mensch-Umwelt-Passung sowie die Integration des Erlebten in eine sinnvoll fortgeschriebene Lebensgeschichte sind Kennzeichen einer gelungenen Bewältigung. Zunächst bestehende Orientierungslosigkeit wird überwunden, und im besten Fall erfolgt ein Zuwachs an Lebensqualität oder an Erfahrung, die zu einer Weiterentwicklung des Individuums führen können

(ebd., S. 15). Der Eintritt in eine neue Lebensphase, z. B. als Rentnerin oder Rentner, als pflegebedürftiger Mensch oder als Witwe bzw. Witwer, ermöglicht es, nach einer gelungenen Bewältigung des Übergangs neue Alltagspraktiken zu erproben oder neue Sinnzusammenhänge zu entdecken.

Die Chancen für die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses hängen von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab. Risikofaktoren können den Prozess der Bewältigung hingegen erschweren oder verhindern. In den folgenden Abschnitten werden allgemeine Risikofaktoren und Ressourcen sowohl des Individuums als auch der Umwelt beschrieben. Die Kenntnis dieser Faktoren kann es erleichtern, gezielte Interventionen zur Minderung von Risiken und zur Stärkung von Ressourcen zu entwickeln und in den jeweiligen Lebenswelten zu implementieren.

» 02.5 Ressourcen und Risikofaktoren zur Bewältigung kritischer Lebensereignisse

Individuelle Widerstandsressourcen und die sozialräumlichen Gegebenheiten beeinflussen die Chancen eines Menschen, Übergänge gut zu bewältigen. Ressourcen und Risikofaktoren auf den unterschiedlichen Ebenen wirken nicht nur im Rahmen der Bewältigung eines Ereignisses, durch sie kann auch der Eintritt eines belastenden Ereignisses gefördert oder hinausgezögert werden. Im Folgenden werden Ressourcen und Risikofaktoren auf den Ebenen des Individuums und seiner sozialräumlichen Umwelt vorgestellt. Die hier dargestellten Faktoren stärken einerseits die Fähigkeit der Betroffenen, belastende Ereignisse zu

bewältigen. Andererseits beeinflussen sie die Kontextbedingungen und damit das Risiko des Eintritts eines kritischen Lebensereignisses bzw. dessen belastende Wirkung.

Individuelle Ressourcen und Risikofaktoren

Die Verfügbarkeit von Widerstandsressourcen bildet nach dem Konzept der Salutogenese eine Grundvoraussetzung für die Chance, ein kritisches Lebensereignis bewältigen zu können. Entsprechend dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky bildet ein starkes Kohärenzgefühl eine Basis, auf der Belastungen und Herausforderungen durch das Individuum bewältigt werden können. Die Erfahrung, über Widerstandsressourcen zu verfügen und Veränderungen erfolgreich bewältigen zu können, stärkt wiederum das Kohärenzgefühl.

Belastungen sind im höheren Alter häufig mit Verlusten und Einschränkungen verbunden. Diese sind, wie beispielsweise der Tod von Bezugspersonen oder gesundheitliche Einschränkungen, vom Individuum nicht oder nur wenig beeinflussbar. Daher kann oft nur begrenzt steuernd bzw. präventiv durch die Betroffenen gehandelt, sondern in erster Linie auf das Ereignis nur reagiert werden. Eine Strategie der Bewältigung kann (oder muss) dann ein Akzeptieren des Unvermeidlichen und ein Annehmen des Schicksals (z. B. bei unheilbarer Krankheit) sein (Filipp und Aymanns 2010, S. 131). Diese Reaktion sollte nicht verwechselt werden mit der Leugnung eines kritischen Lebensereignisses oder der damit verbundenen Belastung. Die Leugnung des Erlebten kann eine »normale« Phase in einem Bewältigungsprozess, z. B. im Trauerprozess nach einer Verwitwung, sein. Andererseits kann durch Leugnung eine Auseinandersetzung mit dem Ereignis verhindert und können hilfreiche Ressourcen, z. B. soziale Unterstützung oder Therapiemaßnahmen, dadurch nicht erschlossen werden (ebd., S. 155).

Eine Widerstandsressource, die einen wichtigen Einfluss auf das Bewältigungsvermögen hat und zugleich in enger Beziehung zum Kohärenzgefühl steht, ist die Gesundheit. Gesundheit zählt dabei nicht nur zu einer der zentralen individuellen Ressourcen, Antonovsky (1997) beschreibt auch die förderliche Wirkung eines ausgeprägten Kohärenzgefühls auf die Gesundheit. Auch Filipp und Aymanns (2010) zählen zu den wichtigen individuellen Ressourcen bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse die Gesundheit und verweisen hier insbesondere auf die körperliche Fitness. Abnehmende Gesundheit gilt als Risikofaktor für belastende Entwicklungen, unter anderem aufgrund der gegenseitigen Wechselwirkung von körperlichem Funktionsstatus und Depressivität (ebd., S. 294 f.)

Mit zunehmendem Alter und vor allem mit der Hochaltrigkeit steigt die Vulnerabilität, körperliche und kognitive Funktionsreserven verringern sich und die Leistungsfähigkeit von Organen und Organsystemen nimmt ab (RKI 2015). Damit erhöht sich einerseits die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems oder von psychischen Erkrankungen wie Demenz, und andererseits des gleichzeitigen Auftretens mehrerer Krankheiten (Multimorbidität). In der Folge können Funktionseinbußen, ein Verlust von Alltagskompetenzen und schließlich Pflegebedürftigkeit auftreten. Zugleich ist damit die physische und psychische Fähigkeit beeinträchtigt, auf schwierige Lebensumstände zu reagieren (Görres und Hassele 2008, S. 175 mit Verweis auf Shiner u. a. 2003) oder sich von den Begleiterscheinungen eines einschneidenden Ereignisses zu erholen. Angesichts der Wirkung eines kritischen Lebensereignisses als Risikofaktor für die Gesundheit können sich zudem bestehende Erkrankungen verschlechtern.

Nach Einschätzung von Filipp und Aymanns könnte ein wichtiger Anknüpfungspunkt für Inter-

ventionen in der Verbesserung der Alltagsaktivität und Fitness liegen (2010, S. 296). Denkbar sind hier zudem die Stärkung von Alltagskompetenzen, eine Entlastung der Betroffenen sowie die Förderung ihrer Möglichkeiten bei der Alltagsbewältigung.

Neben der Gesundheit beeinflusst auch die Lebenslage das Risiko für den Auftritt und die Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses. Soziale und sozio-ökonomische Benachteiligungen führen dazu, dass den Betroffenen Ressourcen aller Art nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung stehen, und können den Eintritt von kritischen Lebensereignissen (z. B. die eigene schwere Erkrankung, die eigene Pflegebedürftigkeit oder den vorzeitigen Ruhestand) fördern.

Filipp und Aymanns weisen in diesem Zusammenhang unter Bezug auf Hatch und Dohrenwend (2007) darauf hin, dass sich kritische Lebensereignisse nicht nach dem Zufallsprinzip in der Bevölkerung verteilen (Filipp und Aymanns 2010, S. 334 f.): Ein niedriger sozio-ökonomischer Status ist demzufolge mit einer höheren Eintrittswahrscheinlichkeit belastender Lebensereignisse verbunden. Nicht nur Armut, sondern auch ein geringes Bildungsniveau, ein niedriger beruflicher Status oder traumatische Erlebnisse, wie z. B. negative Migrationserfahrungen, beeinflussen die Wahrscheinlichkeit der Konfrontation mit belastenden Ereignissen und erschweren zugleich ihre Bewältigung. Hier besteht die Gefahr von »Verlustzirkeln« (Hobfoll 1998 zitiert nach Philipp und Aymanns 2010, S. 340), indem beispielsweise der Verlust bestimmter Ressourcen (z. B. einer Verringerung des Haushaltseinkommens nach dem Tod des Partners) den Verlust weiterer Ressourcen (es muss eine neue Wohnung gesucht werden, weil die aktuelle Miete zu hoch ist) nach sich zieht. Neben durchschnittlich höheren Belastungen bestehen zudem bei niedrigem sozialen Status weniger Möglichkeiten, im ausreichenden Maße Erholungsphasen zur Bewältigung von kritischen

Lebensereignissen einlegen zu können (ebd., S. 341). Nicht zuletzt können sich häufiges Erleben von Misserfolgen und Kontrollverlust bei der Bewältigung schwieriger Situationen negativ auf das Empfinden von Selbstwirksamkeit auswirken (BZgA 2012, S. 32) bzw. das Kohärenzgefühl kontinuierlich beeinträchtigen.

Eine starke Selbstwirksamkeits- bzw. subjektive Kompetenzüberzeugung ist hingegen ein wichtiges Persönlichkeitsmerkmal für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse: »Selbstwirksamkeit (self-efficacy) ist die individuell unterschiedlich ausgeprägte Überzeugung, dass man in einer bestimmten Situation die angemessene Leistung erbringen kann« (Zimbardo 1999 nach BZgA 2012, S. 16). Selbstwirksamkeitsüberzeugung führt dazu, dass schwierige Aufgaben als Herausforderungen, die es zu meistern gilt, wahrgenommen werden. Diese Einstellung ist verbunden mit der Überzeugung, die Herausforderungen auch meistern zu können (ebd., S. 17).

Die Selbstwirksamkeitsüberzeugung wird im Lebenslauf ausgebildet und hängt mit den gemachten Erfahrungen von gelungener Kontrolle zusammen. Schwache Kontrollüberzeugungen gehen häufig einher mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status (Bosma 2008, S. 197). Gerade im Zusammenhang mit belastenden Übergangsphasen können aber die damit einhergehenden Veränderungen als Entwicklungen, die sich der Kontrolle des Individuums entziehen, wahrgenommen werden. Die als kritisch wahrgenommenen Lebensereignisse werden dann als nicht beeinflussbare Schicksalsschläge erlebt. Eine erfolgreiche Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und die Erfahrung, auf die Herausforderungen reagieren und durch aktives Handeln Einfluss nehmen zu können, erhöhen die Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Es erfolgt eine Bestätigung der positiven Einstellung, und die Situation erscheint im Sinne von Antonovsky »handhabbar«.

Ein weiterer Faktor, der als individuelle Ressource die Bewältigung unterstützen kann, ist der Glaube an eine übergeordnete Weltordnung, an einen tiefen Sinn im Weltgeschehen. Religionen bieten hier Erklärungsmuster an, die das individuelle Schicksal in eine größere, sinnvolle Geschichte einbinden können (Filipp und Aymanns 2010, S. 270–273). Scheinbar besteht eine im Alter prägnanter werdende Korrelation zwischen dem Glauben an eine gute und sichere Welt und dem psychischen Wohlbefinden (ebd., S. 112). Zusätzlich beschreiben sie aber auch, dass sich Menschen im Durchschnitt umso stärker dem Glauben zuwenden, je mehr Verlusterfahrungen sie erlebt haben. Möglicherweise bilden daher die altersbezogenen Unterschiede in der Gläubigkeit und Religiosität aber auch den Umfang verlustreicher Lebenserfahrungen ab (ebd.).

Nicht diskutiert wird an dieser Stelle der Kohorten-Effekt auf den Zusammenhang von Glaube und Alter bzw. die Funktion des Glaubens als sinnstiftende Dimension im Alter. Unklar bleibt damit, ob sich Menschen mit zunehmendem Alter und vor allem mit einer wachsenden Anzahl von Verlusterlebnissen verstärkt dem Glauben zuwenden, um mit Hilfe religiöser Erklärungsangebote Sicherheit zu erlangen, oder ob dies eine Strategie bestimmter Generationen ist, die mit zunehmender Säkularisierung der Gesellschaft nicht mehr wirksam sein wird.

Soziale Beziehungen und nicht zuletzt das Wissen um ihre Verfügbare und Belastbarkeit bilden eine weitere wesentliche Ressource für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. In der Literatur wird die soziale Unterstützung beim Eintritt kritischer Lebensereignisse teilweise als zentrale Bewältigungsressource gesehen (ebd., S. 234). Soziale Einbindung fördert zudem vorsorgendes und proaktives Bewältigungsverhalten, wenn beispielsweise im Vorfeld eines Ereignisses die Bewältigungsstrategien anderer miterlebt und -erlernt wurden oder frühzeitig hilfreiche Ressourcen erkannt werden

konnten (ebd., S. 342). Filipp und Aymanns weisen in diesem Zusammenhang allerdings darauf hin, dass soziale Netzwerke und Beziehungen nur dann eine positive Wirkung erzielen, wenn sie bestimmten Anforderungen genügen.

Herrschen beispielsweise kollektive, gesundheitsschädliche Bewältigungsmuster vor (z. B. Suchtmittelkonsum als Reaktion auf Belastungen) oder werden Zugänge zu Unterstützungsangeboten versperrt, behindern die sozialen Beziehungen die Bewältigung von Belastungen anstatt sie zu erleichtern. Ressourcenstarke Gemeinschaften, z. B. solidarische und/oder wohlhabende Nachbarschaften, können belastete Individuen erheblich stärken, sofern diese Zugang zu hilfreichen Ressourcen erhalten. Problematische oder ressourcenarme Nachbarschaften erschweren die Bewältigung hingegen meist noch zusätzlich. Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse mit Hilfe sozialer Netzwerke hängt darüber hinaus von weiteren Rahmenbedingungen ab, wie Milieu oder Schicht und den engeren Beziehungen. Der milieu- oder schichtspezifische Kontext beeinflusst, was das Individuum der Gruppe zumuten kann, darf und sollte. Er rahmt auch den Beziehungskontext, der vorgibt, welche Form der Unterstützung innerhalb der jeweiligen Beziehung möglich, (gesetzlich) vorgeschrieben (z. B. durch innerfamiliäre Unterstützungsleistungen) oder erwartbar ist.

Soziale Beziehungen als Ressource für Bewältigung können zudem unterschieden werden in außerfamiliäre und innerfamiliäre Beziehungen. Außerfamiliäre Beziehungen sind häufig durch unmittelbare oder mittelbare Reziprozität geprägt. Dabei sind auch Unterstützungsleistungen in Krisensituationen unter Umständen Bestandteil einer Austauschbeziehung, die nach mehr oder weniger direkten Gegenleistungen verlangt. Von besonderem Wert im Kontext der außerfamiliären Sozialkontakte sind daher langjährige Beziehungen,

in denen Reziprozität und Belastbarkeit erprobt werden konnten und ein gewisses »Guthaben« auf dem »Beziehungskonto« vorhanden ist. Innerhalb von Familien verleiht eine generalisierte Reziprozität nach dem Prinzip der bedürfnisorientierten Solidarität (ebd.) dem Anspruch auf Hilfe im Allgemeinen auch dann Legitimität, wenn keine Gegenleistungen (mehr) erbracht werden können oder diese Jahrzehnte zurückliegen. So wird die Unterstützung hilfebedürftiger Eltern durch die Kinder typischerweise mit Verweis auf »all das, was die Eltern früher für mich getan haben« begründet.

Allerdings können (zu) hohe Unterstützungsanforderungen an soziale Beziehungen, z. B. beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die Unterstützten sowohl innerhalb wie außerhalb der Familie überfordern und deren Ressourcen erschöpfen. Das kann wiederum eine zusätzliche Belastung für Unterstützende und Betroffene darstellen, denn »erschöpfte Ressourcen haben ein besonders hohes Stresspotenzial« (Zeman 2008, S. 300). Hierbei sollte zudem beachtet werden, dass enge soziale Beziehungen nicht nur von wechselseitiger Unterstützung, sondern auch von wechselseitiger Abhängigkeit geprägt sein können. Empathie kann unter einer Belastung in schuldbelastete Aversion umschlagen (ebd.). Andererseits kann soziale Unterstützung auch zu einer Unterminierung des Selbstwertgefühls und der Autonomie führen, wenn z. B. der Person, die ein kritisches Lebensereignis durchlebt, die Kontrolle über den Alltag und damit die Chance für ein selbstbestimmtes Bewältigungshandeln entzogen wird. Von besonderer Bedeutung sind daher die realistische Einschätzung der Qualität und Belastbarkeit sozialer Beziehungen sowie die Möglichkeit (gerade auch für professionelle Akteure) hier differenzieren bzw. soziale Beziehungen auch als Risikofaktoren erkennen und gegebenenfalls zusätzliche externe Unterstützungs- und Entlastungsangebote vermitteln zu können.

Die Fähigkeit, soziale Unterstützung aktiv zu mobilisieren, gilt als eine Dimension von Bewältigungskompetenz. Dabei ist unter anderem von Bedeutung, wie und wem Unterstützungsbedarf kommuniziert wird bzw. werden kann. Im Alter nimmt die Zahl der sozialen Kontakte außerhalb der Familien durchschnittlich ab, obwohl sich im Vergleich der vier Erhebungswellen des Deutschen Alterssurveys seit 1996 eine wachsende Bedeutung außerfamiliärer Beziehungen auch bei älteren Menschen zeigt (DEAS 2014). Trotzdem nehmen die sozialen Beziehungen innerhalb der Familien mit dem Alter zunehmend die zentrale Stellung ein. Geschwister, Kinder, Enkelkinder und vor allem die Lebenspartnerinnen und -partner sind dann meist die zentrale soziale Ressource für Unterstützung. Eine Ehe bzw. Partnerschaft bildet einen sozialen Kontext, der von besonderer Bedeutung für den Eintritt und die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen ist. Die Familie und vor allem die Paarbeziehung stellen den Rahmen dar, in dem einzelne kritische Lebensereignisse auftreten bzw. bewältigt werden – etwa Pflegebedürftigkeit oder Verwitwung. Angehörige können eine bedeutsame Quelle der Kraft und Unterstützung sein und einen »Puffer-Effekt« gegen Belastungen bilden (Tesch-Römer 2010, S. 130). Sie sind jedoch häufig auch selbst von dem Eintritt eines kritischen Lebensereignisses massiv belastet, beispielsweise bei einer Verrentung oder dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei der Partnerin bzw. dem Partner.

Das Geschlecht gilt nicht nur wegen möglicher Diskriminierungserfahrungen als Risikofaktor für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse. Auch das latente Belastungsniveau, und damit das Risiko für den Eintritt kritischer Lebensereignisse bzw. für eine erschwerte Bewältigung, wird für Männer und Frauen unterschiedlich bewertet. So gilt das Belastungsniveau im Mittel bei Frauen als höher im Vergleich zu Männern. Ursachen hierfür sind unter

anderem Belastungen im familiären Bereich, z. B. durch die eher von Frauen geleistete Pflege von Angehörigen (Filipp und Aymanns 2010, S. 338), und auch geringere ökonomische Ressourcen aufgrund von oft diskontinuierlichen Erwerbsbiografien. Auch die Belastung des nicht selbst von einem kritischen Lebensereignis betroffenen Partners differenziert sich nach dem Geschlecht. Frauen sind Filipp und Aymanns zufolge als unterstützende Partnerinnen bei einem kritischen Lebensereignis deutlich stärker belastet als männliche Partner, die ihre Frauen unterstützen (ebd., S. 230).

Möglicherweise erklärt sich vor diesem Hintergrund, warum die Ehe als stabilisierender Faktor bei kritischen Lebensereignissen vor allem für Männer bedeutsam ist. Die Autorinnen und Autoren verweisen hier auf eine Studie von Srivastava u. a. von 2006, die von der Ehe als einem »sozialen Stützsystem für Männer« sprechen und diese Bedeutung auf die im Vergleich zu Frauen deutlich geringere soziale Vernetzung von Männern zurückführen (ebd., S. 280). Damit ist allerdings noch nicht die im Vergleich höhere Belastung der Ehefrauen erklärt. Ob diese auf ein stärkeres Verantwortungsgefühl der Frauen für das Wohlergehen ihres Partners als umgekehrt zurückzuführen ist, geht aus der Literatur nicht hervor.

Die gemeinsame Bewältigung von Belastungen, als »Dyadisches Coping« bezeichnet (vgl. Kasten auf S. 24), kann eine Entlastung für die Betroffenen darstellen, sie kann aber auch negative Effekte haben. Ablehnendes, negatives Verhalten der Partnerin oder des Partners kann die Belastung noch zusätzlich verstärken. Filipp und Aymanns verweisen in diesem Kontext auf eine Studie, wonach beim Übergang in den Ruhestand bei Männern im Laufe eines Jahres das ängstliche und vermeidende Bewältigungsverhalten abnahm, wenn die Partnerin ein aktiv unterstützendes Bewältigungsverhalten zeigte (2010, S. 228). Auch

die Bewältigung von Krankheiten ist erfolgreicher, wenn Ängstlichkeit und Hoffnungslosigkeit verringert werden, weil nahestehende Personen unterstützend in den Bewältigungsprozess eingebunden sind (ebd., 245). Allerdings wächst die empfundene Belastung durch kritische Lebensereignisse, wenn die emotionale Unterstützung darauf ausgerichtet ist, das negativ Erlebte auszublenden und von dem Betroffenen fernzuhalten (ebd., S. 253).

Das Unterstützungspotenzial von Familien und sozialen Netzwerken für die (gemeinsame) Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses wird unter anderem von dem schicht- oder milieuspezifischen Hintergrund beeinflusst (Heusinger und Klünder 2005): Welche Erwartungen sind mit der jeweiligen Rolle der Partnerin oder des Partners verknüpft? Was müssen die Partnerschaft und die Familie leisten? Wann »darf« professionelle Hilfe zur Unterstützung hinzugezogen werden? Und: Wann schlägt die gemeinsame Bewältigung von kritischen Lebensereignissen um in Überforderung, Überbehütung oder Autonomieverlust? Beziehungen mit großer sozialer Nähe können dabei einen Puffer gegen Stress darstellen, sie können aber auch selbst die Quelle für eine Belastung sein.

Bei ungünstigen Konstellationen können die Paarbeziehungen sogar eine erhebliche (konstante oder plötzlich auftretende) Belastung darstellen. Eine lieblose, durch Gewalt oder Sucht geprägte Partnerschaft kann eine zusätzlich negative Dynamik bei Übergängen entfalten, z. B. bei der Verrattung oder dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit, die eigentlich mit größerer Nähe und Intimität einhergehen. Bewältigungsstrategien oder Ressourcen der einen Person können durch das Verhalten anderer Angehöriger unwirksam gemacht werden.

Eine zentrale Frage bei der Erschließung der Ressource »soziale Beziehungen« lautet: Wie können, auch jenseits einer Familie, informelle Netzwerke und soziale Gemeinschaften gebildet,

»Dyadisches Coping«

Als »Dyadisches Coping« beschreibt Bodenmann (1995; 2000) die Bewältigung von Belastungen in Paarbeziehungen. Er unterscheidet dabei drei Arten: Das (1) supportive (unterstützende), das (2) delegierte und das (3) gemeinsame Bewältigen (Coping) von Paaren.

- (1) Das *unterstützende Bewältigen* (»supportives Dyadisches Coping«) geht auf die Reaktion der Partnerin bzw. des Partners in der Stresssituation ein (z. B. durch Verständnis, Trost, konkrete Hilfestellungen bei Aufgaben). Die Bewältigungsleistung wird aber nicht gänzlich von der Partnerin oder dem Partner übernommen, sondern die betroffene Person wird lediglich in ihrer Umgangsweise unterstützt. Die Reaktionen auf die Belastung können sowohl positiv als auch negativ und deshalb unter Umständen auch stressverstärkend sein (z. B. durch Verdrängen, Nicht-Wahrnehmen, Anstecken lassen vom Stress der Partnerin bzw. des Partners etc.).
- (2) Das *delegierte Bewältigen* (»delegiertes Dyadisches Coping«) beschreibt die Übertragung von Aufgaben an die Partnerin bzw. den Partner durch die Betroffenen, um die eigene Belastung zu verringern (beispielsweise durch die Übernahme praktischer Tätigkeiten und Erledigungen im Alltag).
- (3) Beim *gemeinsamen Bewältigen* (»gemeinsames Dyadisches Coping«) stellt sich das Paar gemeinschaftlich den Herausforderungen. Dies geschieht besonders, wenn Ziele erreicht werden sollen, die für beide wichtig sind. Das gemeinsame Bewältigen zeigt sich beispielsweise in der gemeinsamen Diskussion von Lösungsmöglichkeiten, in einer Solidarisierung, in gemeinsamer Informationssuche oder im gemeinsamen Entspannen.

Ziel der Bewältigungsbemühungen von Paaren ist die Wiederherstellung des Gleichgewichts innerhalb der Beziehung. Dadurch kann nicht nur der Stress in der akuten Situation verringert werden, sondern es wird auf grundsätzlicherer Ebene auch das Zusammengehörigkeitsgefühl und das Vertrauen in der Beziehung gestärkt. Von anderen Formen sozialer Unterstützung unterscheidet sich das »Dyadische Coping« vor allem durch die besondere Intimität, Exklusivität und Tiefe der Paarbeziehung. Trotzdem kann das »Dyadische Coping« auch einen negativen Prozess beschreiben, wenn es etwa in unauthentischer, feindseliger oder in sich widersprüchlicher Ausprägung erfolgt, wie es oben bereits beim unterstützenden Bewältigen skizziert ist (Bodenmann und Widmer 2000; Bodenmann 1995).

gestärkt und stabilisiert werden, die im geeigneten Moment externe Unterstützung geben können?

Hierfür braucht es entsprechende Voraussetzungen im Setting, d. h. beispielsweise im Quartier, in einer stationären Einrichtung oder in einem Unternehmen, um soziale Teilhabe zu ermöglichen und soziale Kontakte pflegen zu können.

Ressourcen und Risikofaktoren in der Umwelt

Ein zentrales Setting im Alter ist die Wohnumwelt, d. h. die Wohnung und das Wohnumfeld. Stabile nachbarschaftliche Netzwerke sind eine wichtige

Ausgangsbasis für soziale Beziehungen, die in Not-situationen schnell und unkompliziert unterstützen oder kleine dauerhafte Entlastungen in der Alltagsbewältigung bereitstellen können. Damit entsprechende nachbarschaftliche Beziehungen entstehen können, sind Orte und Anlässe für Begegnungen im Wohnumfeld erforderlich. Dazu dient eine räumliche Gestaltung, die absehbare Konflikte vermeiden hilft (z. B. durch neutrale halb-öffentliche Zonen und die Vermeidung von Angsträumen) und ggf. ein präventives Nachbarschaftsmanagement.

Eine aktive und aufmerksame Nachbarschaft kann einen Beitrag dazu leisten, vor Einsamkeit und Isolation nach einem kritischen Lebensereignis zu schützen oder im geeigneten Moment professionelle Hilfe einzubeziehen. Auch die Möglichkeit, sich in der Nachbarschaft nützlich zu machen (Filipp und Aymanns sprechen in diesem Zusammenhang vom »Hilfhandeln« oder »coping by helping«, 2010, S. 234–235) und jenseits der belastenden Situation Selbstwirksamkeit und Wertschätzung zu erfahren, kann nach einem kritischen Lebensereignis eine wirksame Unterstützung sein. Damit kann die eigene Selbstwirksamkeit erfahren und das Kohärenzgefühl gestärkt werden. Zudem können Erfahrungen mit der Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses im Sinne eines peer-to-peer-Ansatzes weitergegeben werden.

Im Wohnumfeld können unterschiedliche Hilfsangebote oder zumindest Zugänge zu Hilfe, Aktivitäten oder Beschäftigungsmöglichkeiten vorgehalten werden. Ein lebendiges, vielfältiges Gemeinwesen kann dem Menschen, der sich in einer kritischen Lebenssituation oder einer Übergangsphase befindet, alternative Unterstützungsmöglichkeiten bieten und neue Perspektiven eröffnen. Dabei kann es sich um professionelle Kriseninterventionen, Selbsthilfegruppen, Angebote für Engagement oder um Freizeitaktivitäten handeln. Auch alternative Wohnangebote, die sich speziell an ältere Menschen richten, können eine gute Ressource im Quartier darstellen. Ein einfacher, niedrighschwelliger Zugang zu den Angeboten, die bezahlbar, konzeptionell gut durchdacht und langfristig angelegt sein sollten, bildet hierbei die Voraussetzung für die wirksame Unterstützung von belasteten Personen.

Allerdings ist hinreichend belegt, dass Menschen mit geringen sozio-ökonomischen Ressourcen durchschnittlich häufiger in unzureichenden, belastenden Wohnsettings leben (Mielck 2005; Hornberg und Pauli 2012). Zu den belastenden Merkmalen

zählen Umweltemissionen eines Wohngebietes, wie z. B. hoher Verkehrslärm oder Schadstoffbelastungen der Luft, ebenso wie Mängel einer Wohnung oder eines Wohnhauses, z. B. Schimmelbefall, Feuchtigkeit, ungenügende Beheizbarkeit oder beengte Wohnverhältnisse – mit den entsprechenden Risiken für die Gesundheit.

Weitere umweltbezogene Belastungen entstehen durch Konflikte, Diskriminierungen oder Kriminalität in Nachbarschaften. Ein sozial belastetes Quartier, in dem sich nur zögerlich nachbarschaftliche Beziehungen aufbauen lassen, stellt ein schwieriges Setting für die Bildung sozialer Ressourcen dar. Belastete Quartiere bieten oft nicht die nötigen Voraussetzungen, um im Falle einer Konfrontation mit einem kritischen Lebensereignis kurzfristig notwendige und hilfreiche Unterstützung zu erhalten. Insbesondere das lokale, informelle Wissen, welche Unterstützungsangebote existieren und in Anspruch genommen werden können, ist in benachteiligten Nachbarschaften häufig nur rudimentär vorhanden bzw. für die Bewohner und Bewohnerinnen nur schwer zugänglich (Falk u. a. 2011; Kümpers und Heusinger 2012). Zudem bestehen in problematischen Wohnsettings seltener etablierte Selbsthilfe-Strukturen, in denen Betroffene auf kurzem Weg Rat und Unterstützung finden können. Eine häufig wechselnde, ressourcenarme Nachbarschaft behindert den Aufbau informeller, nachbarschaftlicher Netzwerke zusätzlich.

Auch Defizite in der Infrastruktur, wie Barrieren im öffentlichen Raum, eine mangelhafte bzw. schwer zugängliche Angebotsstruktur sowie nicht ausreichende oder gar fehlende Mobilitäts- und Gesundheitsangebote erschweren die Alltagsgestaltung und bilden ungünstige Voraussetzungen für die Bewältigung kritischer Lebensereignisse im Alter. Aber nicht nur das Vorhandensein oder der Mangel an Angeboten, auch die im jeweiligen Wohnumfeld bestehende Alltagskultur beeinflussen

das individuelle Verhalten und die Widerstandsressourcen. Sowohl gesundheitsschädliche als auch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen und Wertvorstellungen können sich als akzeptierte oder erstrebenswerte Norm etablieren.

Darüber hinaus können die Gegebenheiten im Wohnumfeld unter Umständen sogar den Eintritt von kritischen Lebensereignissen fördern, etwa wenn in einem Quartier die Wahrscheinlichkeit höher ist, Opfer eines Gewaltverbrechens zu werden, im Zuge von Gentrifizierung aus der vertrauten Nachbarschaft verdrängt zu werden oder aufgrund der Umweltbelastungen im Wohnsetting chronisch zu erkranken. Ungünstige Wohnumfeldbedingungen können schließlich dazu führen, dass sich Menschen, die ohnehin vulnerabel sind, in die eigene Häuslichkeit zurückziehen und die Wohnung nur noch selten verlassen. Damit entsteht ein zusätzlicher negativer Effekt auf Gesundheit, soziale Teilhabe und den Zugang zu Informationen und Unterstützung.

Die Umgebung am Arbeitsplatz bildet ein weiteres wichtiges Setting, vor allem in Hinblick auf die Vorbereitung auf den Ruhestand und den Erhalt der Gesundheit vor dem Eintritt in den Ruhestand. Auch die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf und damit die Möglichkeiten für pflegende Angehörige, die Partnerin oder den Partner bei einsetzender Pflegebedürftigkeit aktiv zu unterstützen, werden durch die Gegebenheiten am Arbeitsplatz wesentlich beeinflusst. Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen sowie die Möglichkeit, Arbeitszeiten und Arbeitsumfang an individuelle Bedürfnisse anzupassen, verbessern die Chance für Beschäftigte, die Bewältigung eines Übergangs gestalten zu können. Als weitere günstige Voraussetzung stärkt eine aktive Gesundheitsförderung durch den Arbeitgeber, z. B. durch Gesundheitsinformationen oder Präventionsangebote, das Gesundheitswissen der Beschäftigten und ermöglicht eine Vorbereitung

auf künftige Übergänge. Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen durch körperliche oder seelische Beanspruchung können hingegen zu einem vorzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben führen. Geringe Freiräume im Arbeitsalltag und hohe Arbeitsbelastungen können die Bewältigung eines Übergangs, z. B. für Verwitwete oder pflegende Angehörige, wesentlich erschweren und dazu führen, dass keine Kraft vorhanden ist, um den Übergang zu gestalten.

Die Ressourcen in institutionellen Settings, beispielsweise Personalstärke und -auslastung in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Räume für Privatheit und Begegnung sowie Angebote für soziale Teilhabe können die Betroffenen und ihre Angehörigen entscheidend stärken. Fachkräfte, die sich Zeit für die Ängste und Nöte der Betroffenen und ihrer Angehörigen nehmen können, tragen einen wesentlichen Anteil daran, dass eine Situation verstanden und ein Zugang zu Unterstützung sichtbar wird. Auch das Gelingen einer Überleitung von einem System in ein anderes, z. B. von einem Krankenhaus in eine Pflegeeinrichtung, wird durch die in den jeweiligen Institutionen zur Verfügung stehenden Ressourcen wesentlich mitgestaltet.

Fehlende Unterstützungs- und Teilhabeangebote können den Bewältigungsprozess verlangsamen und den Gewinn zusätzlicher sozialer Unterstützung erschweren. Ein Mangel an emotionaler und zeitlicher Zuwendung durch Fachkräfte, die Dominanz von organisatorischen oder bürokratischen Vorgaben sowie Unverständlichkeit und Intransparenz bei der Gestaltung eines Übergangs können Betroffene und ihre Angehörigen erheblich überfordern. Ihre Zuversicht, den Übergang bewältigen zu können, und ihre Kompetenzüberzeugung können eingeschränkt werden, was sich wiederum negativ auf das Kohärenzgefühl und letztlich auf die Gesundheit auswirken kann. Enge Arbeitspläne, Personalmangel, unqualifiziertes Personal und feh-

lende Kontrollen der Arbeitskräfte können hierbei zu besonders belastenden Rahmenbedingungen in institutionellen Settings führen. Im Extremfall können Vernachlässigung und Gewalt durch Angehörige und in Institutionen die Gesundheit der Betroffenen unmittelbar gefährden.

Eine Vernetzung von Akteuren, die mit einem professionellen Blick Krisensituationen erkennen und die Betroffenen, gegebenenfalls in zugehender Weise, erreichen und ihnen Hilfe vermitteln können, ist eine weitere förderliche Voraussetzung. Dabei ist ein multiprofessioneller Blick gefragt: Die Belastungen im Zusammenhang mit einem kritischen Lebensereignis können medizinischer, psychologischer, sozialer oder auch ökonomischer Art sein bzw. eine Kombination aus allem. Eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche und Sektoren, ein funktionierendes Frühwarnsystem und eine effektive Weiterleitung von Menschen

in Krisensituationen zwischen den Akteuren sind Kernelemente einer förderlichen Lebenswelt. Ein Vorbild könnten die Präventionsketten im Kinder- und Jugendbereich sein, die es bereits in einigen Kommunen gibt (vgl. Kapitel >> 04, S. 96).

In diesem Kapitel wurden die Komplexität von Übergängen und kritischen Lebensereignissen allgemein beschrieben und Risikofaktoren sowie Ressourcen zu ihrer Bewältigung benannt. Im folgenden Kapitel werden nun die drei ausgewählten und potenziell besonders belastenden Übergänge im Alter näher diskutiert: der Übergang in den Ruhestand, der Beginn von Pflegebedürftigkeit und die Verwitwung. Dabei werden die je spezifischen Risikofaktoren ebenso dargestellt wie Ressourcen, die Einfluss auf die Wirkung des jeweiligen Übergangs als kritisches Lebensereignis haben, um daraus Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung abzuleiten.

03

» Übergänge im Alter

» 03.1 Der Eintritt in den Ruhestand

Gegenstand dieses Kapitels ist die Frage nach der Bewertung, Bewältigung und Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand aus gesundheitlicher Perspektive. Dabei wird beleuchtet, unter welchen Umständen Verrentung und Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit zu einem kritischen Lebensereignis werden können und welche gesundheitlichen Risiken, Chancen und Ressourcen diesen Übergang flankieren. Ausgangspunkte sind dabei aus der Person-Umwelt-Perspektive zum einen die subjek-

tiven Annahmen der Betroffenen zur individuellen Rahmung und Anpassung an diesen Übergang sowie zum anderen die gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen. Explizit werden sowohl Aspekte sozialer Ungleichheit als auch geschlechtsspezifische Unterschiede und die Balance zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention in den Blick genommen. Ziel ist es dabei zu eruieren, welche Möglichkeiten, Angebote und Hilfen der Gesundheitsförderung und Prävention individuell, sozial und infrastrukturell zur Verfügung stehen bzw. bereitgestellt werden sollten, um den Eintritt eines kritischen Lebensereignisses zu vermeiden und die individuelle Lebensqualität zu erhalten.

Vorabbetrachtungen

Was bedeuten Verrentung und Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit?

Die Frage nach den gesundheitlichen Folgen beim Eintritt in den Ruhestand erfordert zunächst eine begriffliche Klärung. In der Forschungsliteratur finden sich unterschiedliche Definitionen, wie beispielsweise die Nicht-Erwerbstätigkeit in bestimmten Altersgruppen oder der Bezug von Leistungen aus der Rentenversicherung (vgl. Wurm u. a. 2009a, S. 54). Die Vielfalt der Definitionen spiegelt dabei auch die Heterogenität dieses Übergangs wider: sowohl mit Blick auf ältere Arbeitslose, Hausfrauen und Hausmänner, als auch auf Personen im Rentenalter, die immer noch erwerbstätig sind (Oswald und Franke 2014). Im Folgenden wird der Begriff »Übergang in den Ruhestand« verwendet, der sich auf den Moment des finalen Ausstiegs aus der Erwerbstätigkeit und das Ende des Berufslebens bezieht – sowohl mit Blick auf Frühverrentung und Erwerbsunfähigkeit, als auch den regulären Einstieg in die Altersrente.

Der Übergang in den Ruhestand und das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben stellen zentrale Veränderungen im Lebenslauf mit Folgen für Gesundheit und Wohlbefinden dar. Gesundheit und Ruhestandseintritt stehen in Wechselwirkung zueinander: Zum einen beeinflusst der Gesundheitszustand die Wahrscheinlichkeit, die Erwerbstätigkeit aufzugeben (Szinovacz und Davey 2005; Wurm u. a. 2009a), zum anderen hat der Eintritt in den Ruhestand Konsequenzen für das subjektive Gesundheitserleben und Gesundheitsverhalten (Barnett u. a. 2012; Berger u. a. 2005; Dave u. a. 2006). Wurm u. a. (2009a) geben auch zu bedenken, »dass der Übergang in den Ruhestand Teil von

Entwicklungsprozessen ist, die bereits im mittleren Erwachsenenalter begonnen haben. Dies könnte bedeuten, dass der Übergang in den Ruhestand ein reiner Marker ist, der Veränderungen zwar signalisiert, aber nicht selbst auslöst« (S. 77). Möglicherweise flankiert der Ruhestandseintritt also altersbedingte gesundheitliche Einschränkungen, ohne jedoch immer der auslösende Faktor dafür zu sein.

Durch die gesetzlich festgelegte Ausgestaltung von Beginn, Art und Höhe der finanziellen Absicherung ist mit dem Ruhestand in den meisten westlichen Wohlfahrtsstaaten eine eigenständige, in vielen Teilen planbare Lebensphase für ältere Menschen entstanden – dies gilt zumindest für die Regelaltersrente. Das durchschnittliche Zugangsalter zur Altersrente liegt in Deutschland aktuell bei etwa 64 Jahren und hat sich damit in den letzten 20 Jahren um etwa zwei Jahre erhöht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015). Gleichzeitig ist die Erwerbsquote in den letzten Jahren für die Personengruppe zwischen 55 und 64 Jahren deutlich gestiegen und liegt aktuell bei etwa 62 %. Im Vergleich dazu waren im Jahr 2000 nur etwa 38 % der Personen in dieser Altersgruppe noch erwerbstätig (Hoffmann u. a. 2014). Damit hat sich der Übergang in den Ruhestand deutlich nach hinten verschoben.

Bestanden in den 1970/80er-Jahren noch großzügige Frühverrentungsoptionen im breiten gesellschaftlichen und politischen Konsens (Bäcker u. a. 2010; Naegele 2004; Schulz-Nieswandt 2006), wurden vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung mit den Rentenreformen 1992 und 1999 die Möglichkeiten für einen abschlagsfreien vorzeitigen Renteneintritt deutlich erschwert¹ (Bäcker u. a. 2010; Eichhorst 2011; Naegele 2004). Aktuell existieren mit der Altersrente für langjährig

1 Ein vorzeitiger Rentenbeginn beinhaltet einen monatlichen Abschlag i. H. v. 0,3 %, was z. B. im Falle eines zwei Jahre früheren Renteneintritts 7,2 % entspricht.

(35 Versicherungsjahre) und besonders langjährig (45 Versicherungsjahre) Versicherte noch zwei Möglichkeiten, vorzeitig und abschlagsfrei Altersrente zu beziehen². Mittel- und langfristig richtet sich der Blick der Rentenpolitik jedoch auf eine erhöhte Erwerbsbeteiligung Älterer und möglichst viele Beitragsjahre für die Systeme der sozialen Sicherung (Naegele 2010; Vogel u. a. 2012). Die größte Zäsur stellt für die Ruhestandsplanung nachfolgender Generationen nun die in 2007 von der Regierung beschlossene sukzessive Heraufsetzung der Regelaltersgrenze auf 67 Jahre dar.³

Bemerkenswert ist, dass Personen mit direktem Übergang aus einer Erwerbstätigkeit nur etwa ein Viertel der neuen Rentenbezieher ausmachen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015). Für viele markieren stattdessen beispielsweise Alterszeit im Blockmodell⁴, Schwerbehinderung oder Arbeitslosigkeit gemäß SGB III (Arbeitslosengeld I) oder SGB II (Arbeitslosengeld II) das vieldimensionale Spektrum des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben (Bäcker u. a. 2010; Naumann und Romeo Gordo 2010; Wanger 2010). Arbeitslosigkeit in der Altersgruppe der 55 bis 65-Jährigen bedeutet hier, dass nur einer Minderheit die Rückkehr in den aktiven Arbeitsmarkt gelingt. In den meisten Fällen wechseln Ältere aus der Nicht-Erwerbstätigkeit in den Ruhestand (Zähle u. a. 2009, S. 589). Für Westdeutschland fällt der im Vergleich zu den

neuen Bundesländern etwa doppelt so hohe Anteil an so genannten passiv Versicherten vor Eintritt in die Altersrente auf (ca. 30 % der Männer und 40 % der Frauen). Dabei handelt es sich um Personen, die früher, aber nicht mehr aktuell, Rentenversicherungsbeiträge abführten, wie beispielsweise Hausfrauen und Hausmänner oder Selbständige mit alten Rentenanwartschaften. Auf der anderen Seite treten ältere ostdeutsche Männer und Frauen mehr als doppelt so häufig aus einer vorangegangenen Arbeitslosigkeit (Leistungen aus SGB II und SGB III) in die Altersrente.

Die Studie »Alterssicherung in Deutschland (ASID)« unterstreicht zunächst die herausragende Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung als primäre Einkommensquelle älterer Menschen – insbesondere in Ostdeutschland. Dies bedeutet jedoch auch, dass Ruheständler und Ruheständlerinnen im Schnitt auf 20 bis 30 % ihres bisherigen Einkommens verzichten müssen (Bäcker u. a. 2010; Kohli u. a. 2000; Motel-Klingebiel und Engstler 2008; Schulz-Nieswandt 2006; vgl. auch Börsch-Supan und Wilke 2009). Gleichzeitig verändert sich die generelle Ausgabenstruktur mit zunehmendem Alter: Während berufsbedingte Aufwendungen, Ausgaben für Bekleidung, Möbel und Einrichtungsgegenstände abnehmen, erhöhen sich auf der anderen Seite die Kosten für Gesundheits- und Pflegeleistungen (Statistisches Bundesamt 2015b).

2 Wer vor dem 1. Januar 1953 geboren ist und 45 Jahre mit Pflichtbeiträgen für eine versicherte Beschäftigung, Tätigkeit oder Berücksichtigungszeiten vorweist, kann seit 1. Juli 2014 die Altersrente bereits mit 63 Jahren ohne Abschläge in Anspruch nehmen. Für die nachfolgenden Geburtsjahrgänge wird die Altersgrenze schrittweise angehoben. Für die Jahrgänge ab 1964 beträgt die Altersgrenze für diese Rentenart dann 65 Jahre.

3 Die Erhöhung erfolgt dabei schrittweise für alle Jahrgänge ab 1947 zunächst in Ein-Monat-Schritten. Ab 2013 gilt für die Geburtsjahrgänge ab 1958 eine stufenweise Erhöhung von jeweils zwei Monaten im Vergleich zum vorherigen Jahrgang. Die Anhebung wird demzufolge endgültig im Jahre 2019 mit den Geburtsjahrgängen ab 1964 abgeschlossen sein.

4 Bei Altersteilzeit haben Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ab dem 55. Lebensjahr die Möglichkeit, die Arbeitszeit bis zum Altersrenteneintritt (seit 2010 jedoch nur noch auf betrieblicher Ebene und ohne staatliche Förderung) zu verkürzen. Dies kann im Gleichverteilungsmodell durch eine kontinuierliche Reduzierung der Arbeitszeit geschehen oder als Blockmodell. Beim Blockmodell wird die verbleibende Zeit bis zum Renteneintritt in zwei Phasen unterteilt. Während in der ersten Phase die Arbeitszeit wie bislang fortgeführt wird, erfolgt ab der zweiten Phase eine völlige Freistellung der oder des Beschäftigten.

Aktuell kann die Einkommenssituation von Personen über 65 Jahren noch als relativ gut beschrieben werden: Ältere erzielen in Deutschland etwa 91 % des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung und knapp 14,1 % gelten als armutsgefährdet im Vergleich zu 15,6 % der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2012). Angesichts der aktuellen Arbeitsmarktsituation müssen künftig allerdings insbesondere ostdeutsche Männer mit deutlich niedrigeren Renten rechnen (Simonson u. a. 2012). Betrachtet man die Zusammensetzung des Bruttoeinkommensvolumens von Personen ab 65 Jahren, so dominiert hier zu 88 % bei den ostdeutschen Männern und zu 93 % bei den ostdeutschen Frauen die gesetzliche Rentenversicherung. In den alten Bundesländern stammten in 2011 bei den Männern lediglich 54 % und bei den Frauen 65 % des Bruttoeinkommensvolumens aus der gesetzlichen Rentenversicherung (TNS Infratest Sozialforschung 2012). Weitere Einkommensquellen sind hier beispielsweise Betriebsrenten, Beamtenpensionen oder Zusatzversorgungen im öffentlichen Dienst.

Zudem besitzen ältere Menschen in Ostdeutschland nur etwa 40 % des Vermögens der gleichen Kohorten in den alten Bundesländern (Grabka und Westermeier 2014). Begründen lässt sich diese ungleiche Verteilung mit den fehlenden Akkumulationsmöglichkeiten von Vermögen in der DDR, höheren Arbeitslosigkeitsrisiken und niedrigeren Erwerbseinkommen nach der Vereinigung (ebd.). Weitere Unterschiede ergeben sich für die Einkommenssituation beim Vergleich von Renten und Pensionen. Betrachtet man das Nettoäquivalenzeinkommen⁵, so erreichen Rentnerinnen und Rentner in Westdeutschland nur 60 %, in den neuen

Bundesländern sogar nur 48 % im Vergleich zum Niveau von Personen, die über eine Pension verfügen (Hoffmann und Romeu Gordo 2013, S. 9–10). Die oben genannten Ausführungen verdeutlichen, wie sich Erwerbsverläufe und historisch bedingte Ungleichheiten zwischen Frauen und Männern sowie alten und neuen Bundesländern in den Übergangsmustern manifestieren und die ökonomischen Ressourcen im Alter beeinflussen (Simonson u. a. 2011; Zähle u. a. 2009).

Der Übergang in den Ruhestand aus Sicht der Verrenteten

Der Übergang in den Ruhestand lässt sich für viele ältere Menschen eher als ein gradueller, in den Lebenslauf eingebetteter Prozess denn als plötzliche Zäsur beschreiben (vgl. Beehr und Bowling 2013; Motel-Klingebiel und Engstler 2008; Zähle u. a. 2009). Im positiven Sinne kann die Verrentung dabei durchaus einen »teachable moment« (Havighurst 1953) darstellen, d. h. als ein prozesshaftes Ereignis mit spezifischen Lern- und Entwicklungschancen erlebt werden.

Der Tag, an dem man die Erwerbstätigkeit endgültig beendet, trifft viele Menschen dennoch unerwartet bzw. unfreiwillig und markiert den Statuswechsel von der aktiven, erwerbstätigen Bevölkerung hin zum Bezug von Ruhestandsleistungen (vgl. Wurm u. a. 2009a). Damit kennzeichnet der Eintritt in den Ruhestand eine der markantesten Statuspassagen in der zweiten Lebenshälfte. Er erfordert vom Individuum entsprechende Anpassungsstrategien und von der Umwelt unterstützende Rahmenbedingungen. Der Verlust der (geliebten oder auch ungeliebten) beruflichen Tätigkeit bedingt

5 Das Nettoäquivalenzeinkommen ist das gesamte Haushaltsnettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder dividiert durch eine »Äquivalenzgröße«, die sich aus der Gewichtung von Anzahl der Personen im Haushalt und deren Alter ergibt. Rechnerisch benötigt die erste Person im Haushalt z. B. mehr Geld für Miete, Strom, Nebenkosten etc. als es die zweite Person relativ benötigt. Kinder unterschiedlichen Alters benötigen andere Mengen und haben andere Bedürfnisse als Erwachsene.

eine Neustrukturierung des Alltags, der familiären Beziehungen und der sozialen Kontakte. Darüber hinaus verändern sich die Möglichkeiten, berufsbezogene Kompetenzen einzusetzen und hierfür entsprechende Rückmeldungen zu erhalten. Durch den Ruhestand wird karriereorientiertes Denken obsolet, und berufliche Ziele weichen privaten Zukunftsvorstellungen. Überhaupt skizziert die Verrentung einen Prozess, der neue Zeitstrukturen und zeitliche Orientierungen hervorbringt (vgl. Lang und Carstensen 2002; Lessenich 2015).

Der Übergangsprozess verläuft unterschiedlich, und zentral ist hier die Frage nach dem subjektiven Wohlbefinden, materiellen und immateriellen Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten. Wichtig ist der Blick auf geschlechtsspezifische Aspekte und Fragen des Familienmodells. Die sozialgerontologische Auseinandersetzung mit dem Übergang in den Ruhestand begrenzte sich in ihren Anfängen auf die typische männliche Erwerbsbiografie (Arber 2003; Backes und Clemens 2008; Kim und Moen 2002). Frauen im traditionellen Familienmodell erleben den Eintritt in den Ruhestand häufig frühzeitig, beispielsweise mit dem Auszug der Kinder (Backes 1987). Kim und Moen (2002) stellen fest, dass Männer mit den aus dem Ruhestand resultierenden Einkommensveränderungen weniger zufrieden sind als Frauen, bei denen wiederum das subjektive Wohlbefinden beim Übergang in den Ruhestand stärker von der erlebten Beziehungsqualität abhängt.

Die Unterstellung, Frauen könnten den Übergang in den Ruhestand aufgrund ihrer stärkeren Verbundenheit mit haushaltstypischen und familiären Pflichten besser bewältigen, lässt sich jedoch pauschal nicht belegen: Für beide Geschlechter ergeben sich je nach Ressourcenausstattung unterschiedliche krisenhafte Episoden (vgl. Clemens 1997). Unterschiede basieren vorwiegend auf Faktoren wie Bildung und Integration in den

Arbeitsmarkt. Hier sind angesichts der zunehmenden Frauenerwerbstätigkeit weitere Angleichungen durch die Verminderung geschlechtsspezifischer Unterschiede beim Einkommen und der weiteren Annäherung der Erwerbsverläufe zu erwarten.

Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wird im Spannungsfeld zwischen »Pensionierungsbankrott« (Stauder 1955, S. 484), »Pensionierungsschock« (Lehr 1988, S. 36), Lebenskrise (Carp 1967) und »später Freiheit« (Rosenmayr 1983) erlebt. Aktuelle Diskurse kritisieren Aktivierungs- und Verpflichtungsparadigmen für das Alter, in denen nur bestimmte Rollen und Aktivitäten in ihrer Wertigkeit und Wohlfahrtsproduktion positiv konnotiert sind. So werden beispielsweise neue gesellschaftliche, produktive Rollen für Ruheständler und Ruheständlerinnen als Substitution zur Erwerbstätigkeit und Aktivität im Alter politisch forciert (beispielsweise ehrenamtliches Engagement). Diese Konzepte fokussieren jedoch vor allem auf die jüngeren, gesundheitlich fitten Älteren, während Engagement im privaten Umfeld, z. B. in der Enkelkinderbetreuung oder als pflegende Angehörige, deutlich weniger renommiert ist (vgl. Aner 2004; Graefe u. a. 2011; Kornadt und Rothermund 2011; van Dyk u. a. 2010).

Wissenschaftliche Untersuchungen versuchen das Ende des Erwerbslebens differenziert als Prozess von Gewinnen (beispielsweise in Bezug auf Freizeit) und Verlusten (u. a. im finanziellen Bereich) mit spezifischen Einflussfaktoren zu durchleuchten (vgl. Feldman und Beehr 2011; Grenier 2012; Mayring 2000). Je nach beruflicher Biografie, vorangegangener (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, Arbeitsbelastung, gesundheitlichem Zustand, materiellen Ressourcen und informellen Unterstützungsmöglichkeiten kann die Verrentung als sehr positiv oder belastend empfunden werden und die Anpassung an den Ruhestand unterschiedlich gut gelingen (Bonsang und Klein 2011; Ekerdt 1989; Filipp 1990; Knopf 1999; Mayring 2000; Wurm

Das Phasenmodell von Atchley

Die Bewältigung der neuen Situation im Ruhestand wird von Atchley (1976) als phasenweiser Prozess verstanden. Hierzu entwarf er ein Entwicklungsmodell, das sich aus insgesamt sechs Phasen zusammensetzt. Zunächst befindet sich die betroffene Person in der Phase 1 (»Vorruhestandsphase«). Etwa drei Jahre vor Ruhestandsbeginn hat sie meist zunächst noch unkonkrete, wenngleich vorwiegend positive Vorstellungen vom Ende der Erwerbsphase. Rückt dann der Ruhestand zeitlich näher, werden finanzielle Ressourcen überprüft, was sich maßgeblich auf die Zukunftsvisionen auswirkt. Ziele und Pläne können hier zwischen realistischen Vorhaben und Illusionen pendeln. Phase 2 (»Honeymoon Phase«) beschreibt die Zeit unmittelbar nach dem Ruhestandsbeginn. Je nach individueller Gesundheit und Lebenslage genießen die Ruheständler und Ruheständlerinnen die freie Zeit und die Befreiung von der Arbeitslast. Danach folgt in Phase 3 (»Disenchantment Phase«) allerdings wenig später die Ernüchterung, und es entstehen die ersten Zweifel über die Richtigkeit und Legitimität des Ruhestands im Alltag. In der Konsequenz setzt Phase 4 des Nachdenkens und der Neuordnung des Alltags ein (»Reorientation Phase«). Nach Atchley kann diese Auseinandersetzung relativ lange dauern bzw. kann eine erfolgreiche Bewältigung auch je nach individuellen Möglichkeiten und Ressourcen ausbleiben. In der Phase 5 (»Stability Phase«) steuern die Personen in den längsten und beständigsten Abschnitt des Ruhestands, der sich durch ein Arrangieren mit der Situation und das Wissen um persönliche Chancen, Potenziale, aber auch Grenzen auszeichnet. In Phase 6 (»Termination Phase«) werden nun physische Grenzen spürbar. Hier tritt ein neuer Rollenwechsel ein, nämlich vom Ruheständler bzw. von der Ruheständlerin zum Hilfe- und Pflegebedürftigen.

u. a. 2009a). Atchley (1976) skizziert die Bewältigung des Ruhestands als phasenweisen Prozess, in dem sich anfänglich positive Interpretationen mit Krisen abwechseln (vgl. Kasten auf S. 33). Gesundheitliche Probleme sind demnach mit der Art der Prozessbewältigung verknüpft. Insgesamt zeigt sich, dass der Übergang in den Ruhestand je nach Gesundheitszustand, vorheriger Erwerbstätigkeit und Arbeitsvolumen, Alter beim Übergang, Einkommenssituation, kulturellen Normen und der Erwartbarkeit des Ereignisses unterschiedlich wahrgenommen wird.

Der Ausstieg aus dem Erwerbsleben wirkt sich auf die Strukturierung des Alltags und die Optionen zur persönlichen Selbstentfaltung aus. Die generelle Neuorientierung der persönlichen Lebensführung und Ressourcen im Ruhestand führt nicht zwangsläufig zu einer Verminderung der Lebensqualität. So wird der Ruhestand beispielsweise umso positiver wahr-

genommen, je unzufriedener eine Person mit ihrer vorherigen Erwerbstätigkeit war (Wurm u. a. 2009a).

Aus der Perspektive der Salutogenese (Antonovsky und Sagy 1990) zeigen die wenigen existierenden Studien zur Verbindung zwischen Kohärenzgefühl und Ruhestand, dass ein geringes Kohärenzgefühl oftmals bei Personen mit Erwerbsminderungsrenten bzw. Frührenten zu finden ist. Diesen ist es zudem tendenziell eher schwer gefallen, ihren Beruf als sinnvoll zu erleben und eigene Kompetenzen darin zu entwickeln und umzusetzen. Entsprechend groß ist bei niedrigem Kohärenzgefühl der Wunsch, frühzeitig in den Ruhestand zu treten (vgl. Volanen 2011). Gleichzeitig bildet das Kohärenzgefühl mit den drei Dimensionen Verstehbarkeit, Bedeutsamkeit, Handhabbarkeit eine zentrale Widerstandsressource für eine erfolgreiche Bewältigung des Ruhestands. Hier besteht allerdings nach wie vor ein großes Forschungspotenzial.

Die Veränderungen, die der Übergang in den Ruhestand für die Wahrnehmung der eigenen Gesundheit und das Gesundheitsverhalten mit sich bringt, können weder als durchweg positiv noch negativ beschrieben werden (vgl. Wang u. a. 2014). Insgesamt besteht nach wie vor eine Forschungslücke zu den tatsächlichen Auswirkungen der Verrentung, insbesondere auf das psychische und physische Wohlbefinden. Ursächlich hierfür sind u. a. methodische Aspekte, wie die Auswahl der Befragten, renten- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen bei internationalen Vergleichsstudien und Messinstrumenten. Vielfach wird der Übergang in den Ruhestand als Einzelmoment und plötzlicher Statuswechsel untersucht, wobei jedoch der prozesshafte Charakter des Übergangs mit unterschiedlichen Phasen im Sinne Atchleys (1976) ausgeblendet wird.

Ein schlechter Gesundheitszustand und chronische Vorerkrankungen können die Ursache für eine (vorzeitige) Verrentung sein. Andererseits können negative gesundheitliche Veränderungen auftreten, wenn Schwierigkeiten bestehen, sich an die neue Situation der Verrentung anzupassen oder sich körperliche Aktivitäten mit dem Ende des Berufslebens reduzieren. Zu den negativen Effekten gehört beispielsweise ein höheres Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen oder Gewichtszunahme (Behnke 2009; Moon u. a. 2012; Neumann 2008). Laut einer US-amerikanischen Studie erhöht das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu 5 bis 16 % die Schwierigkeiten in Bezug auf körperliche Mobilität und tägliche Aktivitäten und führt zu einer um 6 % erhöhten Krankheitswahrscheinlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit von Einbußen in Bezug auf mentale Gesundheit (u. a. Schlaflosigkeit, Depression, Einsamkeit) erhöht sich ebenfalls um etwa 6 bis 9 % (Dave u. a. 2006).

Bei näherer Betrachtung werden diese Effekte jedoch durch Faktoren wie Partnerschaft, soziale Unterstützung und körperliche Aktivität abgefedert

(vgl. auch Rijs u. a. 2012). Auch lassen sich Untersuchungen finden, die zeigen, dass je belastender eine Person die vorherige berufliche Situation empfunden hat, desto positiver wird der subjektive Gesundheitszustand im Ruhestand wahrgenommen (Roloff 2004; Wurm u. a. 2009a). Die Zufriedenheit mit dem Ruhestand kann sich wiederum positiv auf die Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden auswirken, und auch nachlassende kognitive Funktionen nach Berufsende sind empirisch nicht nachweisbar (vgl. Coe und Zamarro 2011; Rijs u. a. 2012).

Der Übergang in den Ruhestand kann der aktuellen Forschungsliteratur zufolge auch als Ausgangspunkt für Veränderungen im Gesundheitsverhalten betrachtet werden. Mit dem Ende des Berufslebens verändern sich Alltagsstrukturen, soziale Kontakte und Tätigkeitsmuster. Berufsbedingte Stressoren fallen weg, und es entstehen neue zeitliche Möglichkeiten für gesundheitsförderliche Aktivitäten. So erhöht sich laut Lang u. a. (2007) bei Ruheständlern und Ruheständlerinnen deutlich die Wahrscheinlichkeit, das Rauchen aufzugeben. In der finnischen Studie von Lahti u. a. (2011) zeigt sich, dass Ruheständler und Ruheständlerinnen sogar ein höheres moderates Aktivitätsniveau als vor der Verrentung erreichen und zwar Frauen um 31 Minuten und Männer um 42 Minuten pro Woche. Allerdings gelten diese Zugewinne nicht für Personen, die wegen einer Behinderung eine Erwerbsminderungsrente erhalten oder vor der Verrentung einen physisch anstrengenden Beruf ausgeübt haben (Barnett u. a. 2012; Berger u. a. 2005).

Ein eher negatives Gesundheitsverhalten wird bei unfreiwilligen Ruheständlerinnen und Ruheständlern jenseits des regulären Renteneintrittsalters festgestellt (vgl. Forman-Hoffman u. a. 2008; Okasanen u. a. 2011; Rijs u. a. 2012). Insgesamt lässt sich schließen, dass das subjektive Wohlbefinden, Gesundheitswahrnehmung und Gesundheitsverhalten beim Übergang in den Ruhestand individuell von

Vorerkrankungen und Belastungen, Höhe der Rente, Bildungsstand und Kontextfaktoren im Umfeld bzw. in der vorherigen Erwerbstätigkeit abhängen. Als Risikogruppen gelten unfreiwillige Ruheständlerinnen und Ruheständler, Erwerbsgeminderte und Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status. Bezüge zur Mensch-Umwelt-Passung werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Übergang in den Ruhestand und Mensch-Umwelt-Beziehung

Der Übergang in den Ruhestand erweist sich als ein Prozess, der in bedeutsamer Weise von unterschiedlichen sozialen und infrastrukturellen Umweltfaktoren beeinflusst wird (vgl. Carp 1987; Lazarus 1999). Ausgangspunkt ist hier bereits die Frage, inwiefern Berufstätige ihre Kompetenzen im Rahmen ihrer Erwerbstätigkeit einsetzen können und über welche Gestaltungsmöglichkeiten sie dabei verfügen. So zeigen sich beispielsweise deutliche Unterschiede in der Motivation für die Verrentung zwischen Angestellten und Selbständigen, wobei letztere – insbesondere Freiberuflerinnen und Freiberufler – tendenziell mehr berufliche Autonomie und Anpassungsmöglichkeiten in Bezug auf die gesundheitliche Situation besitzen und gleichzeitig seltener frühzeitig in den Ruhestand treten (Franke 2012; 2014).

In der sozialwissenschaftlichen Literatur lassen sich strukturelle und individuelle »Push«- und »Pull«-Faktoren für das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben finden (Aleksandrowicz u. a. 2010; Backes u. a. 2011; Jüchtern 2002; Knopf 1999; Mayring 2000; Radl 2007). Generell »drängen« Push-Faktoren wie beispielsweise Unzufriedenheit im Beruf, geringe Kontrollmöglichkeiten oder ungünstige Arbeitsbedingungen, bei denen Beschäftigte gesundheitlichen oder psychischen Risiken ausgesetzt sind, aus dem Erwerbsleben (vgl. auch Backes u. a. 2011; Franke 2014;

Ozawa und Law 1991; Tews 1993). Auch bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen, betriebsinterne Umstrukturierungen zu eigenen Ungunsten oder altersdiskriminierende Tendenzen im Betrieb können Menschen unter Druck setzen, die bisherige Tätigkeit aufzugeben (Szinovacz und Davey 2005; Wurm u. a. 2009a). Pull-Faktoren, die eine Entscheidung zugunsten des Ruhestandes maßgeblich beeinflussen können, sind spezifische Anreize, die auf einen Gewinn durch die Aufgabe der Erwerbsarbeit hindeuten. Zu nennen sind hier u. a. der Wunsch nach einem größeren Maß an Freizeit und Zeit für Partnerschaft, Freundinnen und Freunde und Bekannte (Ho und Raymo 2009; Lancee und Radl 2012; O'Rand und Farkas 2002).

Mit der Aufgabe der Erwerbsarbeit verändert sich die Vergesellschaftungsform Äterer, neue Rollen und Zeitgestaltungsmuster entstehen. Neue zeitliche Spielräume sorgen dafür, dass der bisherige Tagesablauf anders als gewohnt gestaltet werden kann bzw. muss (Backes und Clemens 2008; Burzan 2002; Lessenich 2015; Mayring 2000). Im Zuge einer gestiegenen Frauenerwerbstätigkeit wird der Ruhestandsübergang immer mehr zu einem modernen Paarphänomen und verändert gemeinsame Bewältigungsstrategien (Kim und Moen 2002). Unter dem Stichwort »Retired Husband Syndrom« stellte Johnson (1984) heraus, dass Hausfrauen bei der Verrentung des Partners vermehrt Unruhezustände, Kopfschmerzen und Schlafstörungen durch die neue permanente Anwesenheit des Partners erleben (vgl. auch Bertoni und Brunello 2014). Demnach zeigt sich in traditionellen männlichen Ein-Ernährer-Familien teilweise ein Verlust an Autonomie für Hausfrauen bzw. beide Partner sind stärker aufeinander bezogen als noch vor Ruhestandseintritt (vgl. auch Kolland 1988). Die Beziehungsqualität der Partnerschaft ist ein wichtiger Faktor für eine erfolgreiche Ruhestandsbewältigung (van Solinge und Henkens 2007).

Soziale Einbettung und gesellschaftliche Teilhabe zeigen einen positiven Effekt auf das subjektive Wohlbefinden – umgekehrt determiniert die gesundheitliche Situation auch die Möglichkeiten soziale Netzwerke zu knüpfen bzw. zu etablieren [Dahlgren und Whitehead 2007]. Mit dem Ausstieg aus dem Erwerbsleben reduzieren sich zwar in der Regel berufsbedingte Kontakte, allerdings bleibt die Anzahl an Personen im persönlichen sozialen Netzwerk häufig stabil [Tesch-Römer und Engstler 2008, S. 6–7]. Zudem können sich Beziehungen zu Familienmitgliedern, Freundinnen, Freunden und Bekannten durch den Zugewinn an freier Zeit vertiefen, sodass sich hier eine Wendung von Quantität zu Qualität andeutet. Dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren im Schnitt weniger persönliche Kontakte haben, könnte auf Selektionsprozesse bereits ab dem mittleren Erwachsenenalter zurückzuführen sein, stellt aber kein auf die Verrentung zurückzuführendes Phänomen dar [Lang und Carstensen 2002].

Die oben genannten Ausführungen zeigen deutlich den ambivalenten Charakter des Übergangs in den Ruhestand und seiner Auswirkungen auf Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten. Ob der Ruhestandsübergang positiv oder negativ erlebt wird oder sich gar als kritisches Lebensereignis erweist, hängt davon ab, welche weiteren individuellen und kontextualen Voraussetzungen bestehen. Im folgenden Abschnitt soll dargestellt werden, unter welchen Umständen die Balance zwischen Gewinnen und Verlusten in Bezug auf Gesundheit durch den Ruhestandseintritt ins Wanken gerät und sich der Übergang in diese neue Lebensphase als kritisches Lebensereignis erweist. Hierzu werden zentrale gesundheitliche Risikofaktoren beschrieben und diskutiert.

Der Eintritt in den Ruhestand als kritisches Lebensereignis

Das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben kann angesichts der Neuordnung der bisherigen sozialen Position, materieller Ressourcen, Netzwerke und Alltagsroutinen sowie bei bereits bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen als kritisches Lebensereignis wirken. Zudem kann sich unter bestimmten Voraussetzungen die Verrentung als Statuspassage negativ auf das physische und psychische Wohlbefinden auswirken. Betrachtet man die aktuelle Literaturlage, lassen sich folgende Personengruppen mit erhöhtem Risiko für die Bewältigung der Verrentung bestimmen:

- Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status und/oder hohen finanziellen Belastungen (beispielsweise durch eine Hypothek oder Kreditschulden),
- Personen mit geringen Unterstützungsressourcen in Partnerschaft, Familie und sozialem Umfeld (beispielsweise Alleinlebende),
- chronisch Kranke und Personen mit Erwerbsminderung aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen,
- Personen, die der Ruhestand unvorbereitet, unfreiwillig oder im vergleichsweise frühen Alter trifft,
- Personen mit sehr hoher Berufsbindung.

Im Folgenden werden Risikofaktoren vorgestellt, die sowohl in ihrem singulären Auftreten als auch in ihrer Kumulation den Eintritt in den Ruhestand als kritisches Lebensereignis akzentuieren. Wenn gleich die Folgen der Verrentung auch Angehörige und das engere soziale Umfeld betreffen können, wird im Folgenden insbesondere die Perspektive der Betroffenen eingenommen.

Schon zuvor bestehende Belastungen

Unter bereits zuvor bestehenden Belastungen werden langandauernde Einschränkungen verstanden,

die bereits vor Beginn des kritischen Lebensereignisses bestanden und sowohl gesundheitliche Dimensionen, als auch einen Mangel an materiellen und immateriellen Ressourcen umfassen. Personen, die bereits seit längerem in ihrer Gesundheit beeinträchtigt sind – sei es in Folge einer chronischen, irreversiblen Erkrankung oder auch nach erfolgreicher Rehabilitation nach SGB IX, jedoch mit langfristigen gesundheitlichen Auswirkungen – können die Verrentung einerseits durchaus als befreiend erleben. Andererseits führen gesundheitliche Einschränkungen auch zu Unsicherheiten über die Handhabbarkeit der Situation, wie die Zukunft gestaltet werden kann, was man sich überhaupt noch zutrauen möchte und welche Wünsche für die Nacherwerbsphase möglicherweise aufgegeben werden müssen. So sind chronisch Kranke, die bis zum üblichen Renteneintrittsalter arbeiten, auch danach häufig von höherer Krankheitslast und schwererem Krankheitsverlauf betroffen.

Hier zeigt sich aus der Lebenslaufperspektive, dass soziale Benachteiligung auch die Bewältigung der Verrentung nachhaltig prägt und eine ungünstige Arbeitsgestaltung die gesundheitlichen Einschränkungen im Ruhestand potenzieren kann. Geringe finanzielle Spielräume begrenzen die Möglichkeiten für die Gestaltung des Ruhestands. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf Freizeit und Hobbies, sondern auch in Bezug auf Konsumgüter, Mobilität, Gesundheitsvorsorge oder die Wohnsituation. Wenn beispielsweise ein Umzug aus finanzieller Not heraus nicht zu vermeiden ist, müssen nicht nur eine Verkleinerung der Wohnung und die damit verbundenen Einschränkungen, sondern auch ein Wechsel der Wohnumgebung und der Nachbarschaft bewältigt werden. Gesundheitliche Einschränkungen sind jedoch dann wahrscheinlicher, wenn der unmittelbare Sozialraum keine Optionen für Teilhabe und Engagement bietet und die sozialen Netzwerke verkümmern (Backes und Clemens

2008; Burzan 2002; Mayring 2000). Andererseits beschreibt Oswald (2012) den Umzug im Alter zwar als tiefen Eingriff in das Leben älterer Menschen, der zugleich aber auch der Verwirklichung von Wohnwünschen dienen kann und damit förderliches Potenzial besitzt.

Studien zeigen, dass Personen mit einem höheren Bildungsgrad ihre Lebenszufriedenheit im Ruhestand langfristig deutlich besser aufrechterhalten können, als Menschen mit einem geringen Grad an formaler Bildung und fehlenden Möglichkeiten zum Erwerb von soziokulturellem Wissen (Wetzel u. a. 2016). Ursächlich sind bessere Bewältigungsressourcen durch ein höheres Einkommen und weniger finanzielle Sorgen sowie bessere Zugänge zu gesellschaftlich anerkannten nachberuflichen Aktivitäten wie Seniorenstudium, Bildungsreisen, Theaterbesuche oder Lesezirkel. Die soziale Integration festigt zudem Netzwerke zu anderen ressourcenstarken Personen und schafft dadurch weitere Zugänge, beispielsweise zu gesundheitsbezogenem Wissen. Soziale Benachteiligung wirkt zudem auf die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls, da unterschiedliche Potenziale für Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit der Übergangssituation bestehen. Es ist zudem empirisch belegt, dass für das Wohlbefinden von Ruheständlerinnen und Ruheständlern nicht nur das absolute, sondern auch das relative Einkommen ausschlaggebend ist. Durch den Vergleich mit den Einkommen Anderer werden Rückschlüsse auf die gesellschaftliche Wertschätzung der eigenen Arbeitsleistung gezogen und damit ein Grundstein für das subjektive Resümee der Lebensleistung gelegt (Bender 2012).

Weitere Risikofaktoren für die Bewältigung des Eintritts in den Ruhestand stellen mangelndes Wissen und Kompetenzen im Hinblick auf Finanzen, Versicherungen und Steuern im Alter (»Financial Literacy«) und Gesundheit und Gesundheitssys-

tem (»Health Literacy«) dar. Diese Schwierigkeiten bestehen bereits vor der Verrentung und treten im Übergangsprozess infolge der fehlenden Vergesellschaftung durch Arbeit (Arbeitsort als Lernort) erneut hervor. Schwierigkeiten bzw. Unsicherheiten beim Verständnis bestimmter Regularien können u. a. bei komplexen Antragsverfahren für diverse Leistungen oder bei der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen bestehen. Hier zeigen sich auch Bezugspunkte zur positiven Bedeutung von sozialen Netzwerken, die zur wechselseitigen Kompetenzbildung beitragen können.

Darüber hinaus wurde bereits die positive Wirkung von Partnerschaften und sozialen Kontakten für die Bewältigung des Ruhestands erwähnt. Im Umkehrschluss kann der Ruhestandsübergang jenseits des freiwilligen »Eremiten« jedoch für viele Alleinstehende, Personen in konfliktreichen Partnerschaften und Menschen ohne ausreichende Sozialkontakte zum krisenhaften Einschnitt werden und zu Einsamkeit und Isolation führen (Kim und Moen 2002; Naegele 2004).

Auch bestimmte Persönlichkeitsmerkmale können die Bewältigung des Ruhestands erschweren. Dies gilt insbesondere für eine geringe Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit, ein gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl und ein insgesamt geringes Selbstwertgefühl (vgl. Antonovsky und Sagy 1990; Kim und Moen 2002; Volanen u. a. 2010). Hier wird auch die Bedeutung von guten Arbeitsbedingungen deutlich. Bestehen kaum Optionen und Kontrollmöglichkeiten, um die eigene Tätigkeit den individuellen Kompetenzen und möglichen altersbedingten Veränderungen anzupassen, wird auch ein frühzeitiger Ruhestand

wahrscheinlich. Wenngleich Daten des Deutschen Alterssurveys zeigen, dass Personen mit eher negativen Altersbildern zunächst besser mit Übergangssituationen zurechtkommen (da sie selbstverständlicher mit altersbedingten körperlichen Einschränkungen rechnen, siehe Wolff u. a. 2017), so begünstigt dennoch eine positive Lebenseinstellung insgesamt auch die erfolgreiche Bewältigung der Verrentung. Im Rahmen der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE) an der Universität Heidelberg konnte ein deutlicher Zusammenhang zwischen positiven Erwartungen an die Nacherwerbsphase und einem positiven Erleben des Ruhestands nachgewiesen werden (Jüchtern 2002).

Von den oben genannten Risikofaktoren besonders betroffen sind beispielsweise Personen mit chronischen Vorerkrankungen, da diese die Wahrscheinlichkeit für ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erhöhen. Durch den früher eintretenden Ruhestand kommt es oftmals zu finanziellen Engpässen im Alter. Ungünstige Lebenslagen in Bezug auf Gesundheit und materielles Wohlbefinden sind beim frühen Übergang in den Ruhestand wahrscheinlicher als beim regulären Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze (vgl. Rijs u. a. 2012).

Besonders zu beachten bei der Wechselwirkung von Gesundheit und Ruhestandsübergang sind die so genannten »Renten wegen voller oder teilweiser Erwerbsminderung« vor Erreichung der Regelaltersgrenze.⁶ Hier überlagern sich oftmals psychische und körperliche Belastungen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und schlechten Arbeitsmarktchancen (Bäcker 2012). In der Konsequenz

6 Die Erwerbsminderungsrente kommt bei Erfüllung entsprechender Wartezeiten dann zum Tragen, wenn Personen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nur zwischen drei bis maximal sechs Stunden täglich (teilweise Erwerbsminderung) bzw. weniger als drei Stunden täglich (volle Erwerbsminderung) dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen können.

scheiden diese Personen nicht nur früher aus dem Erwerbsleben aus, sondern haben zudem kaum Möglichkeiten, eine höhere Anzahl an Entgeltpunkten für die Rentenversicherung zu erzielen (ebd.). Im Schnitt fallen die Renten wegen Erwerbsminderung niedriger aus als andere Altersrentenarten, da diese in der Regel deutlich vor Erreichung der Regelaltersgrenze bezogen werden und entsprechend nur geringe Anwartschaften vorhanden sind (ebd.; vgl. auch Martin und Zollmann 2013). Die Höhe von Erwerbsminderungsrenten in 2015 (Jahr des Rentenzugangs) betrug für Frauen 714 Euro in West- bzw. 778 Euro in Ostdeutschland, bei Männern lagen die Zahlen bei 747 Euro bzw. 689 Euro.

Der Anteil der Erwerbsminderungsrenten an allen Versicherungsrentenarten betrug in 2015 etwa 17 % bei einem durchschnittlichen Zugangsalter von etwa 50 Jahren (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016). Hauptursachen für die Erwerbsminderung waren psychische Störungen gefolgt von Kreislaufkrankungen, Erkrankungen des Skelett- und Bewegungsapparates sowie Krebserkrankungen (Neubildungen) (ebd.). Wenngleich der Anteil der Erwerbsminderungsrenten in den letzten Jahrzehnten schrittweise gesunken ist, so ist angesichts der aktuellen Rentenpolitik mit einem Zuwachs zu rechnen oder wie Bäcker es formuliert: »Die stufenweise Heraufsetzung der Regelaltersgrenze und die schon seit längerer Zeit wirksamen Schritte der Heraufsetzung der vorgezogenen Altersgrenzen führen dazu, dass Versicherte im Alter zwischen 60 und 65 Jahren in den Kreis potenzieller Erwerbsminderungsrentner und -rentnerinnen

rücken. Da im höheren Alter zugleich das Risiko eines Verlustes der Erwerbsfähigkeit steigt, spricht viel für die Erwartung, dass die Zahl der Erwerbsminderungsrenten in den nächsten Jahren steigen wird.« (2012, S. 1)⁷

Generell besteht ein Risiko für finanzielle Engpässe beim Ruhestandsübergang von Älteren mit brüchigen Erwerbsbiografien (beispielsweise durch längere Phasen der Arbeitslosigkeit). Einkommenslücken im Alter bestehen potenziell eher für Frauen durch längere familienbedingte Erwerbspausen, Teilzeitarbeit oder Tätigkeiten im Niedriglohnbereich. Die durchschnittliche Höhe der Bestandsrenten wegen Alters in der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 2015⁸ liegt in Westdeutschland bei 580 Euro für Frauen und 1.040 Euro für Männer. In den neuen Bundesländern erhalten Frauen im Schnitt 846 Euro und Männer 1.124 Euro (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016). An dieser Stelle zeigt sich die unterschiedliche Erwerbsbeteiligung von Frauen in der DDR und alten BRD – künftige Entwicklungen weisen jedoch nun auf größere Risiken für die neuen Bundesländer hin.

Bislang kaum beachtet sind die (gesundheitlichen) Auswirkungen des Ruhestands bei älteren Migrantinnen und Migranten (Gayman u. a. 2013). Hier werden unterschiedliche gesundheitliche Risiken deutlich, die auch durch den im Schnitt geringeren sozio-ökonomischen Status von Menschen mit Migrationshintergrund zu erklären sind (Razum und Saß 2008, S. 129–130). Zu den spezifischen Risiken gehören u. a. erhöhte psychosoziale Belastungen durch die Trennung von der Herkunfts-

⁷ Hinzu kommt, dass mit der Einführung des Arbeitslosengelds II nun auch Personen die Erwerbsminderungsrente beantragen können, die zuvor Sozialhilfe bezogen haben.

⁸ Die Angaben beziehen sich auf die Rentenzugänge im Jahr 2015. Die gesamten Altersrenten umfassen dabei die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und nach Altersteilzeit, Altersrente wegen Schwerbehinderung, Altersrente für langjährig und besonders langjährig Versicherte, Regelaltersrente sowie die Altersrente für Frauen. Nicht eingerechnet sind beispielsweise Pensionen und Betriebsrenten.

familie, traumatische Erlebnisse während der Migration und eine geringe Inanspruchnahme von Präventionsangeboten im Alter (ebd.). Aufgrund der erschwerten Erwerbssituation erreichen männliche Migranten im Schnitt nur 40 % der Rentenbezüge im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund. Bei den Frauen beträgt dieser Wert 60 % (Schimany u. a. 2012). Oftmals geringere Qualifikationen und physisch anstrengende Tätigkeiten führen zu einem erhöhten Risiko für Erwerbsminderungsrenten. Dabei ist auch zu beachten, dass ein immer größer werdender Teil der älteren Migrantinnen und Migranten den Lebensabend in Deutschland verbringen will – ungeachtet möglicher höherer Lebenshaltungskosten (ebd.).

Zusätzlich eintretende Belastungen

Akute Belastungen sind um den Zeitpunkt des Übergangs in den Ruhestand auftretende Faktoren, die eine Bewältigung der Situation erschweren. Dabei kann es sich beispielsweise um Differenzen im privaten Umfeld handeln (Trennung in der Partnerschaft oder Auszug des Kindes aus dem Elternhaus) oder auch um Konflikte am Arbeitsplatz, die dem Ruhestandseintritt vorangehen (Kündigung, altersdiskriminierende Tendenzen). Die Folge können psychische Belastungen, ein Verlust der Sinnhaftigkeit oder auch gesundheitsschädigendes Verhalten sein, wie ein erhöhter Alkoholkonsum (Wang u. a. 2014).

Ob der Übergang in den Ruhestand als kritisches Lebensereignis erlebt wird, hängt unter anderem von der Frage ab, ob die Verrentung auf eigenen Wunsch erfolgte oder durch eine Kündigung, Konflikte an Arbeitsplatz oder gesundheitliche Belastungen aus dem Erwerbsleben erzwungen wurde. Dieser empirisch gut belegte Zusammenhang zeigt einen stärkeren Einfluss auf die Zufriedenheit im Ruhestand als die Frage des Alters bei der Verrentung oder ob die Erwerbstätigkeit graduell oder

abrupt beendet wurde (Calvo u. a. 2009; Shultz u. a. 1998). Der Faktor »Unfreiwilligkeit« stellt ein besonderes Risiko für gesundheitliche Belastungen und Konflikte bei der Bewältigung des Ruhestands dar und korrespondiert mit den Dimensionen Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit im Konzept der Salutogenese. Unfreiwillige Ruheständlerinnen und Ruheständler sind häufig unzufriedener mit ihrer Einkommenssituation und ihrer gesundheitlichen Lage (Bender 2012; Bon-sang und Klein 2011; Naegele 2004, 2010; Wurm u. a. 2009a).

Auch die Gleichzeitigkeit der Verrentung mit anderen kritischen Lebensereignissen wie Tod von Familienangehörigen (siehe Abschnitt >> 03.3, S. 74), Auszug der Kinder oder der Eintritt von Pflegebedürftigkeit innerhalb der Familie (siehe Abschnitt >> 03.2, S. 50) können die Situation zuspitzen. Aus der Ruhestandsperspektive müssen dann bisherige Vorstellungen für die Zeit nach dem Arbeitsleben neu arrangiert und der Verlust bzw. die Hilfebedürftigkeit eines nahestehenden Menschen aufgefangen werden.

Zeitpunkt und Erwartbarkeit des Ereignisses

Die Frage, ob es so etwas wie den idealen Zeitpunkt für den Ruhestand gibt, ist kaum zu beantworten. Dafür spielen individuelle Voraussetzungen und betriebliche sowie sozialpolitische Rahmenbedingungen eine zu große Rolle. Dennoch ist der Übergang in den Ruhestand eingebettet in soziale Normen und Vorstellungen eines »social timing«, wenn das legitime Alter für das Ende des Erwerbslebens gekommen ist (Calvo u. a. 2013; Settersten und Hagestad 1996).

Bewältigungsrisiken sind umso wahrscheinlicher, je früher die Verrentung im Vergleich zur gleichaltrigen Peergroup (bezogen auf Status, Unternehmen, Branche etc.) eintritt (Szinovacz und Davey 2005; van Solinge und Henkens 2007;

Wurm u. a. 2009a). Dieser negative Effekt hat zwei Dimensionen: Liegt die Verrentung außerhalb des unmittelbaren Erwartungshorizontes, fällt es schwer dieses plötzliche und unerwartete Ende des Berufslebens hinzunehmen, da man sich beispielsweise zu jung für den Ruhestand fühlt oder wichtige berufliche Ziele noch nicht erreicht hat. Es fehlt das Verständnis und das Gefühl für den Sinn der Verrentung (vgl. Filipp und Aymanns 2010, S. 16), wodurch das Kohärenzgefühl beeinträchtigt wird. Der Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit kann zudem problematisch werden, wenn es keine Gelegenheit gab, sich im Vorfeld Gedanken über den Ruhestand, beispielsweise zu finanzieller Absicherung, Zeiteinteilung oder Hobbies zu machen (vgl. Noone u. a. 2009). So zeigt eine israelische Studie, dass Unsicherheiten und Angst vor der Leere im Ruhestand zu erhöhtem Stress führen (Nuttman-Schwartz 2004).

Ruhestandsplanung ist eine besondere Herausforderung im Spannungsfeld von Vorsorgenotwendigkeiten, Flexibilität und der gleichzeitigen Unsicherheit, was die Zukunft bringen mag. Falsche Vorstellungen oder nicht realisierbare Zielsetzungen können zu Unzufriedenheit und Resignation führen, insbesondere wenn im Vorfeld wichtige Fragen beispielsweise zu persönlichen Wünschen an die Zukunft, Absicherung und Versorgung nicht geklärt wurden. Die Verrentung kann gravierende biografische und materielle Einschnitte bedeuten, die insbesondere bei Personen in ohnehin prekären Lebenslagen schwer wiegen. Aber auch Personen mit hohem sozio-ökonomischem Status können von den negativen Folgen eines aus ihrer Sicht (zu) frühen Ruhestandes betroffen sein.

Quadbeck und Roth (2008) formulieren für das Gefühl der Leere im Ruhestand bei Führungskräften den Begriff des so genannten »empty desk syndroms«. Den Betroffenen fehlt das Gefühl der Sinnhaftigkeit, gebraucht zu werden und eine Aufgabe zu

haben. Zusätzlich müssen sie damit fertig werden, beruflich ersetzbar zu sein. Der negative Effekt verstärkt sich bei einer hohen beruflichen Identifikation und einem gleichzeitig geringen Grad an informellen sozialen Kontakten (Lancee und Radl 2012; Naegele 2004; van Solinge und Henkens 2007).

Der Verlust von berufsbedingten Strukturen, intellektuellen Herausforderungen, Einkommen, beruflicher Wertschätzung, Kompetenzerleben und Macht kann zu hohen Anpassungsanforderungen führen. Wer bislang auf berufliche Leistung ausgerichtet war, dem mag es schwerfallen, nun das Mehr an freier Zeit und Freiraum zu genießen – insbesondere, wenn andere Mitarbeitende weiterhin erwerbstätig sind. Vor allem Personen in vormalig gehobenen Positionen erleben mit dem Ende des Berufslebens eine Nivellierung des sozialen Status und oftmals einen Prestigeverlust (vgl. Rijs u. a. 2012; Schroeter 2006).

Auch wenn sich soziale Ungleichheiten im Alter langfristig fortsetzen, so birgt der neue Status »Rentnerin« bzw. »Rentner« keine unmittelbare Verknüpfung zur vormaligen beruflichen Tätigkeit. Das bisherige Funktions- und Berufsprestige wird nun durch das nach Tartler (1961) prädominante Altersprestige ersetzt (Schroeter 2006, S. 49). In der Konsequenz können umgekehrt Personen in vormalig niedrigerer sozialer Position, wie beispielsweise ältere Langzeitarbeitslose, Erwerbsgeminderte oder Hausfrauen bzw. Hausmänner, durch die Altersrente einen relativen Prestigeerwerb erzielen (Wetzel u. a. 2016).

Folgen für die Ruheständler und Ruheständlerinnen und die sozialen Beziehungen

Das Ende des aktiven Erwerbslebens wird auch, wie in den vorherigen Kapiteln bereits gezeigt wurde, auf der Ebene der sozialen Kontakte und insbesondere innerhalb von Partnerschaft und Familie spürbar. Treten in der Partnerschaft bereits seit

längerem oder auch akut im Übergang Konflikte auf, die sich langfristig nicht lösen lassen, kann dies zu depressiven Verstimmungen führen (Kim und Moen 2002). Dies gilt insbesondere dann, wenn außerhalb der Familie kaum soziale Netzwerke bestehen. Belastungen, die im Zusammenhang mit der Verrentung erlebt werden, können sich zusätzlich negativ auf das Beziehungsverhältnis auswirken.

Bedeutungsvoll können zudem Fragen der Tagesstruktur und der Zeiteinteilung werden. Im Ruhestand verbringen beide Partner deutlich mehr Zeit miteinander und Rituale des Tages (Mahlzeiten, Fernsehen etc.) müssen abgestimmt werden. Möglicherweise verschieben sich Zuständigkeiten innerhalb einer Partnerschaft: Über lange Zeit etablierte Rollenverteilungen, wer für Einkäufe und Haushalt, Versicherungen und Behörden zuständig war, können nun ins Wanken geraten. Konflikte entstehen beispielsweise bei Differenzen in Bezug auf Konsumausgaben, bei »Revierkämpfen« in der Wohnung oder wenn Erwartungen an die Beteiligung bei der Hausarbeit nicht erfüllt werden. Kolland erläutert diese Konflikte am Beispiel von traditionellen Familienmustern: »Während des Erwerbslebens konnte die Hausarbeit auf die Frau geschoben werden, wurden Konflikte, die aus der Berufstätigkeit der Ehefrau und der damit verbundenen Doppelbelastung entstanden waren, verdrängt oder mit Sachzwängen wegargumentiert. [...] Nach der Pensionierung fehlt die Legitimation für die durch die Berufstätigkeit des Mannes entstandene Geschlechtsrollen-Differenzierung.« (Kolland 1988, S. 79 f.)

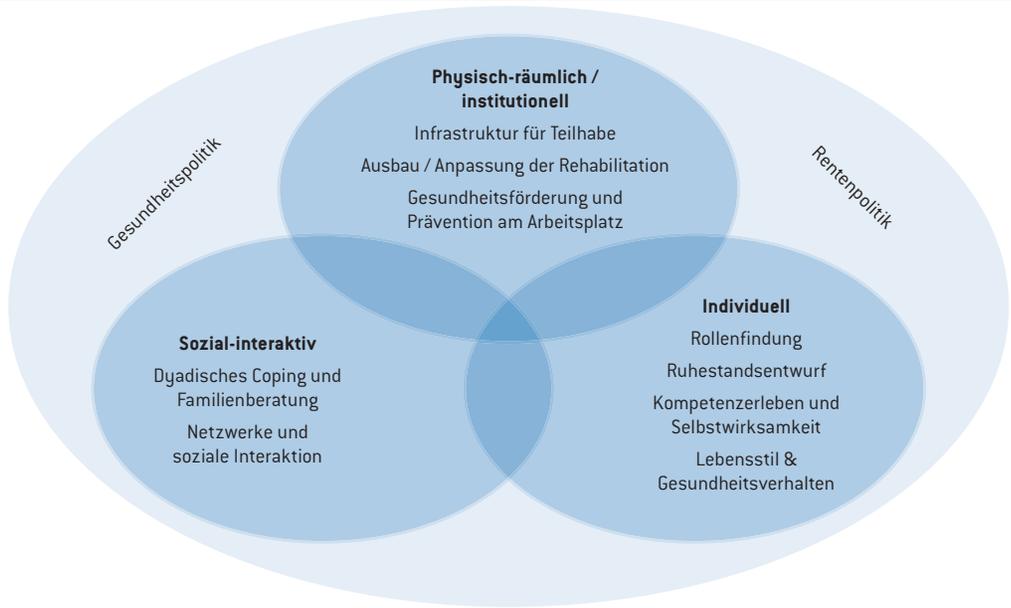
Die Frage der Rollenjustierung betrifft aber auch Partnerschaften, in denen beide Teile erwerbstätig waren. Hier kann es zu Spannungen kommen, wenn nur eine Person in den Ruhestand tritt. Einerseits werden mögliche Aufgaben nun wegen des höheren Zeitbudgets bei dieser Person verortet, möglicher-

weise wünscht aber gerade sie sich im Ruhestand mehr Zeit zur Selbstentfaltung. Nicht zuletzt ist möglich, dass sich die Person schnell einsam und gelangweilt fühlt, wenn die Partnerin oder der Partner weiterhin erwerbstätig ist – insbesondere, wenn das neue Arrangement »typischen« Rollenzuschreibungen nicht entspricht und beispielsweise die Partnerin länger arbeitet, während der Partner die Hausmannrolle übernimmt.

Das Ende des Berufslebens bedeutet auch, dass soziale Kontakte am Arbeitsplatz brüchiger werden und an die neue Ruhestandssituation angepasst werden müssen. Gleichzeitig werden private Netzwerke bedeutsamer und können neue Gesprächsthemen und gemeinschaftliche Aktivitäten hervorbringen (vgl. Tesch-Römer und Engstler 2008). Menschen mit bislang nur wenigen Kontakten außerhalb des Arbeitsplatzes fühlen sich nach der Verrentung allerdings möglicherweise isoliert – insbesondere, wenn das Wohnumfeld keine Möglichkeiten für soziale Teilhabe bietet oder kein Zugang zu bestehenden Angeboten gefunden wird.

Als Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass der Übergang in den Ruhestand ein ambivalentes Lebensereignis darstellt. Wenngleich das Ende des aktiven Erwerbslebens einen Gewinn in Bezug auf die objektive und subjektive Gesundheit darstellen kann, lassen sich auf Person-Umwelt-Ebene bestimmte Risikofaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden identifizieren, die die Bewältigung des Lebensereignisses »Verrentung« erschweren. Dazu gehören beispielsweise bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen und schwierige Lebenslagen, eine fehlende Vorbereitung auf den Ruhestand, eine frühzeitige und unfreiwillige Verrentung sowie Konflikte in der Partnerschaft und fehlende soziale Integration. Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung werden im folgenden Abschnitt skizziert.

DREIKLANG-Modell



» Abb. 1: DREIKLANG-Modell. Das Modell wurde von Annette Franke im Kontext der vorliegenden Expertise eigens entwickelt. Die Urheberrechte liegen bei der Autorin.

Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung

Die Ausführungen in den letzten Abschnitten lassen sich in einem Modell darstellen, das symbolisiert, wie ein erfolgreicher Übergang in den Ruhestand auf der Person-Umwelt-Ebene und eine Förderung des Kohärenzgefühls unterstützt werden können. Erfolgreich bedeutet in diesem Zusammenhang, Ziele der präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen und Maßnahmen zu erreichen, die darin bestehen, u. a. einen unfreiwilligen und ungeplanten Ruhestand zu verhindern, physisches und psychisches Wohlbefinden zu fördern, das Gefühl von Selbstbestimmung, Autonomie, Kohärenz und

Gebraucht werden auch nach der Verrentung zu erhalten, Räume für die Weitergabe von Erfahrungen und Wissen zu ermöglichen und die soziale Integration zu erschließen. Gesundheitsbezogene Interventionen sollen direkt an der Übergangssituation ansetzen, um den Moment der Neuorientierung für die Entwicklung und Etablierung eines positiven Gesundheitsverhaltens zu nutzen. Das hier entwickelte DREIKLANG-Modell umfasst dabei folgende neun Bestandteile:

1. **Dyadisches Coping** und Familienberatung
2. **Rollenfindung** und die Entdeckung neuer Hobbys
3. **Entwurf** einer Vision vom eigenen Ruhestand und Vorbereitung auf das Berufsende
4. **Infrastruktur für Teilhabe**

5. **Kompetenzerleben und Selbstwirksamkeit**
6. **Lebensstil und Gesundheitsverhalten**
7. **Ausbau und bedarfsgerechte Anpassung von Rehabilitationsmaßnahmen**
8. **Netzwerke und soziale Interaktion**
9. **Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz**

Das DREIKLANG-Modell ist auf drei Ebenen der Intervention verortet, nämlich auf der individuellen, sozial-interaktiven und physisch-räumlich/institutionellen Ebene.

Im Zusammenspiel aller genannten Ebenen steht dieses Modell für Voraussetzungen und Interventionsmöglichkeiten bei dem Übergang in den Ruhestand. Kontextuell eingebunden ist das Modell in die renten- und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Im Folgenden werden die Elemente des Modells für die Bereiche Gesundheitsförderung und Prävention näher erläutert. Dabei soll vorweggenommen werden, dass der Übergang in den Ruhestand – entsprechende Maßnahmen auf betrieblicher Ebene ausgenommen – bislang nur sehr cursorisch als eigenständiges Thema in gesundheitsförderlichen und präventiven Angeboten aufgenommen wird. Stattdessen erscheint die Bewältigung der Verrentung als eine persönliche Aufgabe, bei der jedoch Vernetzungspotenziale beispielsweise zwischen Betrieben und Gesundheitseinrichtungen noch lange nicht ausgeschöpft sind.

Individuelle Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Stärkung psychosozialer Ressourcen zur Bewältigung der Übergangssituation. Für die besonders vulnerablen Personengruppen wie beispielsweise Erwerbsgeminderte, sozial Benachteiligte oder Menschen mit hoher Berufsbindung ist es wichtig, dass bereits vor der Verrentung auch außerhalb der beruflichen Tätigkeit persönliche Kompetenzerfahrungen

gemacht werden, um das Gefühl der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zu unterstützen. Dazu gehört im Umkehrschluss auch, dass Menschen in ihrem Beruf lernen können, Grenzen zu setzen und Widerstandsressourcen gegen Stress zu entwickeln, um einer psychischen Überforderung und damit auch der Erwerbsunfähigkeit vorzubeugen.

Die Stärkung von Selbstwirksamkeit und das Gefühl von Kohärenz führen zu einem größeren Selbstvertrauen und wirken sich damit positiv auf das Wohlbefinden aus. Wichtig ist hier, die Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen zu fördern und neue Quellen der Zufriedenheit in der Freizeit, innerhalb der Familie oder im Freundes- und Bekanntenkreis zu ergründen. Auch freiwillige und selbstbestimmte Möglichkeiten für ehrenamtliches Engagement, Partizipation und entsprechende Teilhabestrukturen sind bedeutende Ankerpunkte in der Nacherwerbsphase. Sie unterstützen nicht nur die Suche nach neuen, als sinnhaft erlebten Rollen nach dem Berufsleben, sondern fördern zudem die soziale Integration (Butrica und Schaner 2005). Durch sozialen Austausch und ggf. ergänzende Unterstützung durch psychosoziale Beratungs- und Therapieangebote können Betroffene lernen, das Ende des Berufslebens als ambivalentes Lebensereignis mit Gewinnen und Verlusten zu verstehen und zu akzeptieren.

Wie bereits erwähnt wird der Ruhestandsübergang besonders riskant, wenn er Menschen unerwartet und unfreiwillig trifft und sie das Gefühl haben, die Verrentung weder zu verstehen, noch zu bewältigen oder als sinnhaft erleben zu können. Umgekehrt zeigen Untersuchungen, dass eine gewisse Planung des Ruhestands vor der Verrentung die Konsequenzen des plötzlichen Einschnitts abmildern kann (vgl. Noone u. a. 2009). Vielfach mangelt es jedoch an konkreten Vorstellungen und Kenntnissen über sozialrechtliche, materielle und

persönliche Veränderungen, die der neue Status »Ruheständlerin« bzw. »Ruheständler« mit sich bringt. Insofern können sich eine Art »Vision« oder »Entwurf« vom Leben im Ruhestand und eine Abschätzung der finanziellen Ressourcen positiv auf die Handhabbarkeit der Situation und unmittelbar auf die Gesundheit auswirken.

An dieser Stelle wird bewusst der Begriff »Ruhestandsentswurf« bzw. »Ruhestandsstrategie« als ein Bild vom Ruhestand verwendet und nicht der populäre Terminus der »Ruhestandsplanung«. Ähnlich wie in der Architektur, in der man zwischen »Entwurf« (= Konzept unter Berücksichtigung der Belange anderer Beteiligten) und »Ausführungsplanung« (= konkrete Planung mit allen für die Ausführung notwendigen Einzelangaben) unterscheidet, umfasst der »Ruhestandsentswurf« ein vorangestelltes, breit angelegtes Konzept, das auch nach dem »Warum«, der Zielmotivation und unterschiedlichen vorhersehbaren und nicht vorhersehbaren Einflussfaktoren und Pfaden zur Zielerreichung fragt. Im Gegensatz dazu impliziert Ruhestandsplanung eine deutlich konkretere Vorgehensweise mit Planungsschritten wie beispielsweise Abschluss bestimmter Versicherungen. Angesichts der Unvorhersehbarkeit von Ereignissen kann jedoch erst einmal die Entwicklung einer Strategie, die im besten Fall bereits deutlich früher im Lebenslauf ansetzt, als erster Schritt realistischer und der Lebenswelt der Menschen zugänglicher sein (z. B. ob man später in der Nähe der Kinder wohnen möchte). Mit dem Konzept des »Retirement Coaching« existieren beispielsweise in den USA und Israel zunehmend spezielle Beratungsangebote zu inhaltlichen Fragen von Lebensplanung, Finanzmanagement und Freizeitmöglichkeiten (vgl. Nuttman-Shwartz 2004).

Entsprechende geschlechtersensible und lebenslauforientierte Angebote in der Vorbereitungs-, Planungs- und Umsetzungsphase des Übergangs

können dabei sowohl verständliche Informationen zu bürgerschaftlichem Engagement, Freizeitangeboten, sinnstiftenden Angeboten im Alter, aber auch sozialer Sicherung, Gesundheitsversorgung/-verhalten (Stichwort »Health Literacy«) und Versicherungen, Steuern und Finanzprodukten (Stichwort »Financial Literacy«) bereitstellen.

Eine wichtige Ebene der individuellen Gesundheitsförderung zielt auf Gesundheitskonsum und das Gesundheitsverhalten beim Übergang in den Ruhestand. Auch hier sind Maßnahmen im Vorfeld hilfreich, um die Gesundheitsressourcen, z. B. durch Bewegung, gesunde Ernährung oder Stressbewältigung, zu stärken (vgl. Barnett u. a. 2012). Dabei gilt es, Menschen in ihren Lebens- bzw. Arbeitswelten und unter Berücksichtigung ihrer milieuspezifischen Belastungen und Ressourcen frühzeitig und nachhaltig für einen gesunden Lebensstil zu gewinnen, der im Ruhestand aufrechterhalten oder gar erweitert werden kann.

Sozial-interaktive Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Es wurde bereits erwähnt, dass Partnerschaften im Übergangsprozess sowohl in der Entscheidung für und wider das Ende der Erwerbsphase, als auch in der Bewältigung dieser Situation von herausragender Bedeutung sind. Hier gilt es, Familien in ihren Konfliktlösungskompetenzen zu stärken und sie darin zu begleiten, offen mögliche Befürchtungen, aber auch neue Chancen durch den Ruhestand zu äußern. Gemeinsam können dadurch Erwartungen an die Partnerschaft, Wünsche und Kompromisse, neue Ideen für Zeitgestaltung und Rituale oder neue gemeinsame Hobbys angesprochen werden. Dies gilt im Besonderen, wenn gleichzeitig der Auszug der Kinder erfolgt und hier eine erlebte »Verantwortungslücke« entsteht. Die Bewältigung des Ruhestandsübergangs sollte dabei im Idealfall als eine gemeinsame Aufgabe mit dem Gefühl des

Vertrauens, des Respekts und der Solidarität von beiden verstanden werden im Sinne eines Dyadischen Copings (vgl. Bodenmann 1995, 2000; siehe auch Kasten auf S. 24). Familien- und Partnerschaftsberatung kann als neutrale Anlaufstelle darin unterstützen, die jeweiligen Bewältigungsressourcen zu aktivieren.

Kontakte außerhalb der Familie stellen ebenfalls eine wichtige Säule bei der Bewältigung des Übergangs dar. Sie bilden Räume für ein soziales Miteinander, Austausch und den Erwerb gesundheitsbezogenen Wissens und stärken die Kohärenz. Daher ist es wichtig, die Pflege der sozialen Netzwerke zu unterstützen und strukturell Möglichkeiten des Kennenlernens zu schaffen. Hierbei sollten insbesondere allein lebende Ältere und sozial Benachteiligte in den Fokus genommen und ihnen der Zugang zu Angeboten und Netzwerken erleichtert werden. Freiwillige und flexible Bildungs-, Vernetzungs-, Sport- und Bewegungsangebote tragen sowohl zur sozialen Integration, wie auch zum körperlichen Wohlbefinden bei (Strobl u. a. 2010). Betriebe könnten ihre Angebote beispielsweise verstärkt auch für die bereits ausgeschiedenen Kolleginnen und Kollegen öffnen und damit Möglichkeiten für das Aufrechterhalten von Kontakten schaffen. Maßnahmen wie die Netzwerkpflege ehemaliger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter existieren derzeit jedoch vorwiegend auf individueller Ebene der Betriebe. Förderlich wären systematische Strukturen, die gemeinsame Angebote in Kooperation mit Kommunen, Betrieben, Sportvereinen oder Kirchengemeinden entwickeln.

Wichtig, insbesondere für sozial benachteiligte Menschen und/oder chronisch kranke Menschen, sind funktionierende Hilfestrukturen in der unmittelbaren Nachbarschaft. Hier sollte sich Gesundheitsförderung auch die Aktivierung sozialer Teilhabe zur Aufgabe machen. Begegnungs- und Freizeitangebote könnten im Quartier beispielswei-

se gezielt kürzlich verrentete Personen ansprechen und die Vernetzung unter Gleichgesinnten fördern. Interessant sind, neben der Öffnung von betrieblichen Freizeitangeboten und der gezielten Entwicklung von Quartiersangeboten, auch Patenschaften oder Mentoring-Programme für Neu-Verrentete, beispielsweise mit erfahrenen Ruheständlerinnen und Ruheständlern als Mentorinnen und Mentoren.

Solche Angebote können an die Erfahrung der Mentoringprogramme von älteren Menschen im Ruhestand für junge Migrantinnen und Migranten oder Kinder aus benachteiligten Familien anknüpfen. Allgemein bezeichnet das Wort »Mentor« die Rolle einer erfahrenen Person, die mit der persönlichen Erfahrung und ihrem Wissen die Entwicklung von unerfahrenen »Mentees« fördert. In diesen Programmen lernen die Mentees die eigenen Fähigkeiten besser kennen und einzuschätzen, machen neue Erfahrungen von kultureller Teilhabe und Freizeitangeboten oder können sogar in der Berufsfindung (bzw. beim ehrenamtlichen Engagement) unterstützt werden. Die Mentorinnen und Mentoren können gleichzeitig Bedeutsamkeit, Generativität, Kompetenz und Reflexion erfahren. Auch hier sind Interventionen auf der Ebene der Gesundheitsförderung durchaus ausbaufähig, sollten jedoch auch mit Blick auf die Erreichbarkeit von schwierigen Zielgruppen (niedriger sozio-ökonomischer Status, wenig Sozialkontakte) möglichst niedrigschwellig und an Regeleinrichtungen angegliedert sein.

Physisch-räumliche und institutionelle Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Die gesellschaftlichen, institutionellen und physisch-räumlichen Rahmenbedingungen bilden zentrale Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bewältigung der Verrentung. Dazu gehört insbesondere die Rentenpolitik durch ihre Vorgaben, was Renteneintrittsalter, Berechnungsgrundlage und Höhe der Rentenzahlungen betrifft.

In der unmittelbaren Wohnumwelt bieten sich sowohl ermöglichende, als auch zugehende Strukturen an, um die Menschen beim Übergang in den Ruhestand zu unterstützen, ihnen die Möglichkeit zu geben, sich mit Gleichgesinnten auszutauschen, bei Bedarf Unterstützung zu finden oder auch sich beispielsweise in Form ehrenamtlichen Engagements aktiv einzubringen. In der Quartiersentwicklung können informelle Treffpunkte als Anlaufstellen dienen, die zur Erholung (Park, Café, Begegnungszentrum, Urban Gardening) und ohne Konsumzwang einen wichtigen Beitrag zur sozialen Integration in der unmittelbaren Lebenswelt leisten. Auch Seniorenbüros, Vereine oder Glaubensgemeinschaften können entsprechende Anlaufstellen sein. Dabei sollten die Angebote möglichst in Form einer abgestimmten und koordinierten Zusammenarbeit der einschlägigen Akteure vorliegen. Gleichzeitig sollte beachtet werden, dass Menschen beim Übergang in den Ruhestand eine heterogene Gruppe sind, deren größte Gemeinsamkeit mitunter allein im Fakt der Verrentung liegt.

Ein Beispiel für ein langjähriges Konzept zur Gründung und Begleitung von sozialen Netzwerken bei Älteren ist das Modell »ZWAR – Zwischen Arbeit und Ruhestand« (www.zwar.org). In Nordrhein-Westfalen im Jahr 1979 gegründet und gefördert vom Landesgesundheitsministerium, existieren mittlerweile über 180 ZWAR-Netzwerke in über 60 Kommunen. Mitglieder des Trägervereins sind seit jeher Wohlfahrtsverbände auf Landesebene, die Kommune Dortmund, Gewerkschaften und die Gründerinnen und Gründer von ZWAR. Das ZWAR-Konzept bündelt pädagogische, soziale und politische Expertise zur stadtteilbezogenen Vernetzung älterer Menschen ab 50 Jahren. Im Mittelpunkt stehen soziale Projekte sowie Freizeitaktivitäten zur Erhöhung der Lebensqualität im Sozialraum. Dabei sollen ältere Menschen beim Übergang in den Ruhestand die Möglichkeit haben, sich mit Gleichgesinn-

ten auszutauschen, einen Raum für Geborgenheit und Solidarität in einer Gemeinschaft zu finden und durch ihr Engagement neue sinnstiftende Aufgaben zu entdecken. Gleichzeitig zielt das Konzept auf eine stärkere Identifikation mit dem Stadtteil und aktive Beteiligung an dessen Gestaltung ab. Inzwischen bestehen auch einzelne Netzwerke, die explizit ältere Menschen mit Migrationshintergrund ansprechen. Oftmals entstehen Kooperationen beispielsweise zwischen den lokalen Netzwerken und kommunalen Gesundheitskonferenzen oder Zukunftswerkstätten. Zu Beginn berät, begleitet und qualifiziert die ZWAR-Zentralstelle Kommunen und Netzwerke zu beispielsweise Planung, Gestaltung und Koordination von Teilhabe und ehrenamtlichem Engagement für maximal zwei Jahre. Danach agieren die Netzwerke selbständig, stehen jedoch miteinander weiterhin im Kontakt.

Ein weiteres, interessantes Beispiel für Vernetzung von Gesundheitsförderung auf individueller, sozial-interaktiver und institutioneller Ebene ist das Projekt »AUF (Aktiv und Fit) Leben – Übergänge gestalten« (www.lsb-berlin.net/angebote/sport-der-aelteren/auf-aktiv-und-fit-leben/?) vom Landessportbund Berlin, dem Deutschen Olympischen Sportbund, Sportvereinen und verschiedenen kleinen und mittleren Betrieben. Hier wurde in einer gemeinsamen Aktion ein geschlechtssensibles Bewegungsprogramm entwickelt. Gleichzeitig knüpfen die Teilnehmenden durch die Integration in Vereinsstrukturen neue Kontakte und lernen mögliche Felder für ein späteres ehrenamtliches Engagement im Alter kennen. In dem Projekt können so neue Rollen für den Ruhestand erprobt werden, die wiederum die Erfahrung eigener Kompetenzen und der Handhabbarkeit der Verrentung ermöglichen.

Der Aufbau und die Etablierung von gesundheitsförderlichen Angeboten und Maßnahmen sollten von entsprechenden finanziellen und strukturellen Anreizsystemen flankiert werden. Ansatzebenen

können verschiedene Settings und Lernorte für Gesundheit sein, z. B. Bildungseinrichtungen, Quartiere und Nachbarschaften oder Begegnungsräume. Apotheken, Gesundheitszentren, Krankenhäuser und Arztpraxen sowie die Renten- und Krankenversicherungsträger als Multiplikatoren können beraten und nachhaltig begleiten. Auch Jobcenter und Träger der Rehabilitation spielen eine wesentliche Rolle, denn durch den »schleichenden« Übergang in den Ruhestand sollten Hilfen für (Langzeit-)Erwerbslose bereits wesentlich früher greifen bzw. eine gelingende Wiedereingliederung in die Arbeitswelt gefördert werden.

Nicht zuletzt durch das am 18. Juni 2015 im Deutschen Bundestag verabschiedete Präventionsgesetz ergeben sich neue Optionen für lebensweltbezogene Prävention – dies gilt im Besonderen, aber nicht nur auf der betrieblichen Ebene. Gesundheitsförderung im Setting Betrieb (beispielsweise kostenlose Gesundheitschecks, Bewegungsförderung oder gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen) kann mit Blick auf die Hauptursachen für Erwerbsunfähigkeit zu einer besseren Gesundheit Älterer beitragen. Dabei sind entsprechende Strukturen vor Ruhestandsbeginn innerhalb der bestehenden Erwerbssituation und in den Unternehmen gefragt – schließlich ist Arbeitszufriedenheit ein entscheidender Motivator nicht frühzeitig freiwillig den Arbeitsmarkt zu verlassen (vgl. Jüchtern 2002).

Zu den größten Risikofaktoren für einen frühen Ruhestand gehören Substanzmittelkonsum (z. B. Alkohol) und psychosoziale Überbelastung durch beruflichen Stress, Gratifikationskrisen, ergonomische Belastungen beispielsweise durch statische Haltungen oder repetitive Bewegungen (u. a. Fließbandarbeit) sowie Schichtarbeit (vgl. Siegrist und Dragano 2008). Betrachtet man die Hauptursachen für Erwerbsminderung (vgl. S. 36), so werden hier wichtige Handlungsfelder des betrieblichen

Gesundheitsmanagements (beispielsweise in Form von Gestaltung der Arbeitsbedingungen, Kompetenztrainings, Entspannungsübungen, Anpassung der Arbeitsumgebung oder Supervisionen) sichtbar.

Die Voraussetzungen für gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Unterstützung und Begleitung des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben sind gut. Nichtsdestotrotz besteht hier ein deutlicher Nachholbedarf für niedrigschwellige Angebote, die in einen breiten öffentlichen Diskurs zu Fragen des Übergangs in den Ruhestand eingebettet sein sollten. Neben der Beteiligung der Unternehmen stellt auch eine Einbeziehung der Jobcenter ein Potenzial bei der Gestaltung der Übergangsphase dar. Eine frühzeitige Unterstützung von Erwerbslosen und vor allem von Langzeitarbeitslosen bei dem Übergang in die Verrichtung kann die Voraussetzungen dafür schaffen, dass diese Personengruppen im Ruhestand Zugang zu hilfreichen Angeboten erhalten.

Fazit

Das englische Wort für Ruhestand »retirement« bedeutet in der wörtlichen Übersetzung das »Zurückziehen« aus dem aktiven Arbeitsleben. Der Begriff »tire« lässt sich dabei mit »müde« und »erschöpft« übersetzen, bedeutet aber auch gleichzeitig »Reifen«, beispielsweise an Automobilen oder Fahrrädern. Aus dieser Perspektive lässt sich der Ruhestand frei als Chance für Entspannung, aber auch für Mobilisierung interpretieren. Wie eine Sichtung aktueller Forschungsliteratur zeigt, ist der Übergang in den Ruhestand ein oftmals ambivalentes Lebensereignis, das sowohl positive als auch negative Effekte mit sich bringt. Gerade diese Widersprüchlichkeit ist ein Grund dafür, dass die Verrichtung als biografische Veränderung nicht hinreichend in ihren Auswirkungen auf Gesundheit

und Wohlbefinden gesellschaftlich und politisch diskutiert wird. Entsprechend mangelt es an spezifischen Interventionen, die den Ruhestandsübergang in Vorbereitung und Bewältigung flankieren. Dabei ist das Ende der Erwerbsarbeit strukturiert von sozialpolitischen Rahmenbedingungen in der Rentenpolitik, die hier bezüglich der Leistungen und der Flexibilisierung des Renteneintritts wie in der geplanten »Flexi-Rente« nicht vertiefend diskutiert werden konnten. Entwicklungen wie die Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse geben Anlass zu der Befürchtung, dass Armutslagen bei Älteren künftig zunehmen werden.

Zur Frage der Auswirkungen auf Gesundheit und Mortalität stützt der empirische Forschungsstand die These, dass der Übergang in den Ruhestand im Allgemeinen keinen Risikofaktor für eine Verschlechterung der Gesundheit oder eine erhöhte Sterblichkeit darstellt. So bietet die im Ruhestand gewonnene Zeit prinzipiell Möglichkeiten für höheres körperliches und seelisches Wohlbefinden: Stressfaktoren am Arbeitsplatz fallen weg, die Zeit kann frei eingeteilt werden und es entsteht Raum für neue Aktivitäten.

Dennoch bestehen auf der Person-Umwelt-Ebene bestimmte Risikofaktoren für Gesundheit und Wohlbefinden, wie beispielsweise bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen und schwierige Lebenslagen, fehlende Vorbereitung auf den Ruhestand, frühzeitige und unfreiwillige Verrentung sowie Konflikte in der Partnerschaft und fehlende soziale Integration. Daraus folgt, dass Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status, mit geringen Unterstützungsressourcen in Partnerschaft, Familie und sozialem Umfeld, chronisch Kranke und Personen mit Erwerbsminderung sowie unfreiwillige Ruheständlerinnen und Ruheständler eher Schwierigkeiten haben, den Ruhestandsübergang ohne Einschränkungen für Gesundheit und Wohlbefinden zu bewältigen. Hier zeigen sich deut-

lich die Verschränkungen von sozio-ökonomischen Benachteiligungen und unterschiedlichen Erwerbsbiografien über den Lebenslauf mit den Auswirkungen im Alter. Entsprechende Risiken ergeben sich für die materiellen Ressourcen im Ruhestand bei Personen mit brüchigen Erwerbsbiografien und Tätigkeiten im Niedriglohnbereich. Betroffen sind hier insbesondere Frauen, Langzeitarbeitslose sowie Menschen mit Migrationshintergrund.

Präventive und gesundheitsfördernde Interventionen können eine positive Entwicklung beeinflussen – sowohl im Vorfeld der Verrentung, als auch begleitend. Konzeptionell bieten das Konzept der Salutogenese nach Antonovsky und die Person-Umwelt-Passung Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung und Prävention auf verschiedensten Ebenen. In dem DREIKLANG-Modell (vgl. S. 43) werden die verschiedenen Dimensionen dargestellt, die eine erfolgreiche Bewältigung des Ruhestands mit Blick auf Gesundheit und Wohlbefinden unterstützen können.

Gesundheitsförderliche Interventionen können an unterschiedlichen Punkten ansetzen und durch entsprechende Maßnahmen den Aufbau von Widerstandsressourcen gegen Stress, wie Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben, unterstützen. Wenn bereits im Vorfeld eine Vorstellung oder Vision vom Leben im Ruhestand entwickelt wurde und beispielsweise Fragen zu finanziellen Ressourcen geklärt sind, so kann dies auch ein plötzliches, unfreiwilliges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entschärfen. Wichtig ist, dass der Ruhestandsübergang mit Gewinnen und Verlusten akzeptiert werden kann und positive Erfahrungen in Familien und Partnerschaften sowie in der weiteren sozialen Umwelt gemacht werden können. Auch ehrenamtliches Engagement und entsprechende Teilhabestrukturen können – sofern flexibel, selbstbestimmt und lebensweltlich orientiert – die Suche nach neuen Rollen im Ruhestand sowie die

soziale Integration unterstützen. Gleichzeitig sollte das Potenzial des Ehrenamts realistisch und den entsprechenden individuellen Voraussetzungen gemäß diskutiert werden.

Handlungsfelder für Akteurinnen und Akteure im Gesundheitswesen (öffentlicher Gesundheitsdienst, Ärztinnen und Ärzte, Apotheken, Gesundheitszentren, Rentenversicherungsträger etc.) bestehen mit Blick auf Beratung, Information und Begleitung vor, während und nach dem Übergang. Zu den zentralen Themen gehören beispielsweise die Aufklärung über Erkrankungen und Rehabilitationsmöglichkeiten, Möglichkeiten der Konfliktlösung in Partnerschaft und Familie, Teilhabe und sinnstiftende Freizeitaktivitäten, aber auch zu sozialer Sicherung, Gesundheitsversorgung/-verhalten und Finanzthemen.

Auch zur Vermeidung verfrühter Ruhestandsübergänge können eine Stärkung der Rehabilitation und eine bessere Wiedereingliederung in die Arbeitswelt einen wichtigen Schritt darstellen. Insgesamt wäre es für den Bereich der Rehabilitation wünschenswert, die Vorgaben im Verfahrensrecht des SGB IX zu stärken und kürzere Entscheidungswege der beteiligten Akteurinnen und Akteure unter der Federführung eines zuständigen Trägers zu finden. Hilfreich wären zudem Vernetzungen von Arbeitgebern, Krankenkassen und Trägern der Rehabilitation, ein gelingendes Eingliederungsmanagement, eine Anpassung des Arbeitsumfeldes und die Flexibilisierung von Reha-Maßnahmen. Bei den Maßnahmen sollten Rehabilitanden mitbestimmen können, und Ausgaben sollten den tatsächlichen Bedarfen angepasst werden. Aus Sicht der Betroffenen wäre ein einheitliches Begutachtungsverfahren durch die Träger sinnvoll, um den Rehabilitanden Mehrfachgutachten zu ersparen. Auch könnten die Träger der Rehabilitation, wie beispielsweise die Deutsche Rentenversicherung, Gesundheitsbildungsprogram-

me ausbauen. Hierzu wäre eine Anpassung des Reha-Budgets nötig.

Ein körperlich aktiver und gesunder Lebensstil gehört zu den wichtigsten Schutzfaktoren für das Alter. Auch hier sind lebensweltorientierte Maßnahmen im Vorfeld, beispielsweise auf betrieblicher Ebene, hilfreich, um die Gesundheitsressourcen von Menschen zu stärken. Dazu tragen Angebote wie Laufbahnplanung, Übergangmanagement und Work-Life-Balance ebenso bei wie Bewegung und Sport, Gesundheitschecks, Stressmanagement und Burnout-Prävention.

Viele der genannten Angebote sind nicht kostenfrei und darum auch in der Konsequenz nicht allen Bevölkerungsgruppen gleich gut oder überhaupt zugänglich. Ähnliches gilt für settingbezogene Angebote wie beispielsweise die betriebliche Gesundheitsförderung, die Hausfrauen und Hausmänner oder Arbeitslose nicht erreichen können. Es wäre daher wünschenswert, wenn sich Angebote nicht nur an die jüngeren, fitten, ökonomisch besser gestellten und besser gebildeten Älteren richten, sondern niedrigschwellig im Sozialraum angesiedelt sind und auch als zugehende, anhand der Bedarfe und mit den Betroffenen entwickelte Formate etabliert werden könnten.

» 03.2 Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit

Die Menschen in der Bundesrepublik werden durchschnittlich immer älter. Sie verbringen die gewonnenen Lebensjahre trotz Erkrankungen meist körperlich mobil und fühlen sich gesund (Wurm u. a. 2009b, S. 79). Dennoch gehören Pflege und Gepflegtwerden zum Leben, von der Geburt bis zum

Lebensende. Jeder zweite Mann und zwei von drei Frauen werden im Laufe ihres Lebens pflegebedürftig und bleiben dies in aller Regel dann bis zu ihrem Lebensende (Rothgang u. a. 2011, S. 10 und S. 131). Mit der Zahl der Hochaltrigen nimmt die Zahl der Pflegebedürftigen zu, im Zeitraum 1999 bis 2013 von 2,0 auf 2,6 Millionen (Statistisches Bundesamt 2013, S. 23 und 2015a, S. 7). Dies liegt an dem mit fortschreitendem Alter deutlichen Anstieg von mehreren gleichzeitigen Gesundheitsproblemen, die länger andauern, kompliziert sind oder chronisch werden, während sich Genesungsprozesse verzögern (Nowossadeck 2012, S. 1). Zusätzliche Risiken entstehen, wenn gleichzeitig mehr als fünf Arzneimittel eingenommen werden.

In diesem Kapitel werden verschiedene Auswirkungen von Pflegebedürftigkeit im Alter ab 60 Jahren aus Sicht der direkt Betroffenen und der pflegenden Lebenspartnerinnen bzw. -partner sowie im Hinblick auf die Auswirkungen auf die Paarbeziehung beleuchtet. Anhand verschiedener Situationen werden Risiko- und Ressourcenkonstellationen aufgezeigt, unter denen Pflegebedürftigkeit zu weiteren Gesundheitsgefährdungen führen bzw. der Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu einem kritischen Lebensereignis im Sinne der in Kapitel >> 02 (S. 10) genannten Kriterien wird. Auf dieser Basis werden Möglichkeiten herausgearbeitet, wie Ressourcen gestärkt bzw. Risiken vermindert werden können, um die Verstehbarkeit und die Handhabbarkeit dieser Lebenssituation zu verbessern.

Vorabüberlegungen

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) im Jahr 1995 wird Pflegebedürftigkeit meist im Sinne dieses Sozialgesetzbuches definiert. Pflegebedürftig sind demnach Menschen,

die »wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen« (§ 14, SGB XI). Wer Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten möchte, muss die Bedingungen zur Einstufung in eine Pflegestufe (seit 01.01.2017 eines Pflegegrades) erfüllen und dies in einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bestätigen lassen. Auf dieser Grundlage erlässt die Pflegekasse einen entsprechenden Bescheid.

Pflegebedürftigkeit bedeutet nicht, dass Gesundheitsförderung und Prävention nunmehr überflüssig wären. Vielmehr bedürfen Menschen mit Pflegebedarf ganz besonders kontinuierlicher und intensiver Maßnahmen, um einen möglichst guten Gesundheitszustand zu erreichen und zu erhalten.

Wer sind die Pflegebedürftigen und wer sind die Pflegenden?

Im Jahr 2013 waren in der Bundesrepublik 2,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig anerkannt, davon 65 % Frauen (Statistisches Bundesamt 2015a, S. 5). Die Pflegebedürftigen verteilen sich je nach Bevölkerungsanteil der über 75-Jährigen regional leicht unterschiedlich (Deutscher Bundestag 2016, S. 117 f.). Auch die Pflegequoten unterscheiden sich in den Bundesländern. Von der bundesdurchschnittlichen Pflegequote (alle Altersgruppen) von 3,25 % weicht Mecklenburg-Vorpommern mit bis zu 4,5 % nach oben, Bayern mit 2,61 % nach unten ab (Statistisches Bundesamt 2016, S. 8). Wie diese Unterschiede mit der Altersverteilung der Bevölkerung, der Reichums- und Armutsverteilung, den regionalen Gegebenheiten in der Infrastruktur und anderen Indikatoren zusammenhängen, kann hier nicht im Detail erörtert werden (vgl. hierzu

Deutscher Bundestag 2016, Bericht der Sachverständigenkommission, Kapitel 5). Die regionalen Unterschiede verweisen jedoch einmal mehr auf die Bedeutung des sozialräumlichen Kontextes für die Lebensbewältigung im Alter.

Zu den nach SGB XI anerkannten Pflegebedürftigen hinzu kommen nach fundierten Schätzungen auf jeden als pflegebedürftig anerkannten Menschen zwei weitere, die mehrfach wöchentlich Unterstützung im Alltag benötigen, jedoch (noch) nicht in dem für eine (damals noch) Pflegestufe erforderlichen Umfang (Schneekloth und Wahl 2005, S. 61). Sie stehen damit aber an der Schwelle zur Pflegebedürftigkeit. Die weitaus meisten Pflegebedürftigen gehören mit über 65 Jahren zu den Älteren, 37 % sind über 85 Jahre alt. Statistisch betrachtet erfolgt der Übergang in die Pflegebedürftigkeit bundesweit in der Regel zwischen dem 79. und 80. Lebensjahr.

Nur rund ein Drittel der Pflegebedürftigen lebt in Pflegeeinrichtungen. Zwei Drittel wohnen in Privathaushalten und werden dort entweder nur von Angehörigen (dazu zählen auch Bekannte, Freundinnen und Freunde sowie Menschen aus der Nachbarschaft) oder, meist zusätzlich, von Pflegediensten bei der Alltagsbewältigung unterstützt (Statistisches Bundesamt 2015a, S. 7). Dabei gibt es regionale Unterschiede: Der Anteil der pflegebedürftigen Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen leben, liegt in Schleswig-Holstein bei rund 40 %, in Bayern bei 32 %, in Brandenburg dagegen nur bei 23 %, in Hessen bei 24 % (Statistisches Bundesamt 2016, S. 13). Zu Hause bzw. im Privathaushalt versorgt zu werden, entspricht nach wie vor dem Wunsch der meisten Betroffenen (Oswald u. a. 2013, S. 46). §3 des Pflegeversicherungsgesetzes SGB XI definiert die häusliche Versorgung auch als sozialpolitisches Ziel.

Über diejenigen, die privat ältere hilfe- und pflegebedürftige Angehörige und Bekannte pflegen

und unterstützen, gibt es nur wenige repräsentative Studien. Nach Schneekloth und Wahl waren die Hauptpflegepersonen von älteren Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten zum Jahresende 2002 zu 73 % weiblich (Schneekloth und Wahl 2005, S. 77). Während pflegebedürftige Männer oft von ihren Frauen versorgt werden, leben ältere Frauen häufiger alleine (Statistisches Bundesamt 2015a, S. 8) und sind bei Pflegebedürftigkeit daher eher auf die Hilfe ihrer Kinder oder anderer Verwandter bzw. auf ambulante Dienste angewiesen. Es ist jedoch ein leichter Anstieg der männlichen Haupt-Pflegepersonen zu verzeichnen (BMG 2011, S. 27). Nach Berechnungen des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) lebten im Jahr 2011 ca. 60 % der Pflegebedürftigen ohne Partnerin oder Partner in ihrem Haushalt (ZQP 2014, S. 66). In diesen Fällen müssen die Hauptpflegepersonen durchschnittlich weitere Wege zur Pflege zurücklegen. 48 % der Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen fühlen sich durch die Pflege insgesamt eher stark und 29 % sogar sehr stark belastet (BMG 2011, S. 29).

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit aus Sicht der Pflegebedürftigen

Pflegebedürftig zu werden ist ein einschneidendes Ereignis im Leben von älteren Menschen, das mit existenziellen und alltagsrelevanten Verlusten auf mehreren Ebenen einhergeht. Betroffen sind sowohl die persönliche Autonomie, als auch die Beziehungen zum sozialen Umfeld (Zander und Heusinger 2013, S. 102), was zu einer starken Erschütterung des Kohärenzgefühls führen kann. Denn im Gegensatz zu zeitweiliger Pflegebedürftigkeit (z. B. bei einfachen Infektionskrankheiten oder einem Knochenbruch) bedeutet der Eintritt dauerhafter Pflegebedürftigkeit im Alter, akzeptieren zu müssen, dass das ursprüngliche gesundheitliche Funktionsniveau nicht wieder erreicht wird. Für die emotionalen Folgen solcher gesundheitsbezoge-

ner Ereignisse sind dabei weniger die Art und die Schwere einer körperlichen Erkrankung oder das Schmerzniveau entscheidend als vielmehr das Ausmaß der Aktivitätseinschränkungen, und zwar sowohl für die betroffene Person, als auch für deren Angehörige (Williamson und Shaffer 2000, zitiert in Filipp und Aymanns 2010, S. 49). Wie sehr die Aktivitäten eingeschränkt werden müssen, hängt außerdem von der Gestaltung des unmittelbaren und weiteren Wohnumfeldes sowie verfügbaren Ressourcen ab (Falk u. a. 2011; Heusinger 2012).

Wenn Menschen ihren Alltag nicht mehr wie gewohnt selbstständig bewältigen können und deshalb Hilfen organisiert und koordiniert werden müssen, wird ihnen oft die Chance verwehrt, selbst darüber zu entscheiden, wie ihr Alltag nun aussehen soll; andere treffen Entscheidungen über ihren Kopf hinweg. Der Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie führt zu Kontrollverlust und Scham sowie zu negativen Veränderungen im Selbstbild und verringert die Selbstwirksamkeit. Ein Gefühl eigener Nutzlosigkeit kann sich einstellen, das passive Verhaltensweisen verstärkt und die Handhabbarkeit der Situation im Sinne Antonovskys stark beeinträchtigt. Eine weitere große Belastung ist der Bruch mit der bisherigen Lebensweise, mit Gewohnheiten und Alltagsroutinen und damit einhergehend der Wegfall weiterer wichtiger Ressourcen zur Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls.

Für die Betroffenen gilt es einerseits, möglichst viel Kontrolle über die eigenen Belange zu behalten oder zurückzugewinnen, andererseits mit den unwiederbringlichen Verlusten leben zu lernen. Dies erfordert physische und psychische Anstrengungen sowie psychische, soziale und ökonomische Ressourcen, die je nach Schwere der Belastungen und Verfügbarkeit das Bewältigungsvermögen überfordern können. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit kann dann zu einem kritischen Lebensereignis werden.

Auf der psychischen Ebene ist die Verstehbarkeit der Pflegebedürftigkeit oft eingeschränkt, weil die weitere Entwicklung des Gesundheitszustands oder des Ausmaßes an Abhängigkeit nur schwer abschätzbar sind. Oft hadern die Betroffenen damit, dass es gerade sie getroffen hat oder gerade jetzt passiert ist. Im Verlauf der Pflegebedürftigkeit kann es u. a. zu Depressionen, Schlafstörungen, Verhaltensproblemen, kognitiven und das Bewusstsein betreffenden Veränderungen sowie zu körperlich-motorischen Problemen und Inkontinenz kommen. Die Entwicklung der krankheitsbedingten Einschränkungen ist typischerweise ein höchst individueller sowie multifaktorieller Prozess, bei dem mit unerwarteten und unkontrollierbaren Ereignissen, Verläufen und Folgen zu rechnen ist.

Dadurch entstehen bei den Pflegebedürftigen Unsicherheit und Angst, u. a. vor Schmerzen, vor ungenügender medizinisch-pflegerischer Versorgung oder vor der Abhängigkeit von anderen Menschen sowie Sorgen um die Belastung der Angehörigen. All das wirkt sich auf die Handhabbarkeit des Ereignisses aus. Die Pflegenden fürchten psychische, körperliche und finanzielle Belastungen und haben Angst vor Verschlechterungen des gesundheitlichen Zustands oder dem Tod der pflegebedürftigen Person. Insbesondere die Wahrnehmung und der Umgang mit eigener Endlichkeit und Todesnähe werden oft als bedrohlich wahrgenommen, was dazu führen kann, dass sowohl Pflegebedürftige als auch Pflegenden sich dem Thema Sterben und Tod verschließen

Die Wahrnehmung von Pflegebedürftigkeit fällt individuell sehr unterschiedlich aus, wozu das biografisch entwickelte Kohärenzgefühl beiträgt. Auch das Geschlecht, das Milieu, Migrationserfahrungen und andere Aspekte sozialer Ungleichheit sowie die Kohortenzugehörigkeit beeinflussen die Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von Pflegebedürftigkeit in vielfältiger Weise (Bauer und Büscher

2008; Smith u. a. 2007; Kümpers und Heusinger 2012; Brzoska und Razum 2014). So fällt es Frauen schwerer, sich bei der Körperpflege vor Männern zu entblößen (Heusinger und Dummert 2016), gehen Angehörige einfacher Milieus anders mit professionellen Pflegeanbietern um als gehobene Milieus (Heusinger 2007) und kämpfen Menschen, die den Krieg miterlebt haben, bei Pflegebedürftigkeit häufiger mit den Folgen von Traumatisierungen (Böhmer 2011).

Über welche Handlungsspielräume die Betroffenen im Umgang mit Pflegebedarf verfügen, hängt außerdem von ihren finanziellen Möglichkeiten ab. Die häusliche Pflege stellt für viele Haushalte eine große zusätzliche finanzielle Belastung dar, die weit in den Lebensalltag von Familien hineinreichen kann. Ungefähr die Hälfte der Haushalte mit Pflegebedürftigen gibt an, aufgrund der Pflege regelmäßige Kosten zu haben, die im Durchschnitt gut 20 % des Nettohaushaltseinkommens betragen (ZQP 2014, S. 60). Relativ am höchsten ist die finanzielle Belastung für Haushalte mit geringem Einkommen und geringer Rente sowie für alleinlebende Pflegebedürftige. Hier liegt der Anteil des Haushaltseinkommens, der für Pflege ausgegeben wird, deutlich höher: 57 % der Betroffenen geben an, regelmäßige Kosten von über 400 Euro monatlich aufgrund der Pflege zu haben (ebd.).

Die gemäß Pflegeversicherungsgesetz finanzierten Hilfen sind auf Zuschüsse in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung beschränkt. Die Pflegeversicherung deckt nicht alle nötigen Aufwendungen für die Pflege ab, sondern übernimmt oder bezuschusst Kosten nur bis zu gesetzlich festgelegten

Obergrenzen.⁹ Zusätzliche Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten, Alltagsanforderungen und Alltagsorganisation sowie zur Entlastung der Pflegenden kann seit 2017 von allen Menschen mit einem Pflegegrad über die »niedrigschwellige(n) Betreuungs- und Entlastungsangebote« beantragt werden (§ 45 b, c SGB XI).

Hilfe zur individuellen, selbstbestimmten sozialen Teilhabe, beispielsweise in Form von Besuchen bei kulturellen oder politischen Veranstaltungen, müssen die Pflegebedürftigen jedoch weiterhin selbst organisieren und bezahlen. Soziale Teilhabe ist nicht nur für Aktivierung und Lebensqualität von großer Bedeutung. Darüber hinaus eröffnet Teilhabe den Zugang zu Informationen und sozialer Unterstützung und kann darüber die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit sowohl für Betroffene als auch für deren Partnerinnen bzw. Partner fördern. Anders als jüngere Menschen mit anerkannten Behinderungen nach dem SGB IX erhalten Pflegebedürftige nach dem SGB XI trotz ihrer Beeinträchtigungen jedoch keine Leistungen zur Teilhabe, die ihnen helfen könnten, trotz der Barrieren in der Umwelt am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben.

Insofern kann die Pflegeversicherung die finanzielle Belastung zwar mindern, die zur Wirkung von Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis wesentlich beitragen kann. Für ökonomisch schlecht gestellte Betroffene, für die die pflegebedingten Kosten eine besondere Bürde darstellen, sind die Leistungen jedoch oft nicht ausreichend. Die Möglichkeit, bei entsprechender Bedürftigkeit Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII zu beantragen, verbessert die Teilhabemöglichkeiten allenfalls minimal. Bedarfe, die über das von der

9 Die Pflegeversicherung deckt nicht alle Pflegekosten ab. »(Sie) ist keine Vollversicherung. Sie stellt eine soziale Grundsicherung in Form von unterstützenden Hilfeleistungen dar, die die Eigenleistungen der Versicherten und anderer Träger nicht entbehrlich macht.« (GKV-Spitzenverband 2017)

Pflegeversicherung Berücksichtigte hinausgehen, werden von der Hilfe zur Pflege nur in Ausnahmefällen gedeckt. Zusätzlich scheuen viele Ältere die im Antragsverfahren erforderliche Offenlegung der Vermögensverhältnisse, u. a. aus Sorge, ihre Kinder könnten zu Zahlungen verpflichtet werden.

Pflegebedürftigkeit und Mensch-Umwelt-Beziehung

Durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird eine Neuordnung des alltäglichen Passungsgefüges von Person und Umwelt erzwungen (Filipp und Aymanns 2010, S. 42). Die kognitiven und/oder funktionalen Einschränkungen erfordern Anpassungen. Ob und wie gut die gelingen, hängt davon ab, welche materiell-räumlichen und sozialen Ressourcen verfügbar sind. Scheidet zum Beispiel bei kleiner Rente ein größerer Umbau in Wohnung oder Eigenheim aus, der den Verbleib ermöglichen würde, kann entweder ein (unerwünschter) Umzug als Anpassung des Individuums nötig sein. Oder aber der Hilfebedarf ist erhöht, weil das Verlassen des Privathaushaltes ohne Hilfe nicht mehr möglich ist. Schneekloth und Wahl stellen mit Blick auf diese Zusammenhänge fest, dass für den tatsächlichen Hilfe- und Pflegebedarf die jeweilige Passgenauigkeit oder -ungenauigkeit von Mensch und Umwelt zu einer bestimmten Art und einem bestimmten Ausmaß an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit führt. Dies beeinflusst wiederum die Stabilität bzw. Verletzlichkeit des gegebenen Unterstützungssystems (2008, S. 23 f.). Hinzu kommt, so Schneekloth und Wahl, dass wegen der Pflegebedürftigkeit die Spielräume für die Überwindung von Barrieren in der Umwelt verringert sind (ebd., S. 28). Zu hohe Umwelтанforderungen können daher die Abhängigkeiten von Unterstützung durch andere verstärken.

Pflegebedürftigkeit erfordert häufig Ortswechsel, die weitere gesundheitliche und versorgungsbe-

zogene Risiken für die betroffene Person, aber auch für nahe Angehörige bergen. So wird z. B. der Übergang vom Krankenhaus in eine andere medizinische, rehabilitative oder pflegerische Versorgung als eine besonders kritische Phase der Behandlungs- und Versorgungskette für die betroffenen Patientinnen und Patienten beschrieben, insbesondere im Hinblick auf eine sachgerechte Anschlussversorgung, einen nahtlosen Übergang und die Chancen auf eine Rückkehr in den häuslichen Bereich (BMG 2015a). Durch einen Wechsel des Pflegesettings wird die pflegebedürftige Person wiederholt aus persönlich-alltäglichen und sozial-lebensweltlichen Kontexten herausgerissen. Ihre Beteiligungsmöglichkeiten sind plötzlich stärker oder vollkommen eingeschränkt, was die Möglichkeiten sozialen Austauschs (Informationen, emotionale und praktische Hilfen) und sozialer Unterstützung beeinträchtigt und somit die Handhabbarkeit der Situation und das Kohärenzgefühl gefährdet.

Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis

Besonders zu Beginn der Pflegebedürftigkeit besteht oft große Unsicherheit über die weitere gesundheitliche Entwicklung und die Gestaltung des Versorgungsarrangements. Im Allgemeinen kann davon ausgegangen werden, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit umso eher zu einem kritischen Lebensereignis wird, je gravierender die gesundheitlichen und funktionalen Beeinträchtigungen sind. Ob Pflegebedürftigkeit für die Betroffenen zu einem kritischen Lebensereignis wird und damit zu einer zusätzlichen Gesundheitsbelastung führt, hängt vom Verhältnis zwischen personalen (z. B. Fähigkeiten zur Bewältigung, finanziellen Möglichkeiten) und umweltbezogenen Ressourcen (z. B.

Unterstützung durch Andere, sozialräumliche Gegebenheiten) sowie der jeweiligen Anforderungssituation (z. B. Schwere der Betroffenheit) ab.

Schon zuvor bestehende Belastungen

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist besonders schwer zu bewältigen, wenn der Alltag schon vorher dauerhaft durch ungünstige Lebensbedingungen und ungenügende individuelle und/oder sozialräumliche Ressourcen (siehe Kapitel >> 02, S. 10) belastet war und dadurch das Kohärenzgefühl bereits im Vorfeld weniger gefestigt ist. Besondere Risiken bestehen daher für Personengruppen, die grundsätzlich durch mangelnde Ressourcen, mangelnde Zugangsmöglichkeiten bzw. inadäquate Versorgungsangebote sowie schlechte Vorerfahrungen mit Institutionen, beispielsweise bei der Beantragung von Leistungen, gefährdet sind. Diese Risiken können unter Umständen dazu führen, dass trotz Pflegebedürftigkeit keine Hilfe gesucht bzw. kein Pflegegrad oder Hilfe zur Pflege beantragt werden. Mögliche Gründe hierfür sind Resignation, Scham, fehlende (verständliche) Informationen, Angst vor Verletzung der Privatsphäre sowie Angst vor Veränderungen bei bereits bestehender Überforderung in einem fragilen Alltag.

Insbesondere für Menschen mit Demenzerkrankungen sind Veränderungen im Alltag oft besonders belastend. Dies zeigt sich beispielsweise, wenn stationäre Einrichtungen der Akutversorgung, aber auch Anbieter ambulanten Gesundheitsdienstleistungen nicht auf Menschen mit Demenzerkrankungen eingestellt oder spezialisiert sind (Pinkert und Holle 2012, S. 32; Grimm 2014, S. 32). So zeigen die Ergebnisse empirischer Studien, dass es während eines Krankenhausaufenthaltes demenzerkrankter Menschen vielfach zu einem weiteren Selbständigkeitsverlust, zur Verschlechterung des kognitiven Status und zu einem vermehrten Auftreten proble-

matischer Verhaltensweisen kommt (vgl. Wingenfeld 2005, zitiert in Kleina und Wingenfeld 2007).

Ein besonders hohes Risiko stellt der Eintritt von Pflegebedürftigkeit zudem bei vorhandenen biografischen Traumata dar. Durch die Situation der Abhängigkeit oder des Ausgeliefertseins können negative Erinnerungen geweckt oder Traumata reaktiviert werden. In diesem Kontext zu nennen sind vor allem Erfahrungen der Kriegskohorten (Böhmer 2011; Wilhelm und Zank 2014; von der Stein 2014), von ehemaligen Heimkindern und von Menschen, die geflohen sind. Manche homosexuellen älteren und sehr alten Menschen, die die Verfolgung und Bestrafung ihrer Lebensweise erlebt haben (Bochow 2005), befürchten, dass die Diskriminierung in der wehrlosen Situation der Pflege fortgesetzt wird. Ältere Menschen mit Migrationshintergrund treffen häufiger auf kulturelle, religiöse und sozial begründete Zugangsbarrieren zu professionellen Pflegeangeboten (Khan-Zvorničanin 2016, S. 270). Hierzu zählen u. a. Sprachbarrieren und Informationsdefizite (Brzoska und Razum 2014, S. 433 f.) sowie andere Vorstellungen von angemessenen Versorgungsarrangements.

Andererseits können Belastungen, wie z. B. chronische Erkrankungen, durch bereits zuvor erfolgte Lern- und Bewältigungsprozesse zur Ressourcenbildung beitragen und sich später förderlich auf den Umgang mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit auswirken (z. B. durch einen geübten Umgang mit dem Gesundheitssystem).

Ein weiterer Risikofaktor für einen besonders belastenden Eintritt und Verlauf von Pflegebedürftigkeit ist der sozio-ökonomische Status. In einer Studie über ältere Männer berichten Borchert und Rothgang (2008), dass Menschen in unteren sozio-ökonomischen Positionen weitaus höheren gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind als bessergestellte und ein größeres Risiko haben,

pflegebedürftig zu werden. Nach Borchert und Rothgang setzen sich die sozialen Ungleichheiten bei Pflegebedürftigkeit fort, insbesondere für erhebliche Pflegebedürftigkeit, weniger für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige (ebd., S. 233).

Neben den beeinträchtigenden Risiken können sich ein niedriger Sozialstatus und ein an traditionellen Vorstellungen von familiären Verpflichtungen und familiärer sowie nachbarschaftlicher Solidarität ausgerichteter sogenannter vormoderner Lebensentwurf¹⁰ der Hauptpflegeperson jedoch auch günstig auf die häusliche Versorgung auswirken. Besonders in Kombination mit einem stabilen Unterstützungsnetzwerk der Pflegebedürftigen und einem Wohnort im ländlichen Raum wenden die Angehörigen in diesen Konstellationen mehr Zeit für die Pflege auf (Blinkert und Klie 2006, S. 209). Allerdings ist davon auszugehen, dass Pflegenden mit niedrigem Sozialstatus mehr Zeit für Pflege investieren müssen, weil sich diese Familien die nötigen Zuzahlungen zu den nicht kostendeckenden Leistungen der Pflegeversicherung nicht leisten können. So gehören Pflegenden, die einen hohen Betreuungsumfang abdecken, im Vergleich zu Nicht-Pflegenden häufiger niedrigen Bildungsgruppen an, sind seltener erwerbstätig und erfahren zudem häufiger nur geringe soziale Unterstützung (Wetzstein u. a. 2015, S. 1).

Allerdings kann das familiäre Umfeld auch ein Risiko beim Übergang in die Pflegebedürftigkeit darstellen, wenn z. B. Hilfeerwartungen enttäuscht werden oder die Gesamtsituation die Pflege zu einer

extremen Überlastung werden lässt (Bonillo u. a. 2013). Zudem können aufgrund von Suchtkrankheiten, psychischen Erkrankungen oder bestehenden Gewalt- und Konfliktpotenzialen in Beziehungen instabile Pflegearrangements entstehen. In der Folge kann es zu psychischer, körperlicher, finanzieller oder sexueller Gewalt oder zur Vernachlässigung von Selbstbestimmungsansprüchen und Bedürfnissen des oder der Pflegebedürftigen kommen.¹¹

Besonders im Verlauf einer Demenzerkrankung kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit einerseits durch die Erschütterung der bereits bestehenden Sorgeverhältnisse oder die Eskalation bestehender Konflikte, andererseits durch die neu hinzukommende Pflegeanforderung zu Mehrfachbelastungen führen. Durch die belastungsbedingten Schuldgefühle wird möglicherweise aus Zuneigung Abneigung (Zeman 2008, S. 300). Das Hinzuziehen professioneller Pflege und weiterer Hilfen kann dann eine wichtige Unterstützung für beide Seiten darstellen. Unter Umständen bietet ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung in einem solchen Fall eine schützendere und sicherere Umgebung.

Auch vorab bestehende Einsamkeit und soziale Isolation können sich beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit zusätzlich negativ auswirken, weil Ressourcen für informelle Pflege und organisatorische und emotionale Unterstützung fehlen und von professionellen Beteiligten meist nur unvollständig zu ersetzen sind. Gerade bei hochaltrigen Paaren mit häufig ebenso hochaltrigen oder bereits verstorbenen Freundinnen und Freunden kann die Pflege-

10 Dieser ist durch ein eher konservatives, familienzentriertes Frauenbild und eine Präferenz für »materialistische« Werte wie Ordnung, Sicherheit, Preisstabilität gekennzeichnet (Blinkert und Klie o. J.).

11 Die bundesweite Opferwerdungsbefragung, durchgeführt 2004 bis 2008 durch das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e. V., brachte u. a. hervor, dass rund 15 % der Befragten über 60 Jahre (N=241), die in den letzten fünf Jahren Pflege- und Hilfebedarf bejahten, über problematisches Verhalten von Pflege- und Betreuungspersonen berichteten. Genannt wurden vor allem verschiedene Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (13 %) und pflegerische Vernachlässigung (6 %). Es ist jedoch davon auszugehen, dass tatsächliche Zahlen höher sind, da hier nur Personen befragt werden konnten, die körperlich und intellektuell in der Lage waren, die Befragung zu absolvieren. (Görgen u. a. 2012, S. 23)

bedürftigkeit besonders negative Auswirkungen haben und die Chancen auf neue Kontakte weiter verringern. Angehörige, die weiter entfernt wohnen, können Unterstützung für ihre pflegebedürftigen Nächsten nicht immer übernehmen (Bischofberger u. a. 2015). Durch die Entfernung besteht weniger Möglichkeit zu Körperkontakt, direktem persönlichem Austausch und Beobachtungen der gesundheitlichen Lage sowie der Versorgung vor Ort, auch wenn sie sich als sogenannte »Long-Distance Caregivers« (Rosenblatt und Van Steenberg 2003) aus der Ferne an den Hilfeeinrichtungen beteiligen.

Andererseits kann der Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu mehr und intensiveren Kontakten aller Beteiligten führen oder sogar Anlass für die Einbindung in ein neues soziales Netzwerk sein (z. B. Betroffenengruppen, Angehörigengruppen oder Kontakt mit der Gemeindefürsorge). Die Hilfe und Unterstützung von anderen Menschen ermöglicht positive Erfahrungen und das Erleben von Zuneigung. Ein pflegebedürftiges Familienmitglied kann darüber hinaus Anlass für Versöhnung und verstärkte Solidarität in der Familie oder in familienähnlichen Strukturen geben – oder wie oben beschrieben das Gegenteil bewirken.

Weiterhin beeinflussen Barrieren und negative Quartiereffekte in der Häuslichkeit und/oder in der unmittelbaren Wohnumgebung die Folgen einer Pflegebedürftigkeit und die Chancen zu ihrer Bewältigung negativ. Pflegebedürftige sind aufgrund geringerer Mobilität in besonderem Maße auf ihre Wohnverhältnisse und ihr Quartier angewiesen (Wahl 2001; Wahl und Oswald 2010, zitiert in Oswald u. a. 2011). So können z. B. ein nicht barrierearmes Bad oder das Fehlen eines Aufzugs die Toilettenbenutzung oder das Verlassen der Wohnung unmöglich machen und in der Folge einen Umzug erzwingen. Angebotsstrukturen, z. B. für Konsum und Teilhabe, die durch ihre Ausgestaltung ungeeignet sind, um von Menschen mit

Beeinträchtigungen genutzt zu werden (Heusinger 2012, S. 103) sowie eine fehlende koordinierte medizinische und pflegerische Infrastruktur im Stadtteil (Falk 2012, S. 69) erschweren den Alltag mit Pflegebedarf zusätzlich.

Alle genannten Rahmenbedingungen beeinträchtigen die tägliche Lebensführung im Alter ggf. bereits vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit. Möglicherweise besteht schon länger eine instabile Passung zwischen alltäglichen Anforderungen und benötigten Ressourcen, die eine Unterstützung bei der Aufrechterhaltung bestmöglicher Gesundheit erforderlich macht bzw. gemacht hätte. Anzeichen gesundheitlicher Beeinträchtigung und Überforderung sowie mangelnder Selbstsorge auf allen Ebenen der Gesundheit können bereits länger (und unter Umständen unbemerkt) vorliegen und das Kohärenzgefühl beeinträchtigen. So kann sich ein Trend zur allmählichen Verschlechterung der Lebenslage abzeichnen.

Barrieren für die Nutzung vorhandener Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten können einerseits durch fehlendes Wissen und fehlende Erfahrung sowohl seitens der Person als auch des nahen Umfelds oder aufgrund mangelnder Motivation oder durch Vorbehalte bedingt sein. Andererseits kann der Zugang zu den Angeboten aber auch durch die Institutionen selbst erschwert sein, wenn die jeweiligen Anforderungen für eine Nutzung zu hoch sind (z. B. wenn Angebote ausschließlich online kommuniziert werden). Zudem wird ein gelingender Zugang zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten durch einen höheren sozialen Status beeinflusst, der sich positiv auswirkt auf ein selbstbewussteres Auftreten, ein größeres Verhandlungsgeschick oder eine stärkere Durchsetzungskraft (Borchert und Rothgang 2008, S. 233).

Insgesamt betrachtet verstärken schon länger fehlende, verminderte oder weggefallene infrastrukturelle, soziale, gesundheitlich-funktionale

und ökonomische Ressourcen die negativen Auswirkungen des Eintritts von Pflegebedürftigkeit.

Zusätzlich eintretende Belastungen

Pflegebedürftigkeit kann auch aufgrund einer hinzukommenden aktuellen Belastung zum kritischen Lebensereignis werden. So können nach einer Krisensituation noch nicht wieder genügend Ressourcen (gesundheitlich-funktional, sozial, finanziell) aufgebaut worden sein und nun zur Bewältigung fehlen. Zudem können wegen anderer Belastungen nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit zusätzlich wichtige Ressourcen wegfallen. Beispielsweise kann es bei hochaltrigen Paaren, von denen einer der beiden bereits pflegebedürftig ist, durch eine plötzliche Erkrankung oder hinzukommende Pflegebedürftigkeit des anderen zu einer umfänglichen Überforderung kommen.

Zusätzliche Belastungen können bei Pflegebedürftigkeit die Tendenz zu einer negativen Bewertung des eigenen Lebens verstärken. Eine aufgrund gesundheitlicher und funktioneller Einbußen sowie von Einschränkungen in den Kompetenzen ohnehin eher negative Bewertung des eigenen Lebens (Lawton u. a. 2001; Jopp u. a. 2008), die oft kennzeichnend ist für den Zustand von Pflegedürftigkeit, kann so weiter verschlechtert werden. Akut vorausgegangene Belastungen haben ein höheres Risiko für Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen zur Folge (Filipp und Aymanns 2010, S. 73 f.). Durch die vorangegangene erfolgreiche Bewältigung eines belastenden Ereignisses und erfahrene Unterstützung kann jedoch auch das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen (Motivation, Wissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten) gewachsen und somit das Kohärenzgefühl gestärkt worden sein.

Wenn bereits vor der Pflegebedürftigkeit oder gleichzeitig dazu zur Kompensation zusätzlicher Belastungen in besonderem Maße Ressourcen für

die Alltagsbewältigung eingesetzt werden mussten, ist es von besonderer Bedeutung, dass die verbliebenen Ressourcen erhalten bleiben. Belastend ist insbesondere das Wegbrechen des unterstützenden und begleitenden sozialen Umfeldes (familial oder außerfamilial) aufgrund von Dauerbelastung oder mangelnden Möglichkeiten, sich für die erhaltenen Hilfen erkenntlich zu zeigen. Soziale Beziehungen können sich jedoch auch durch langanhaltende äußere Bedrohung nach innen hin stabilisieren, was zur Entstehung von dauerhaften Bindungen und somit zu einer Stärkung wichtiger Ressourcen beiträgt.

Zeitpunkt und Erwartbarkeit des Ereignisses

Wenn die Pflegebedürftigkeit und der Unterstützungsbedarf allmählich ansteigen, z. B. bei chronischer Krankheit und zunehmenden Funktionseinschränkungen, können sich die Pflegebedürftigen selbst und ihr soziales Umfeld meist besser darauf einstellen und ein mehr oder weniger bewusst gestaltetes, geeignetes Pflegearrangement entwickeln. Tritt die Pflegebedürftigkeit jedoch plötzlich ein, durch einen folgenschweren Sturz, einen Schlaganfall oder eine plötzliche starke Verschlechterung des Allgemeinzustandes, müssen schnell Entscheidungen getroffen werden. Häufig sind die Betroffenen selbst noch zu sehr mit dem Begreifen des Geschehens beschäftigt und nur schwer in der Lage, sich ihre nähere und fernere Zukunft vorzustellen und zu planen (Heusinger 2005a, S. 133). Ihre Möglichkeiten, sich psychisch und praktisch an die veränderten Bedingungen anzupassen, sind stark eingeschränkt. Durch schnelle Krankenhausentlassungen und knappe Rehabilitationsphasen entsteht gleichzeitig großer Zeitdruck, sodass Hilfe und Pflege häufig nicht mehr in Abstimmung mit den Wünschen der betroffenen Person eingeleitet werden können.

Durch die plötzliche Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit haben die Betroffenen keine Zeit, sich auf die Ereignisse vorzubereiten. Sowohl die Verstehbarkeit als auch die Handhabbarkeit des Ereignisses werden damit stark eingeschränkt. Dies trifft noch verstärkt zu, wenn die Pflegebedürftigkeit außerhalb des mehr oder weniger erwarteten Zeitfensters im Leben, also deutlich vor dem hohen Alter, eintritt (Filipp und Aymanns 2010, S. 44 f.).

Großer Entscheidungs- und Handlungsdruck erschwert außerdem oftmals die Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse zur Therapie und Gestaltung des Pflegearrangements in der Partnerschaft oder mit der Familie. Es besteht die Gefahr, dass wichtige Entscheidungen nur in geringem Ausmaß gemeinsam oder gar nicht mit der pflegebedürftigen Person getroffen werden. Zeitdruck von institutioneller Seite (z. B. der Entlassungstermin aus dem Krankenhaus) kann die hohe emotionale Belastung und Angst, die die Situation mit sich bringt, verstärken. Damit wächst die Gefahr der Fremdbestimmung der Pflegebedürftigen und der Verunsicherung von Angehörigen.

Unwissenheit und mangelhafter Zugang zu Informationen über die verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten und Ansprüche können zu übereilten oder falschen Schlüssen führen. Sofern keine nahen Angehörigen vorhanden sind, werden Entscheidungen möglicherweise an fremde Personen (gesetzliche Betreuerinnen oder Betreuer) übertragen, die dann im Sinne der betroffenen Person entscheiden sollen. Auch in solcher Konstellation besteht aufgrund unterschiedlicher Machtverhältnisse die Gefahr, dass die Wünsche der pflegebedürftigen Menschen nicht die nötige und mögliche Beachtung finden, sodass sie die Kontrolle verlieren und die Pflegebedürftigkeit zu einem kritischen Lebensereignis für sie wird.

Unter den beschriebenen Bedingungen kann ein abrupter Eintritt von Pflegebedürftigkeit das Risiko

für einen ungeplanten und unerwünschten, möglicherweise auch unnötigen Umzug in ein Pflegeheim erhöhen. Nach Oswald geht insbesondere im sehr hohen Alter der Heimeinzug mit wenig Entscheidungsspielraum für die Person einher (2012, S. 573). Ein unfreiwilliger Umzug z. B. nach einem längeren stationären Aufenthalt in ein Krankenhaus oder eine Rehabilitationsklinik kann den Selbständigkeitserhalt in Frage stellen und insbesondere bei sehr verletzlichen Pflegebedürftigen zu Funktionseinbußen, geringer Lebenszufriedenheit, niedrigem Wohlbefinden und erhöhter Mortalität führen (ebd., S. 569 und S. 573). Ein abrupter Umzug ohne Abschied von der alten Wohnung beeinflusst den Übergang in die neue Lebensphase der Pflegebedürftigkeit oft zusätzlich negativ. Ziehen die Betroffenen direkt nach einem Klinikaufenthalt um, können sie oft nicht selbst entscheiden, welche Gegenstände sie in das neue Umfeld mitnehmen. Diese Zwangslage kann zum Verlust identitätsstiftender Möbel und Erinnerungsstücke, vertrauter Räume und Orientierungen, aber auch von nachbarschaftlicher lokaler Identität führen. Wenn die Wohnung aus finanziellen Gründen bzw. bei Abhängigkeit von Transferleistungen gekündigt werden muss, ist die Rückkehr in die eigene Wohnung selbst bei einer Verbesserung des Zustands nicht mehr möglich (Gilberg 2000, S. 59). Menschen, die in Mietwohnungen leben und auf nur geringe finanzielle Rücklagen zurückgreifen können, haben deshalb besonders wenig Entscheidungsspielraum und Chancen auf Handhabbarkeit der veränderten Situation im Sinne von Antonovskys Salutogenese-modell (vgl. Kapitel >> 02, S. 10).

Das Leben im Pflegeheim bedeutet darüber hinaus räumliche Beschränkungen auf ein Zimmer oder, je nach finanziellen Voraussetzungen, gar einen Platz im Doppelzimmer und ein erzwungenes Zusammenleben mit fremden Menschen. Bestehende Verpflichtungen und Aufgaben (wie z. B.

die Sorge um Andere oder ein Haustier) können nicht aufrechterhalten werden. Dadurch wird die Situation des Übergangs zusätzlich belastet. Die eigenständige Alltagsgestaltung ist durch feste institutionelle Ablaufmuster der Versorgung in der Institution gefährdet, wodurch weiterer Kontrollverlust droht. Auch kann eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende und aktivierende Pflege, Rehabilitation und psychosoziale Betreuung nicht immer erbracht werden, u. a. aufgrund von Personalmangel oder unzureichend qualifiziertem Personal (BMG 2015b), was das Kohärenzgefühl zusätzlich negativ beeinflusst.

Wenn durch gesundheitliche Krisen Pflegebedürftigkeit eintritt oder sich so verstärkt, dass ein neues Pflegearrangement gefunden werden muss, kommt es neben schneller professioneller Hilfe auf geduldige, umfassende Aufklärung und Vermittlung von Hilfen an. Angehörige, Freundinnen und Freunde, Nachbarinnen und Nachbarn können einen wichtigen Beistand leisten und dazu beitragen, ein für die betroffene Person gutes Arrangement zu finden und tiefergehende psychische Beeinträchtigungen abzumildern, z. B. durch die Vermittlung einer positiven Sicht auf neue Rollen, die mit der veränderten Situation einhergehen.

Die hier beschriebenen Risiken können dazu führen, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis erlebt wird. Nicht nur die Gepflegten, sondern auch die Pflegenden, vor allem die Partnerinnen und Partner von pflegebedürftigen Menschen, erleben diesen Übergang als belastend.

Folgen für die Pflegenden

Für pflegende (Ehe-)Partnerinnen bzw. Partner gilt, was Kuhlmeiy allgemein für pflegende Angehörige beschreibt: Angehörige haben von sich zunächst selten das Selbstbild, eine »Pflegerperson« zu sein. Sowohl bei plötzlicher, als auch bei schrittweiser Pflegebedürftigkeit ist es demnach nicht unty-

pisch, dass die Verantwortung für die Pflege eher unreflektiert und unvorbereitet übernommen wird. Die plötzlich auftretende Pflegesituation stellt eine neue Herausforderung dar, bei der die meisten Pflegenden anfangs kaum überschauen können, welche Folgen die Entscheidung für sie, ihre Familien und ihre Lebenspläne haben wird (2005, S. 138).

Wird die Pflege von Angehörigen kurzfristig und ohne genügend Zeit für die eigene Anpassung an die neue Rolle übernommen, besteht die Gefahr eher negativer Beweggründe für die Übernahme der Pflege (als negatives Pflegemotiv gilt z. B. Verpflichtung), was auf die Beziehung zur pflegebedürftigen Person zurückwirken kann. Zudem kann eine aufgrund traditioneller Rollenverteilung gewachsene Erwartungshaltung gegenüber Frauen dazu führen, dass sozialer Druck entsteht und die Ehefrau (vergleichbar Töchter oder Schwiegertöchter) die Pflege ungefragt übernimmt, was ebenso ein negatives Pflegemotiv begünstigen kann.

Des Weiteren können sich falsche Erwartungen, Unsicherheiten und häufige Überforderungen, die von den Beteiligten nicht rechtzeitig erkannt werden oder denen sie nicht zu begegnen wissen, belastend auf die Versorgungssituation auswirken (Menzel-Begemann u. a. 2014). So können Schuldgefühle bezüglich der Qualität und des Ausmaßes an geleisteter Pflege entstehen, die zu weiteren psychischen Belastungen der Pflegenden führen können. Es ist anzunehmen, dass hier milieuspezifische Vorstellungen von Pflegeverpflichtungen wirken, die ein schlechtes Gewissen provozieren können (Heusinger 2005b, S. 194). Vor allem jüngere Pflegende sehen sich möglicherweise zusätzlich mit der Frage konfrontiert, die Berufstätigkeit aufzugeben, wenn der Zeitaufwand bzw. die Belastungen durch die Pflege zu groß werden und mit den Arbeitszeiten bzw. der Art der Arbeit nicht mehr vereinbart werden können. Dies betrifft verstärkt Menschen in unteren und mittleren be-

ruflichen Positionen mit körperlich schwerer Arbeit und starren Arbeitszeiten, wie z. B. Schichtdiensten (Keck 2008, S. 12).

Pflegende Angehörige leiden häufiger unter Zukunftsangst, u. a. in finanzieller Hinsicht (Heinemann-Knoch und Dummert 2014, S. 59), und unter dem Gefühl fehlender Kontrolle, aber auch unter der Trauer über entgangene oder ungenutzte Möglichkeiten, was ihr Kohärenzgefühl beeinträchtigen und Krankheit ihrerseits begünstigen kann.

Ein weiterer Risikofaktor für besonders hohe Belastungen sind mangelnde Erfahrung mit pflegerischen Aufgaben, mangelnde Pflegekompetenz, z. B. hinsichtlich Pflegetechniken, Gesprächsführung, Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung sowie fehlende Beratung und Schulung von Angehörigen. Unter Umständen kann dies zu gefährlichen Pflegesituationen führen, in denen der bzw. die Gepflegte teils irreversibel Schaden nehmen kann.

Des Weiteren können dauerhafte Be- und Überlastungen durch die Pfl egetätigkeit für die pflegend e Person zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen, z. B. zu körperlichen Beschwerden oder zu Depressionen (zusammenfassend Dräger 2015, S. 124 f.). Soziale Isolation und fehlende soziale Unterstützung können diese Belastungen noch verstärken. Aber auch dort, wo professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, kann die notwendige Öffnung des eigenen Haushalts für fremde (Pfle ge-) Personen die Zweierbeziehung belasten bzw. zu Konflikten führen. Dies kann zudem verstärkt werden, wenn Pflegehandlungen von Angehörigen und professionellen Pflegekräften und die Wünsche der pflegebedürftigen Person nicht aufeinander abgestimmt sind.

Der Zwang zur ständigen Verfügbarkeit und Sorge-Arbeit und die anderen genannten Probleme, sowie besonders belastende Pflegebedingungen (u. a. therapieresistente Schmerzen, starkes Übergewicht oder starke Funktions- und Bewegungseinschränkungen von Gelenken bei den Pflegebedürftigen sowie pflegebehindernde räumliche Verhältnisse) können dazu führen, dass sich die Pflegepersonen selbst vernachlässigen (eigene Interessen, Körperpflege, Bedürfnisse).

Gerade bei einer Demenzerkrankung der Partnerin bzw. des Partners können Angehörige sehr belastet sein, weil sich der Pflegealltag nicht so gut planen lässt wie bei körperlichen Erkrankungen und Demenz in der Regel längere und intensivere Pflegeverläufe verursacht (Rothgang u. a. 2010, S. 13). Außerdem liegen häufig weitere erschwerende Faktoren vor, z. B. mangelnde Krankheitseinsicht und Kooperation, begleitende depressive Symptome, Unruhe, Schlafstörungen oder Einschränkungen der Mobilität. Zusammen mit den Persönlichkeitsveränderungen der Partnerin bzw. des Partners und der oft fehlenden Anerkennung der Pflegeleistung belasten diese die Beziehung mit den Pflegebedürftigen noch zusätzlich. Ist die pflegende Partnerin bzw. der Partner außerdem bereits selbst gesundheitlich beeinträchtigt (insbesondere bei hochaltigen Paaren), ist ihre Gesundheit nicht nur durch das angegriffene Kohärenzgefühl, sondern durch die dauernden Überlastungen stark gefährdet.

Belastungen der Paarbeziehung als Folge von Pflegebedürftigkeit

Selbst wenn die Partnerin oder der Partner nur wenig durch praktische Pfl egetätigkeit belastet wird, wirkt sich der Eintritt von Pflegebedürftigkeit innerhalb einer Paarbeziehung stets auch auf die

Beziehung¹² aus, weil sich der gemeinsame Alltag verändert. Nach Schneekloth und Wahl kann bei den langjährigen Partnerschaften von einer interaktionellen Lebensqualität gesprochen werden, bei der das Wohlbefinden der beiden wechselseitig abhängig voneinander ist und die Lebensqualität beider in einem Gesamtansatz zu berücksichtigen ist (2005, S. 26). Demnach kann Pflegebedürftigkeit sowohl für die pflegende Partnerin bzw. den Partner als auch für die Gepflegten zu einem kritischen Lebensereignis werden, wenn verschiedene Risikofaktoren zusammentreffen bzw. Ressourcen zur Bewältigung der Situation fehlen.

Mit der Pflegebedürftigkeit gehen viele Veränderungen in der Partnerschaft einher, die teils sehr belastend für die Partnerin bzw. den Partner und für die Beziehung sein können. Der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens und jener der Partnerin bzw. des Partners lässt sich nun immer schwieriger ausweichen. Beim Umgang mit den funktionalen Beeinträchtigungen müssen beide lernen, mit Scham, Ekel, Abhängigkeit von Hilfe und damit einhergehend mit neuen Machtunterschieden umzugehen. Auch eine Rollenkehr kann sich problematisch auf die Beziehung auswirken, wenn beispielsweise der Ehemann Aufgaben seiner pflegebedürftigen Frau in Küche und Haushalt übernehmen muss.

Dies kann zugleich oder zusätzlich einen Verlust an sozialem Status der pflegebedürftigen Person bedeuten, was wiederum zu einer veränderten Selbstwahrnehmung und Fremdwahrnehmung durch die Partnerin bzw. den Partner beiträgt. Folgen können ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl auf der einen Seite und verminderte Achtung auf der anderen Seite sein. Trotz der neuen Situation an

den alten Mustern festzuhalten und Veränderungen nicht oder kaum zuzulassen, kann Konflikte mit sich bringen, welche die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Alltags zusätzlich erschweren.

Bei isolierten Pflegearrangements und in Verbindung mit inadäquaten Bewältigungsversuchen (Alkohol, Medikamente) besteht zudem auf beiden Seiten ein erhöhtes Risiko für gewalttätige Konfliktlösungsversuche in Pflege und Alltag oder das Fortführen einer gewalttätigen Beziehung in der Pflege (für eine zusammenfassende Darstellung der Risikofaktoren der Misshandlung und Vernachlässigung Älterer siehe Görgen u. a. 2002, S. 63–66). Scham und psychische Erpressung, z. B. durch die wechselseitige Herbeiführung eines schlechten Gewissens, erschweren oder verhindern dann oft den Zugang zu Hilfe (ebd., S. 156 f.), ähnlich wie in anderen Fällen häuslicher Gewalt.

Die Stabilität von Partnerschaften kann durch Pflegebedürftigkeit auf eine harte Probe gestellt sein, denn das Selbstverständnis als (Ehe-)Paar umfasst in der Regel das Füreinander-da-Sein gerade in schlechten Zeiten. Wegen der Unterschiede in Lebenserwartung und Alter bei der Eheschließung sind es meist die Frauen, die ihre pflegebedürftigen Partner pflegen. Allerdings nimmt der Anteil pflegender Ehemänner zu, die dann typischerweise selbst schon hochaltrig sind (vgl. BZgA 2015, S. 132–133). Fühlt sich die Partnerin bzw. der Partner von Anfang an zur Pflege nicht in der Lage und ist überfordert, kann das sehr rasch zu extremer psychischer Belastung führen (Feldhaus-Plumin o. J., S. 2). Besonders pflegende Frauen sind oft hoch belastet (Dräger 2015, S. 124).

12 Dargestellt werden hier die Auswirkungen auf die Beziehung mit dem Partner bzw. der Partnerin. Dies lässt sich jedoch unseres Erachtens übertragen auf weitere Pflege- und Bezugspersonen, wie z. B. weitere Familienangehörige und enge Freunde.

Entscheiden sich die Partnerin bzw. der Partner gegen die Übernahme der Pflege oder ist die häusliche Pflege aufgrund des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit, beispielsweise aufgrund kognitiver Beeinträchtigung oder ungeeigneter Wohnverhältnisse, nicht möglich, kann dies einen Umzug des bzw. der Pflegebedürftigen oder beider Partner erforderlich machen. Nicht immer besteht Einigkeit zwischen den Beteiligten über die Notwendigkeit und den richtigen Zeitpunkt eines Umzugs. Das kann die Gefahr für einen abrupten, erzwungenen Umzug der pflegebedürftigen Person in ein Pflegeheim erhöhen, der für beide zusätzlich belastend sein kann. Die Umstände der Entscheidung, Unklarheit um die Versorgung bzw. Pflegequalität, die Angst um die gesundheitliche Situation oder das Wohlergehen der pflegebedürftigen Person können zu (Selbst-)Vorwürfen und Sorgen führen.

Da die Pflegeversicherung nur für Menschen mit anerkanntem Pflegegrad einen Zuschuss zu den Pflegekosten in einer stationären Pflegeeinrichtung zahlt, ist ein gemeinsamer Umzug in ein Pflegeheim meist nur möglich, wenn beide Partner zumindest Pflegegrad 2 haben. Als Selbstzahlerin oder Selbstzahler (bzw. mit den bei Pflegegrad 1 auf 125 Euro/Monat beschränkten Pflegeversicherungsleistungen) in einem Pflegeheim zu wohnen, übersteigt die finanziellen Möglichkeiten der meisten Paare – eine räumliche Trennung nach jahrzehntelanger Ehe ist deshalb oft die Folge einer solchen Umzugsentscheidung. Diese Umstände tragen dazu bei, dass viele Paare hartnäckig an der häuslichen Pflege festhalten, obwohl die Belastungen (zu) hoch sind.

Die Pflegeetätigkeit kann als neues Aufgabenfeld aber auch zu einem Kompetenzzuwachs bei den Pflegenden führen. In diesem Kontext kann deren Gesundheitsverhalten gefördert werden, nicht zuletzt mit dem Motiv, gesund zu bleiben für die pflegebedürftige Person. Eine Pflegeetätigkeit kann

so zu Befriedigung, Erfüllung und Sinnerleben führen (gebraucht werden, Verantwortung haben) und zu persönlichem Wachstum beitragen (Leipold u. a. 2006; zusammenfassend Dräger 2015, S. 125). In diesem Fall kann die Pflege der Partnerin bzw. des Partners durch Erschließen eines neuen Lebenssinns bzw. neuer Ressourcen zur Verbesserung des eigenen Kohärenzgefühls beitragen. Das Akzeptieren von Hilfebedürftigkeit bzw. Helfen kann neue Intimität durch veränderte Nähe erzeugen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Konfrontation mit Pflegebedürftigkeit für Paare im Alter zwar von außen betrachtet eine altersentsprechende und erwartbare Lebenssituation sein mag, diese die Betroffenen aber zugleich vor große Herausforderungen stellt und meist einschneidende Veränderungen mit sich bringt. Unterschiedliche Ressourcen und Risiken tragen dazu bei, dass der Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu einem kritischen Lebensereignis werden kann. Vor allem wenn sich die genannten psychischen, physischen und sozialen Risiken addieren, können sowohl die Pflegebedürftigen als auch die Pflegenden sehr hohen Belastungen ausgesetzt sein, die Rückwirkungen auf die Paarbeziehung haben.

Gesundheitsfördernd sind dabei jene Ressourcen, die subjektives Wohlbefinden und die Anpassung an die veränderte Situation sowohl bei Pflegebedürftigen als auch bei den Pflegenden fördern. Sie ermöglichen eine gute Entscheidung über die Organisation der Versorgung, weil sie Handhabbarkeit und Verstehbarkeit stärken. Allgemein erschwerend wirken auf die Versorgung mangelnde soziale und funktionale Unterstützung, Überforderung von Pflegepersonen, eine mangelhafte pflegerische und gesundheitliche Versorgung sowie inadäquate Versorgungsstrukturen im Quartier.

Deshalb zählen zu den Risikogruppen, die durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit besonders belastet werden, Alleinlebende und Paare, die nur

wenig sozial eingebunden sind und auf wenig soziale Unterstützung zurückgreifen können oder wollen. Auch Menschen mit geringem Einkommen, die pflegebedingte Probleme nicht durch den Kauf von Hilfsmitteln und Unterstützung oder durch einen Umzug kompensieren können, sind bei Pflegebedürftigkeit besonderen Belastungen ausgesetzt (Tesch-Römer u. a. 2014, S. 7). Ein erhöhtes Risiko haben schließlich jene Pflegebedürftigen, die Schwierigkeiten haben, Informationen zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten zu finden und zu verstehen oder die wenig Erfahrung im Umgang mit Behörden und Institutionen (z. B. Krankenkassen) haben.

Obwohl ein beachtlicher Ausbau von Hilfsangeboten zu verzeichnen ist, die sich an Pflegebedürftige, von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen oder ihre Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen richten, gibt es nach wie vor einen großen ungedeckten Bedarf an unterstützender Begleitung durch das professionelle Hilfesystem, das zudem stark fragmentiert und schwer überschaubar ist (Wingenfeld und Kleina 2009, S. 1). Dies macht den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu einem potenziell kritischen Lebensereignis – insbesondere für weitere, zahlenmäßig wachsende Gruppen älterer Menschen, die Unterstützung beim Übergang in die Pflegebedürftigkeit benötigen werden, wie z. B. Menschen mit geistigen Behinderungen.

Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung

Im Wissen um die oben beschriebenen Risiken lassen sich Anknüpfungspunkte für Gegenstrategien identifizieren, deren Beachtung präventiv wirken kann. Die Anknüpfungspunkte lassen sich unterscheiden nach individuellen, sozial-interaktiven sowie institutionellen und gesellschaftlichen Facetten.

Individuelle Anknüpfungspunkte für Gepflegte und Pflegernde

Ein gutes Verständnis der eigenen Erkrankungen, ihrer möglichen Verläufe und Folgen sowie das Wissen um eigene Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit ihnen kann die Anpassung an den neuen Zustand erleichtern, gerade bei großer Unsicherheit und Angst. Bessere Aufklärung und Mitbestimmung tragen zu einem Gefühl der Kontrolle über die Situation und zur Lebensqualität bei (Scheibler u. a. 2003, S. 17). Deshalb ist es gerade bei Pflegebedürftigkeit wichtig, die individuelle Kompetenz im Umgang mit der eigenen Beeinträchtigung und ihren Folgen zu fördern, um so das Kohärenzgefühl zu stärken. Das kann u. a. durch eine stärkere Kontrolle der Leistungserbringung im Bereich Pflege und Medizin durch die Betroffenen, die aktive Einbeziehung z. B. durch die eigene Beobachtung der Medikamenteneinnahme und ihrer Begleitscheinungen oder durch Übungen zur Stärkung der selbständigen Versorgung erfolgen. Wenn wohnortnahe Angebote der Beratung und Pflege schon vor (schwererer) Pflegebedürftigkeit bekannt sind, fällt der Zugang dazu leichter. Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste, die quartiersbezogen arbeiten und durch vielfältige Angebote auch Menschen ohne Pflegebedarf ansprechen, können dazu beitragen.

Echte Partizipation in der Pflege, z. B. durch Information, Einbeziehung und Förderung der Fähigkeiten und Kompetenzen der Pflegebedürftigen von Anbeginn an, kann das Macht- und Kompetenzgefälle (und damit das Konfliktpotenzial) zwischen Pflegenden und Gepflegten mindern (Thielhorn 2012, S. 384). Wenn Pflegebedürftige nicht ausschließlich auf ihre Patientenrolle beschränkt werden, sondern sich in ihrer Lebenswelt weiterhin in anderen sozialen Rollen, wie z. B. Ehemann bzw. Ehefrau, Nachbar bzw. Nachbarin, Angehöriger bzw. Angehörige einer Religionsgemeinschaft oder kultureller Traditionen wahrgenommen fühlen, stärkt dies ihre Individua-

lität und erleichtert es ihnen, sich als wirksam und wichtig für andere zu erleben. Ebenso ist es für die Pflegenden wichtig, nicht nur in der Rolle des oder der Pflegenden wahrgenommen zu werden.

Innerhalb der konkreten Pflegesituation kann »schützende Pflege« (»Protective Caregiving«)¹³ durch Angehörige und professionelle Pflege zum Erhalt des Selbstwertgefühls der Pflegebedürftigen, gerade bei massiven gesundheitlichen Einbußen, beitragen, sodass die Autonomie weitestgehend erhalten bleibt (Büscher und Schnepf 2014, S. 478). Teilhabe- und Mitwirkungsmöglichkeiten der pflegebedürftigen Person bieten sich in verschiedenen Bereichen an, z. B. bei der Gestaltung des Alltags, der Wohnumwelt oder des Pflegesettings. Eine zeitnahe, umfassende Beratung aller Beteiligten und gemeinsam mit der pflegebedürftigen Person, zum vorhandenen Pflegeverständnis, zur Pflegebeziehung und dazu, wie Familien mit Pflegeaufgaben und den veränderten Beziehungen umgehen können, könnte die reflektierte Übernahme neuer Rollen und die frühzeitige Neuausrichtung von Beziehungen unterstützen. Aufgrund der unterschiedlichen Rollen von Männern und Frauen vor allem in traditionellen Familien und der damit verbundenen unterschiedlichen Sorge- und Pflegeerfahrungen, wären hierbei neben milieuspezifischen auch genderspezifische Aspekte zu beachten.

Die Pflegeberatungen nach § 7a und § 37 Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) umfassen diese Aspekte jedoch bislang nicht. Auch die vorgeschriebenen Weiterbildungen für Pflegeberatung qualifizieren hierfür nicht (GKV-Spitzenverband 2008).

Ein weiterer Ansatz zur Erleichterung der Pflege besteht darin, pflegende Angehörige zu unterstützen, eigene Bedürfnisse trotz der Anforderungen

der Pflegesituation nicht zu ignorieren. Selbsthilfegruppen bieten dafür Möglichkeiten, werden aber gerade von besonders belasteten Pflegenden oft nicht aufgesucht. Dabei können besonders zielgruppenspezifische Entlastungsangebote, z. B. in Form der niedrigschwelligen Betreuungs- und Entlastungsangebote nach SGB XI oder durch Sportvereine hilfreich sein, wie sie sich beispielsweise für pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz bewährt haben. Vergleichbares könnte zur Gesundheitsförderung für hochaltrige Pflegepersonen oder Pflegepersonen von Menschen mit geistigen Behinderungen beitragen.

Entscheidend für die Zugänglichkeit ist, dass parallel die Betreuung der Pflegebedürftigen sichergestellt ist oder beide gemeinsam teilnehmen können. Dies gilt gleichermaßen für spezielle Kur- und Urlaubsreisen, die teilweise von der Pflegeversicherung bezuschusst werden. Wichtig ist es weiterhin, die soziale Teilhabe der Pflegebedürftigen in der gewohnten Weise oder auf neuen Wegen sicherzustellen, z. B. durch die Teilnahme an Stadtteil- und Familienfesten, Besuche von Bekannten oder Familienangehörigen und Begegnungen in der Nachbarschaft (Oswald und Konopik 2015, S. 404). Dafür sind kostenlose oder sehr preisgünstige Hol- und Bringdienste, wie sie einige Anbieter wie z. B. Kirchen bereits punktuell anbieten, eine wichtige Unterstützung.

Um ein akut gefährdetes Selbstvertrauen der pflegebedürftigen Person und die Pflegekompetenz der Pflegenden zu stärken, sollte die Pflege aktivierend sein und die Betroffenen immer wieder ermutigen, möglichst viel selbst zu tun bzw. wieder zu erlernen. Das dazu nötige Wissen kann z. B. im Rahmen von Pflegekursen, Beratungsbesuchen

13 Bowers (1987) unterscheidet verschiedene Aspekte, die pflegenden Angehörigen in der Pflege wichtig sind. »Protective Caregiving« meint in diesem Zusammenhang den Versuch, die Pflegebedürftigen vor den oft unvermeidlichen Bedrohungen des Selbstbildes in der Pflege zu schützen.

oder während der ambulanten Pflege vermittelt werden, insbesondere in der frühen nachstationären Phase, die bei plötzlichem Eintritt von Pflegebedarf besonders belastend ist (Schroer-Mollenschott 2011, S. 13). Damit einher geht die Förderung der Pflege- und Gesundheitskompetenz von Pflegenden und Gepflegten, wodurch Wissen und Fähigkeiten zum Umgang mit der Pflege (u. a. Pflegetechniken) erworben werden können (Horn und Büscher 2014, S. 5). Beides trägt zu einer Verbesserung von Selbstmanagement in der Krankheitsbewältigung durch pflegende Angehörige (z. B. im Umgang mit Polypharmazie) sowie zur Reduzierung ihrer Pflegebelastungen und somit zur Förderung der Nachhaltigkeit der Pflege bei.

Zur Verunsicherung bei einsetzender Pflegebedürftigkeit können Ängste beitragen, die dadurch ausgelöst werden, dass Sterben und Tod plötzlich spürbar näher rücken. Darüber zu sprechen fällt vielen Menschen schwer. Pflegenden und Gepflegte befürchten häufig, andere mit diesen Themen zu belasten, obwohl ein Gespräch oft hilfreich ist. Eine professionelle Unterstützung könnte hier Wege sowohl zu gemeinsamer Offenheit, als auch zu Angeboten der Palliativversorgung ebnen und dazu beitragen, dass Ängste abgebaut werden. Bislang gibt es dafür jedoch keine professionelle Zuständigkeit. Pflegedienste und Pflegestützpunkte sind nur in Ausnahmefällen dafür qualifiziert, eine psychosoziale Beratung rund um das Thema Sterben und Tod anzubieten, die über die Informationen zu den Ansprüchen auf Palliativversorgung hinausgeht.

Last but not least übernehmen ambulante Pflegedienste in vielen Pflegearrangements verlässlich Pflegeaufgaben und Verantwortung. Im besten Fall beraten, begleiten, unterstützen sie Pflegenden und

Pflegebedürftige, auch wenn die Rahmenbedingungen eher eine verrichtungsbezogene Versorgung nahelegen. Die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Pflegebedürftigen im Hinblick auf eine wunschgemäße Versorgung finden oft zu wenig Berücksichtigung, sei es, dass sie ein bestimmtes Geschlecht der Pflegekraft, bestimmte Einsatzzeiten oder Inhalte wünschen: Den Blumenkasten im Frühjahr bepflanzen zu lassen, statt zu duschen, ist bisher kaum möglich (Falk u. a. 2011). Gute professionelle Pflege- und Unterstützungsangebote können dazu beitragen, dass Überforderungen vermieden werden, die Handhabbarkeit der Situation erhalten bleibt und das Kohärenzgefühl stabilisiert wird. Dazu wäre es hilfreich, wenn deren Qualität in Zukunft stärker mit den Nutzerinnen und Nutzern gemeinsam weiterentwickelt würde.

Eine bleibende Herausforderung ist die Verbesserung der Zugänglichkeit von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für verschiedene pflegebedürftige Menschen und pflegende Angehörige. Um das zu erreichen sollten Pflegebedürftige und Angehörige als »Expertinnen und Experten in eigener Sache« aktiv an der Angebotsgestaltung beteiligt werden – sowohl im Hinblick auf die praktische Durchführung (Ort, Tageszeit, Werbestrategien usw.) als auch inhaltlich. Ein erster Schritt dazu sind Befragungen der Zielgruppe, wie sie Anbieter aus Pflege und offener Altenhilfe bereits gelegentlich durchführen.

Im Hinblick auf die konkrete Unterstützung rund um die Pflege kann des Weiteren die Einbeziehung von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern zusätzliche Ressourcen für alle Beteiligten erschließen. Bereits in einem Modellprojekt¹⁴ erprobt und bewährt ist der Einsatz von soge-

14 Das Modellprojekt »Pflegebegleiter« wurde gemäß den Förderkriterien nach § 8 Abs. 3 SGB XI von den Spitzenverbänden der Pflegekassen im Rahmen der Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung 2003 bis 2008 vom Forschungsinstitut Geragogik durchgeführt (vgl. Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2011).

nannten Pflegebegleitern, die dafür qualifiziert werden, Pflegearrangements ehrenamtlich durch Informationen, Tipps, Begleitung bei Anträgen und in der Alltagsgestaltung (nicht aber in der Pflege selbst!) zu unterstützen. Als Unterstützung und Ergänzung der professionellen Bereiche können sie gemeinsam mit pflegenden Angehörigen wohnortnahe Hilfsnetzwerke aufbauen (Bubolz-Lutz und Kricheldorf 2011).

Sozial-interaktive Anknüpfungspunkte

Die Bedeutung sozialer Unterstützung für die Förderung von Gesundheit ist gut belegt. Unterstützungsmöglichkeiten durch Partnerin bzw. Partner, Familie, Nachbarschaft und Bekannte können zu psychosozialen Wohlbefinden, gerade in akuten Belastungssituationen, beitragen. Die Förderung des sozialen Austauschs in der Nachbarschaft trägt zu Wohlbefinden bei, wie eine Studie zu Wohnen im Alter belegt. Demnach kann gerade im sehr hohen Alter (80 bis 89 Jahre) die Abhängigkeit des Wohlbefindens vom Gesundheitszustand durch nachbarschaftliche Zusammengehörigkeit und Stadtteilverbundenheit signifikant reduziert werden (Oswald und Konopik 2015, S. 406).

Zudem können generationenübergreifende Quartiersnetzwerke bzw. füreinander einstehende »Lokale Verantwortungsgemeinschaften« im Sinne »Sorgender Gemeinschaften« (>caring communities«) in Kombination mit der Eröffnung von Zugangsmöglichkeiten zu Unterstützungssystemen (Kricheldorf u. a. 2015, S. 20) insbesondere zur Gesundheitsförderung von Gepflegten und den Hauptpflegepersonen beitragen. Durch einen Hilfemix aus professionellem System (u. a. ambulante Dienste, stationäre Versorgung und Beratungsstellen) und informellem System (u. a. Angehörige, Nachbarschaftshilfen und Ehrenamtliche) kann selbständiges und zufriedenes Altern im gewohnten Umfeld gelingen und soziale Teilhabe in nachbarschaftli-

cher Verbundenheit gefördert werden (Kricheldorf u. a. 2015, S. 20).

Eine Schlüsselrolle spielt, besonders im urbanen Kontext und für Menschen ohne stabile informelle Unterstützungsnetzwerke, ein aktives Nachbarschaftsmanagement. Damit können Netzwerke auf Quartiersebene, die direkte Ansprache von betroffenen Personen, die Beteiligung der Bürgerschaft (u. a. durch Nutzung lokalen Wissens) und die Bekanntheit von Senioreninitiativen und Seniorenvertretungen gefördert werden. So kann außerdem konkret ermittelt werden, welche Angebote fehlen und wie Angebote im Stadtteil kommuniziert werden können, z. B. durch einen Stadtteilatlas oder Bürgerforen, die gezielt das Thema Pflege aufgreifen. Hier besteht zudem die Möglichkeit aktiver Bürgerbeteiligung und Mitgestaltung bzw. Mitbestimmung auf Quartiersebene (Empowerment). Bei der Initiierung solcher Prozesse sollten die spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Pflegebedürftiger und ihrer Bezugspersonen berücksichtigt werden, z. B. hinsichtlich Barrierefreiheit, Zeiten und Sprachkompetenz. Zudem können bürgerschaftlich organisierte Nachbarschaftshilfen durch verschiedene Formen der Unterstützung (z. B. Einkaufsservice, Bringdienste, Unterstützung bei Behördengängen) eine Möglichkeit der Unterstützung beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit sein.

Durch die sozial-interaktiven Anknüpfungspunkte kann dazu beigetragen werden, dass Pflege ein Thema im Stadtteil ist, über das häufiger gesprochen wird. Gegenseitiger Austausch darüber kann dazu führen, dass sich weitere Chancen für soziale Teilhabe sowie für zusätzliche informelle Unterstützungsmöglichkeiten entwickeln. Dennoch kann die Versorgung beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit hierdurch nur eine freiwillige Ergänzung erfahren und bedarf vielmehr weiterer Rahmenbedingungen und professioneller Unterstützung. Insbesondere ist zu bedenken, dass in Quartieren und Nachbar-

schaften, in denen bereits soziale Problemlagen kumulieren, das Potenzial für gegenseitige Wissensvermittlung und Hilfen schnell erschöpft sein kann. Deshalb können auf freiwilligem Engagement beruhende und informelle Unterstützungsstrukturen immer nur eine Ergänzung für eine durch individuelle soziale Rechte verlässlich gesicherte menschenwürdige Versorgung sein.

Physisch-räumliche und institutionelle Anknüpfungspunkte

Insbesondere im Hinblick auf Funktionseinschränkungen und Einschränkungen in der Mobilität von Pflegebedürftigen, aber auch aufgrund von begrenzten Ressourcen der dauerhaft Pflegenden (u. a. Zeit und körperliche Belastbarkeit), ist ein barriere-reduziertes Wohnumfeld von großer Bedeutung. Durch eine Wohnraumanpassung kann bestehender Wohnraum bedarfsgerecht optimiert werden. Allerdings ist bei Mietwohnungen hierfür die Einwilligung der Eigentümerin oder des Eigentümers erforderlich. Nicht selten werden die Übernahme der Kosten durch die Mieter und ein Rückbau der Maßnahme nach einem Auszug verlangt, wodurch der Umbau zu einem unkalkulierbaren Risiko insbesondere für einkommensarme Haushalte werden kann. Nur wenn barrierearme Wohnungen in ausreichender Zahl und möglichst im angestammten Quartier sowie bezahlbar für Menschen aus allen Bevölkerungsschichten zur Verfügung stehen, ist ein Umzug in eine geeignetere Wohnung eine reale Option.

In jedem Fall kann, insbesondere für Menschen in belasteten Lebenslagen, eine (zugehende) Wohnberatung beispielsweise durch die Pflegestützpunkte oder die Vermittlung durch das Wohnungsamt Hilfe bieten. Allerdings fehlt es bundesweit an barrierearmem und bezahlbarem Wohnraum (BMVBS 2011), obwohl sich Absichtserklärungen, diesen zu schaffen, in vielen politischen Konzepten

wiederfinden (vgl. z. B. Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2013). Zudem ist eine barrierearme Wohnung nur dann wirklich hilfreich, wenn auch das Wohngebäude barrierearm, d. h. im Allgemeinen mit einem Aufzug, ausgestattet ist.

Technische Hilfsmittel wie Mobiltelefone und Computer, technische Systeme zur Unterstützung von Hilfebedürftigen im Alltag (sogenannte Ambient Assisted Living [AAL] - Technologien) wie z. B. die automatische Öffnung von Rollläden oder die Inbetriebnahme von Heizungen zu festen Zeiten, und Einbauten wie unterfahrbare Waschbecken, können das Leben mit Pflegebedarf wesentlich erleichtern und Selbständigkeit, Sicherheit und Teilhabe fördern (Claßen u. a. 2014, S. 93; Oswald u. a. 2009). Gerade der Einsatz von technischen Hilfsmitteln muss jedoch sorgfältig mit den Betroffenen abgestimmt sein, um tatsächlich zu entlasten und nicht zu überfordern.

Ein barrierearmes und Mobilität förderndes Wohnumfeld kann Zugänge zu sozialer Unterstützung und Teilhabechancen fördern sowie zum Erhalt von Mobilität beitragen. Zu einem barrierearmen Wohnumfeld zählen neben barrierearmen Wohnungen und öffentlichen Räumen ortsnahe, gut zugängliche Infrastruktureinrichtungen, z. B. Angebote des täglichen Bedarfs, Apotheken mit Lieferservice und Hausarztpraxen. Auch soziale und pflegerisch-therapeutische Unterstützungsangebote im Stadtteil wie Beratungsstellen, ambulante Pflegedienste und ambulante Physiotherapie erleichtern die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit.

Die Gestaltung bewegungsfreundlicher Quartiere fördert die körperliche Aktivität, beispielsweise mit sogenannten Sitzrouten, entlang derer im öffentlichen Raum Sitzgelegenheiten eingerichtet sind. Mit solchen Maßnahmen können sowohl die Teilhabe gefördert, als auch das Risiko von Unfällen (z. B. von Stürzen) vermindert werden.

Doch nicht nur die Verbesserung des Zugangs zu bestehenden Angeboten und technische Möglichkeiten der Unterstützung können helfen, kritische Übergänge zu erleichtern. Ebenso sollte eine Verbesserung durch die Ermittlung und anschließende Ergänzung fehlender bzw. nicht genügend ausdifferenzierter oder nicht passender Versorgungsangebote stattfinden, wie sie im Konzept des Care- oder Systemmanagements zusammengefasst wird (vgl. Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management o. J.). Außerdem fehlt es oft an Unterstützung für Menschen, die sich in Versorgungslandschaften (u. a. Krankenhäuser, Gesundheitszentren) nicht gut zurechtfinden, z. B. durch gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen¹⁵ (Pelikan und Dietscher 2014).

Die Schwierigkeit bei den bestehenden Beratungsangeboten und -ansprüchen rund um die Pflege liegt darin, dass sie oft gerade denjenigen kaum bekannt und zugänglich sind, die sie benötigen. Außerdem sind sie häufig wenig darauf ausgerichtet, die o. g. umfassenden Beratungsbedarfe aus einer Hand zu decken.

Typischerweise durchlaufen Pflegebedürftige und Angehörige mehrere Stationen auf ihrem Weg in ein zumindest mittelfristig stabiles Versorgungsarrangement und treffen dabei auf folgende Beratungsangebote: Eine akute Verschlechterung, ein Schlaganfall oder Sturz führen sie zunächst ins Krankenhaus, seltener anschließend in eine Rehabilitationseinrichtung. Die Sozialdienste der Krankenhäuser oder Rehabilitationseinrichtungen gewährleisten im Rahmen des verpflichtenden Entlassungsmanagements die Überleitung in häusliche Versorgung oder ins Pflegeheim. Sie stehen vor allem im Krankenhaus oft unter hohem Zeitdruck

und haben wenig Spielraum dafür, die noch sehr kranken und/oder schockierten Betroffenen und ihre besorgten Angehörigen bei einer gründlich abgewogenen Entscheidung zu unterstützen. Das Angebot einer Pflegeberatung durch die zuständige Pflegekasse ist die nächste Möglichkeit, auf die viele aufmerksam werden, wenn ein Antrag auf einen Pflegegrad gestellt oder spätestens, wenn er bewilligt wurde. Diese beschränkt sich allerdings häufig auf die Vermittlung von Hilfsmitteln und Pflegediensten. Verschiedene Kranken- und Ersatzkassen bieten die Pflegeberatung nicht vor Ort an, sondern in Call-Centern, die teils in anderen Bundesländern angesiedelt sind (Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt 2013, S. 147 f.). Diese kennen sich mit lokalen ergänzenden Angeboten im Wohnumfeld meist nicht aus.

Die Pflegestützpunkte, die ein umfassendes Case-Management über Schnittstellen hinweg anbieten, sind nicht allen bekannt oder befinden sich nicht in Wohnortnähe, in Sachsen-Anhalt und Sachsen gibt es bislang gar keine. Ihnen ist vom Gesetz her außerdem das sogenannte Care-Management (§ 7c SGB XI) zugeordnet, also die lokale Vernetzung aller Akteure rund um Pflege, Prävention, Teilhabe einschließlich der Einbeziehung freiwillig Engagierter. Bei Einzugsgebieten von rund 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern und einer Personalausstattung von meist zwei Fachkräften je Pflegestützpunkt kann diese Aufgabenvielfalt realistischerweise nicht immer bewältigt werden (Kirchen-Peters u. a. 2016, S. 7). Wird schließlich ein Pflegedienst engagiert, läuft die weitere Beratung in der Regel über diesen, solange es keinen Anlass für Unzufriedenheit gibt. Die Beratungsbesuche nach § 37 SGB XI, die Pflegearrangements ohne

15 Gesundheitskompetente Organisationen erleichtern es Menschen, Informationen und Dienstleistungen für ihre Gesundheit zu finden, zu verstehen und zu nutzen (Brach u. a. 2012, zitiert in Pelikan und Dietscher 2014, S. 20).

professionelle Beteiligung regelmäßig erhalten, sind mit maximal 33 Euro pro Einsatz (§ 37 Abs. 3 SGB XI) vergütet und werden oft von Pflegediensten durchgeführt. Studien zufolge kann es dabei zu einer Vermischung der Interessen kommen, weil für die Pflegedienste die Kundenakquise bei diesen Beratungsbesuchen ein wesentliches Motiv sein dürfte (Büscher u. a. 2010).

Eine verbesserte Organisation der einzelnen Beratungseinheiten und ein gutes Management der Schnittstellen können hier zusätzliche Ressourcen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen aktivieren. Um die Zugänglichkeit der Beratung rund um die Pflege zu verbessern, ist die lokale und regionale Kooperation und Vernetzung mit weiteren Angeboten und Akteuren sinnvoll, damit Ratsuchende möglichst schnell und ohne weitere Umwege an spezialisierte Hilfen verwiesen werden.

Neben der Begleitung und Förderung der Gesundheitskompetenz Einzelner gilt es parallel, die Versorgungslandschaft und ihre einzelnen Institutionen im Sinne der Verhältnisprävention weiterzuentwickeln. Die demographische Entwicklung lässt zudem einen deutlich höheren Bedarf an professioneller Pflege von Älteren mit Migrationshintergrund erwarten, weshalb es zukünftig noch wichtiger wird, Unterstützungsleistungen an den Bedürfnissen und dem Bedarf dieser – durchaus heterogenen – Zielgruppe zu orientieren (Brzoska und Razum 2014, S. 441).

Eine weitere Möglichkeit, den Belastungen durch Pflegebedürftigkeit zu begegnen, kann ein Umzug sein, wenn er eine proaktive Optimierung der Wohnumwelt bewirkt (Oswald und Rowles 2007, zitiert in Oswald 2012, S. 569). Voraussetzungen hierfür sind u. a. Angebote eines Umzugsmanagements und der Umzugsbegleitung sowie bessere Informationen zum Umzug, Vermeidung falscher Erwartungen, z. B. durch Probewohnen, und die frühzeitige Mitbestimmung durch die betroffenen

Personen (ebd., S. 575). Vielerorts dürfte Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohnung ebenfalls sehr willkommen sein. Ein Umzug in eine geeignetere (barrierearme) Wohnung, aber auch in eine Einrichtung mit Service (»Betreutes Wohnen« bzw. »Wohnen mit Service«) kann – die nötigen finanziellen Mittel vorausgesetzt – bei einsetzender Pflegebedürftigkeit eine Maßnahme darstellen, die präventiv wirkt, indem sie der Verschlechterung des Gesundheitszustandes entgegenwirkt sowie Kompetenzen und Selbstbestimmungsmöglichkeiten erhält. Manche Einrichtungen mit Service sind an ein Pflegeheim angeschlossen oder betreiben eine integrierte Pflegestation. Für die Bewohnerinnen und Bewohner besteht damit die Möglichkeit, bei Pflegebedarf im vertrauten Wohnumfeld bleiben zu können. Gleichzeitig können sie hier oftmals zusätzliche Gemeinschaftsangebote nutzen und erhalten die Möglichkeit Kontakt mit Menschen in ähnlichen Lebenslagen aufzunehmen.

Wenn die Rückkehr in die (eigene) Häuslichkeit nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr möglich scheint, bietet sich als schnelle (Übergangs-)Lösung die Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI an. Kurzzeitpflege wird ganz überwiegend in Form eingestreuter Vollzeitpflegeplätze für maximal vier Wochen in stationären Pflegeeinrichtungen angeboten. Sie kann den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Eingewöhnung in ein Pflegeheim erleichtern oder die Möglichkeit einer zusätzlichen Phase der Erholung für die Pflegebedürftigen und Zeit für notwendige Vorbereitungen und Anpassungen in der Häuslichkeit bieten. Leider sind die Möglichkeiten, diese Phase zu einer intensiven Rehabilitation zu nutzen, begrenzt. Pflegeeinrichtungen sind nicht auf dieses Angebot ausgerichtet, entsprechende Maßnahmen sind nur durch individuelle ärztliche Verordnungen zu organisieren und zu refinanzieren. Zusätzlich sind die Pflegebedürftigen häufig hoch belastet durch den unerwarteten

Umzug in ein Pflegeheim. Obwohl Beratung und Vermittlung von Hilfen in dieser Phase sehr wichtig wären, gehören Fachkräfte aus der Sozialen Arbeit oder ähnlichen Berufen, die zur Organisation einer häuslichen Versorgung beraten können, bisher nur im Ausnahmefall zum Personal in der Kurzzeitpflege. Hier liegen Potenziale für eine verbesserte Unterstützung der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit, möglicherweise auch in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren wie Pflegestützpunkten.

Findet die Pflege zu Hause statt, können teilstationäre Einrichtungen (geriatrische und gerontopsychiatrische Tages- oder Nachtpflegeeinrichtungen) Entlastung bieten. Dort werden Pflegebedürftige tagsüber oder nachts betreut, können aber die übrige Zeit und die Wochenenden in der gewohnten Wohnung verbringen und so leichter gewohnte soziale Bezüge aufrechterhalten. Dies erleichtert den Alltag für Pflegende, vor allem wenn sie tagsüber erwerbstätig sind oder selbst an Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen. Weitere Entlastungsangebote für pflegende Angehörige sind die Verhinderungspflege, Angehörigengruppen, Sorgentelefone, Internet-Foren, Seelsorge, kurzfristige Freistellung vom Beruf sowie Angebote zur Vereinbarung von Beruf und Pflege, wie sie u. a. im Pflegezeit- und Familienpflegezeitgesetz geregelt sind.

Neue ambulante und stationäre Unterstützungs- und Versorgungslandschaften für veränderte individuelle Bedarfe und neue Familienstrukturen (z. B. Pflegewohngemeinschaften, ambulant betreute Wohngemeinschaften oder Pflegeheime für homosexuelle Menschen) tragen zu einer Ausweitung von bedarfsgerechten Angeboten bei. Eine wichtige Voraussetzung ist hierbei eine ausreichende Zahl vorhandener Plätze in räumlicher Nähe zu Angehörigen bzw. dem Wohnort der pflegebedürftigen Person.

Um Angebote für verschiedene Bedarfe jedoch individuell bzw. alltagsbezogen und anwendungsnah zu verbessern und die Akzeptanz bzw. den Zugang

zu den Angeboten zu erleichtern, können einerseits Pflegebedürftige und informell Pflegende in die Um- und Neuausrichtung pflegerischer Unterstützung und Versorgung einbezogen werden. Andererseits kann der professionelle Umgang mit Pflegebedürftigen mit besonderen Bedürfnissen und hoher Verletzlichkeit (u. a. hochaltrige Menschen, alte Menschen mit geistigen Behinderungen, Menschen mit Migrationshintergrund oder homosexuelle Menschen) verbessert werden, wenn die Pflegekräfte entsprechend qualifiziert werden und ein adäquater Personalschlüssel gewährleistet ist.

Stationäre Pflegeeinrichtungen, die sich (weiter) in das Quartier hinein öffnen und ihr Angebot mit der medizinisch-pflegerischen Infrastruktur vernetzen, können den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr und einfacher gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen, zum Beispiel durch ein dem Heim angeschlossenes Bistro oder Café für die Nachbarschaft und Ausflüge von Pflegebedürftigen in den Stadtteil. Nicht zuletzt sollten sich Angebote im Quartier an Menschen aus allen gesellschaftlichen Schichten sowie ausdrücklich an Pflegebedürftige selbst richten, um so den (selbstbestimmten) Zugang zu und die Art der Nutzung von Aktivitäten – und dadurch zugleich die Wahrnehmung von Pflegebedürftigen im Quartier – positiv zu beeinflussen.

Zusammenfassend betrachtet kann Gesundheitsförderung sowohl bei den häuslichen Pflegesettings, als auch den Versorgungsstrukturen anknüpfen. Sie zielt auf die frühzeitig einsetzende, bestmögliche Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und die Verzögerung von (noch schwererer) Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit. Zudem kann die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegebedürftigkeit zu einem kritischen Lebensereignis wird, gesenkt werden durch Setting-Interventionen im Quartier, welche die Gesundheit und Funktionsfähigkeit erhalten und verbessern. Insbesondere bei Risikokontellationen (z. B. Hochaltrigenpaare, isolierte ältere

Menschen) können Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen zu Autonomie und Wohlbefinden beitragen. Durch eine verstärkte Ausrichtung des Medizin- und Pflegesystems auf zunehmend ältere und hochaltrige Patientinnen und Patienten könnte darüber hinaus zu einer Verbesserung von Versorgungsstrukturen beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit beigetragen werden.

Fazit

Den Eintritt von Pflegebedürftigkeit erleben die Betroffenen, seien sie selbst die Pflegebedürftigen oder die ihnen nahestehenden Angehörigen, vor dem Hintergrund individuell unterschiedlicher Risiko- und Ressourcenkonstellationen. Pflegebedürftigkeit kann graduell und unter guter Verfügbarkeit benötigter Ressourcen eintreten (z. B. als langsame Verschlechterung einer chronischen Erkrankung mit Chancen zur psychischen Adaption und Organisation von Unterstützung). Ein kritisches Lebensereignis stellt der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vor allem dann dar, wenn die Betroffenen durch einen plötzlichen, unerwarteten Eintritt nicht vorbereitet sind und die Belastungen auf ungenügende materielle und immaterielle Ressourcen stoßen. Insbesondere soziale Disparitäten und durch schlechte nahräumliche Infrastruktur vernachlässigte Quartiere (Trojan u. a. 2013, S. 19) führen zu einem sozial ungleich verteilten Risiko für Pflegebedürftigkeit als kritischem Lebensereignis. Hierdurch können gesundheitlich negative Folgen sowohl für Pflegebedürftige, als auch für die Pflegenden resultieren. Die negativen Folgen wirken sich aus auf Autonomie und Kompetenz sowie auf die psychische, körperlich-funktionale und soziale Gesundheit der Pflegebedürftigen, auf deren Wohnen und Versorgung, finanzielle Lage und soziale Teilhabe.

Durch personen- und umweltbezogene Ressourcen können die negativen Folgen von Pflegebedürftigkeit auf die Gesundheit sowohl der pflegebedürftigen Menschen, als auch der Angehörigen abgemildert werden. Unterstützende Maßnahmen sollten deshalb im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention zwar die ganze Gruppe der Pflegebedürftigen und Pflegenden erreichen, sich jedoch in besonderem Maße auf jene konzentrieren, die einem erhöhten Risiko für das Erleben von Pflegebedürftigkeit als kritischem Lebensereignis ausgesetzt sind bzw. die im Vergleich zu anderen Gruppen über weniger Ressourcen verfügen.

Gerade beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit im sehr hohen Lebensalter können Übergänge aus gewohnten Lebensbezügen in neue Situationen kritische Folgen haben (Rollenumkehr, unfreiwilliger Umzug in das Pflegeheim, Isolation). Durch integrierte Hilfen könnte einerseits der Autonomieerhalt das Risiko von unerwünschten Übergängen reduzieren und andererseits die Begleitung und Unterstützung innerhalb von Übergängen gefördert werden. Konkrete Ansätze bieten hier ein sektorenübergreifendes Case-Management (BMG 2015a), ein gesicherter Zugang zu Beratung und Hilfen, verlässliche und bedarfsgerechte Wohn- und Versorgungsangebote sowie eine bessere Integration Pflegebedürftiger und Pflegenden in das gesellschaftliche Leben.

Zusammenfassend betrachtet stellt der Eintritt von Pflegebedürftigkeit eine Zäsur im Leben dar, die einschneidende Veränderungen für betroffene Menschen und ihre Angehörigen mit sich bringt. Insbesondere wenn Pflegebedürftigkeit als kritisches Lebensereignis erfahren wird, kann die Gesundheit dadurch (weiter) verschlechtert werden. Deshalb sollten der schnelle Zugang zu Hilfen, die Förderung verbliebener Ressourcen sowie die Stärkung des gesundheitlichen Wohlbefindens und der psychischen Widerstandsfähigkeit als wichtige Aufgaben

von allen Beteiligten wahrgenommen werden, um das Kohärenzgefühl zu stärken.

Eine besondere Herausforderung ist hierbei, auch diejenigen zu erreichen, die keine Leistungen aus der Kranken- bzw. Pflegeversicherung beziehen (u. a. zur Nutzung des Rehabilitationspotenzials), sowie nahräumlich zugängliche und bedarfsgerechte Angebote für verschiedene gesellschaftliche Gruppen zur Verfügung zu stellen. Die Unterstützungsbedarfe richten sich nach der Art der Pflegebedürftigkeit und der Lebenssituation bzw. nach vorhandenen individuellen, überindividuellen und strukturellen Ressourcen.

Durch die Erschließung notwendiger Ressourcen und Hilfen und eine entsprechende Gestaltung der Rahmenbedingungen können Pflegebedürftige und Pflegenden auf dem Gesundheits- und Krankheitskontinuum (siehe Kapitel >> 02, S. 10) mit dem Ereignis Pflegebedürftigkeit einhergehende und zusätzliche krankmachende Faktoren abwenden und ihre Position so weiter in Richtung Gesundheit verschieben. Es sollte daher oberstes Ziel sein, dass Ressourcen und Hilfen für unterschiedliche Personengruppen zeitnah dort verfügbar sind, wo sie benötigt werden. Damit wird beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit bestehende gesundheitliche Ungleichheit nicht verstärkt, sondern gezielt in der Hilfeplanung adressiert.

» 03.3 Verwitwung

Die in den letzten beiden Abschnitten beschriebenen kritischen Lebensereignisse, Verrentung und Pflegebedürftigkeit, sind – sowohl im Hinblick auf die Belastungen als auch auf die Ressourcen zur Bewältigung – Ereignisse, die häufig im Kontext einer Partnerschaft erlebt werden. Der nun folgende Abschnitt befasst sich mit der Verwitwung als

drittes potenziell kritisches Lebensereignis im Alter. Die Verwitwung gilt als besonders belastendes Ereignis für die Hinterbliebenen, das sich vor allem negativ auf die psychische Gestimmtheit und Gesundheit auswirken kann. Insbesondere das Kohärenzgefühl wird durch den häufig als ungerecht und sinnlos empfundenen Tod der Partnerin oder des Partners und dessen Endgültigkeit angegriffen.

Das Erleben der Verwitwung ist eingebettet in soziale, strukturelle und räumliche Rahmenbedingungen, welche die Voraussetzungen für die Bewältigung bilden. Kontextbezogene Risiken und Ressourcen werden im Folgenden entlang von weiteren Einflussfaktoren wie dem Geschlecht oder der sozialen Lage der Betroffenen beschrieben. Hieraus ergeben sich Konsequenzen für präventive und gesundheitsförderliche Angebote, um die Verwitweten zu stärken und zu begleiten.

Vorabbetrachtungen

Die Verwitwung bedeutet das Ende einer Partnerschaft, und im Gegensatz zu den beiden anderen Ereignissen kann sie gerade nicht im Rahmen einer Ehe oder Lebensgemeinschaft bewältigt werden. In der traditionellen (kirchlich geschlossenen) Ehe, die für den größten Teil der heute in Deutschland lebenden alten Menschen die zentrale Form der Partnerschaft ist, wird bereits mit der Eheschließung das Ende angekündigt: »... bis dass der Tod euch scheidet!« Das Versprechen, zueinander zu stehen und füreinander da zu sein, wurde und wird gemeinhin als Norm von allen Eheleuten, aber auch in langjährigen Paarbeziehungen sehr ernst genommen. Vor diesem Hintergrund ist die Verwitwung nicht nur das zu erwartende, sondern in gewisser Weise auch natürliche Ende einer Ehe, die eben bis zum Tod der Partnerin oder des Partners Bestand hatte. Zugleich ist die Verwitwung für die überlebende Person ein

Lebensereignis, das meist schwer zu bewältigen ist und erhebliche Belastungen mit sich bringt.

Die Verwitwungsforschung unterscheidet grundsätzlich zwei Perspektiven auf das Ereignis: Die Verwitwung wird zum einen als primär individuelles Lebensereignis mit vor allem psychischen Folgen für die Hinterbliebenen untersucht. Zum anderen wird die Verwitwung als soziales Ereignis diskutiert, das durch die gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen beeinflusst wird (Höpflinger u. a. 2013, S. 269). Mit der von uns eingenommenen Perspektive auf Verwitwung als kritisches Lebensereignis steht zunächst die individuell zu leistende, psychische Anpassung im Zentrum. Zugleich beeinflussen aber die gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen die Chancen für das Individuum, die Verwitwung erfolgreich zu bewältigen, ganz wesentlich und dürfen nicht aus dem Blick geraten. Im folgenden Abschnitt wird der Prozess der Verwitwung beschrieben sowie Risikofaktoren, Ressourcen und Strategien für die Bewältigung aufgezeigt.

Was bedeutet die Verwitwung und wer sind die Verwitweten?

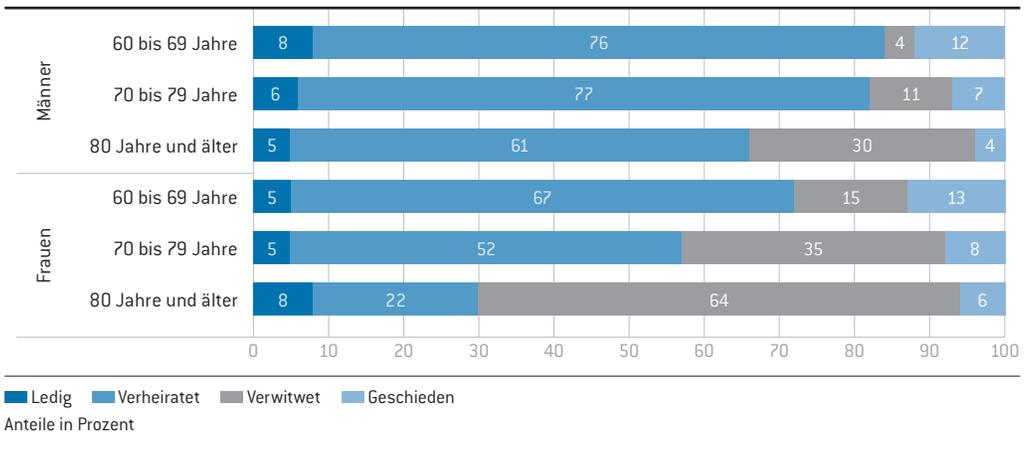
Die Verwitwung bzw. der Tod der Lebenspartnerin oder des Lebenspartners stellt einen massiven Eingriff in das Leben der Hinterbliebenen und der Familie dar. 88,3% der Personen in der Altersgruppe 65 Jahre und älter sind verheiratet oder leben in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft bzw. sind verwitwet (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2014). Der größte Teil dieser Personengruppe lebt in einer Ehe und diese besteht überwiegend seit mehreren Jahrzehnten: 73% der in einer Ehe lebenden 65- bis 85-jährigen Menschen sind seit 40 Jahren und länger verheiratet (Generali Zukunftsfonds und Institut für Demoskopie Allensbach 2017, S. 133).

Der Verlust der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten nach einer glücklichen Partnerschaft

bedeutet den endgültigen Abschied von einer geliebten Person, auch wenn diese oft weiterhin ein wichtiger emotionaler Anker und »Gesprächspartner« in Gedanken bleibt. Aber auch in Partnerschaften, die eher von Gewohnheit als von Liebe geprägt waren, wird eine Verwitwung meist als Bruch und Verlust erlebt. Überwiegend erfolgt eine radikale Veränderung des vertrauten und von Routinen geprägten Alltags und des gemeinsam aufgebauten Haushalts. Die Verwitwung bedeutet in den meisten Fällen einen tiefen Einschnitt in ein von Gemeinsamkeit, Vertrautheit und Intimität geprägtes soziales Gefüge, in dem sich die eigene Identität oft nicht ohne weiteres von der Paaridentität abgrenzen lässt. Das verwitwete Individuum ist aus der gewohnten Bindung freigesetzt und auf sich selbst zurückgeworfen (Hollstein 2002, S. 14). Dabei sollte nicht übersehen werden, dass diese »Freisetzung« durchaus auch eine Befreiung bedeuten kann, etwa aus einer gewalttätigen oder unglücklichen Partnerschaft oder nach langjähriger, belastender Pflege. Die Verwitwung kann somit auch, selbst im schmerzlichen Erleben, der Beginn einer neuen, positiven und zukunftsgerichteten Entwicklung sein.

Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und des typischen Altersunterschiedes zwischen Ehemann und Ehefrau in einer traditionellen Ehe werden deutlich mehr Witwen als Witwer gezählt: etwa jede zehnte der 55- bis 69-jährigen Frauen, nämlich ca. 11%, war 2014 verwitwet, während nur knapp 3% der gleich alten Männer verwitwet waren (Gerostat 2015). Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko, den Tod des Partners oder der Partnerin zu erleben: 33,6% der 70- bis 85-jährigen Frauen und 12,2% der Männer dieser Altersgruppe waren verwitwet (ebd.). Die Verwitwung stellt damit, insbesondere für die Gruppe der hochaltrigen Frauen, nicht nur einen individuellen Schicksalsschlag dar, sondern auch ein normatives

Familienstände der Männer und Frauen ab 60 Jahren nach Altersgruppe



>> Abb. 2: Familienstände der Männer und Frauen ab 60 Jahren nach Altersgruppe, 2011. Aus: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 4.

Ereignis, das erwart- und vorhersehbar ist (Tesch-Römer 2010, S. 132).

Das Verhältnis von ledigen, verheirateten, verwitweten und geschiedenen Männern und Frauen im Alter über 60 Jahre stellt, bezogen auf das Jahr 2011 und mit etwas anderen Altersgruppen, die Abb. 2 dar.

Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung erfolgt die Verwitwung in zunehmend höherem Lebensalter. Ein Vergleich der Verwitwungsfälle in den 20 Jahren von 1991 bis 2011 zeigt sowohl den Anstieg der absoluten Zahlen von Verwitwungen im hohen Alter, als auch eine relative Zunahme der Verwitwungen im Alter 80+ im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen (vgl. Abb. 3).

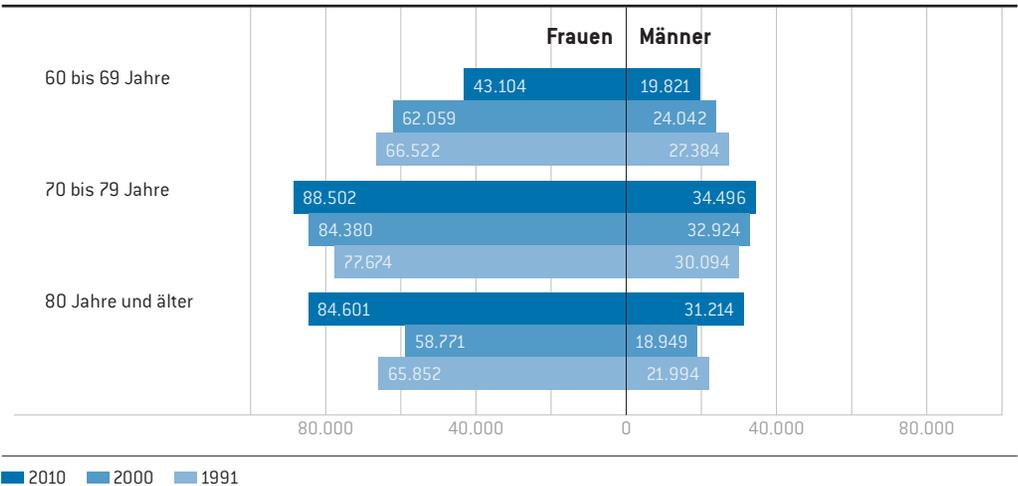
Nur selten gehen ältere Menschen nach einer Verwitwung eine neue Ehe ein. Vor allem verwitwete Frauen bleiben deutlich häufiger als Männer unverheiratet – was nicht bedeuten muss, dass sie ohne Partner bleiben. In der Altersgruppe der über 60-Jährigen schlossen im Jahr 2010 nur 2 % der Frauen und 4 % der Männer eine Ehe. 22,6 % der

Männer und 13,8 % der Frauen, die im Alter eine Ehe schlossen, waren verwitwet (Nowossadeck und Engstler 2013, S. 7). Während ältere Männer zu einem großen Anteil deutlich jüngere Frauen heirateten (ca. 41 % der eheschließenden Männer über 60 Jahren heirateten 2010 eine Frau, die mehr als zehn Jahre jünger als sie war), wählten die Frauen mit über 50 % eher Männer, die älter als sie waren (ebd.). Der weitaus überwiegende Teil der älteren Menschen geht nach dem Verlust des Partners oder der Partnerin allerdings keine neue Lebensbeziehung ein und lebt von nun an alleine in dem ehemals gemeinsamen Haushalt (vgl. Abb. 4).

Die Verwitwung aus Sicht der Verwitweten

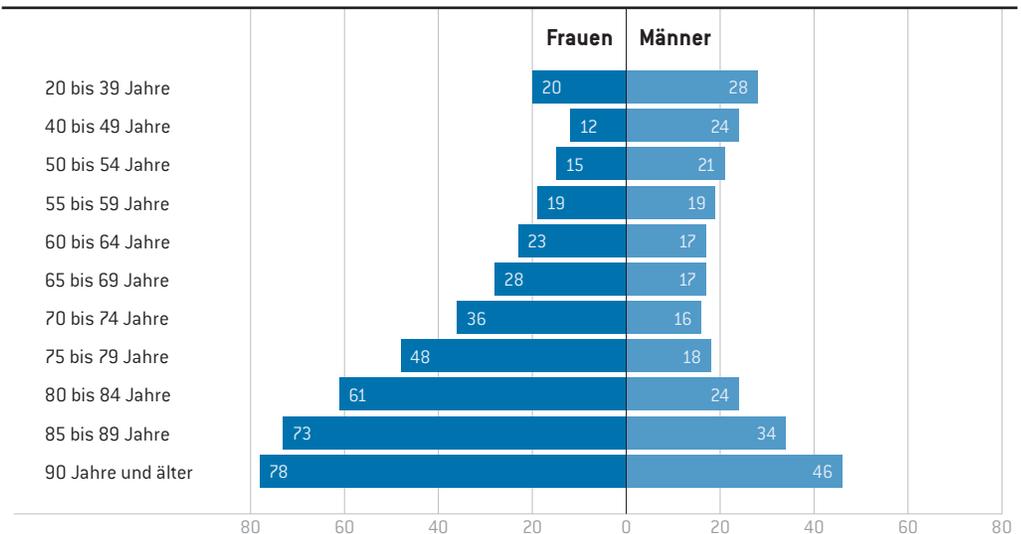
Die Verwitwung wird weitgehend als eine massive Erschütterung des Kohärenzgefühls erlebt. Der Tod der Partnerin oder des Partners wird häufig als Angriff auf das eigene Ich wahrgenommen. Der als sicher erlebte und durch Wiederholungen geprägte Alltag ist in seinen Grundfesten in Frage gestellt. Routinen, die sich gerade nach langer Ehe und im

Zahl der Verwitwungsfälle ab 60 Jahre nach Altersgruppe und Geschlecht



» Abb. 3: Zahl der Verwitwungsfälle ab 60 Jahre nach Altersgruppe und Geschlecht, 1991, 2000 und 2010. Aus: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 19, Original siehe Altersreport 3/2013, S. 19.

Anteile Alleinlebender nach Alter und Geschlecht in Prozent



» Abb. 4: Anteile Alleinlebender nach Alter und Geschlecht, 2011 [in Prozent]. Aus: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 16.

hohen Alter gefestigt haben und die Alltagsbewältigung erleichtern, sind nicht mehr verfügbar oder verlieren ihre Bedeutung.

Ein frühzeitiger oder unerwarteter Tod der Partnerin oder des Partners verstärkt die belastende Wirkung der Verwitwung (Filipp und Aymanns 2010; Tesch-Römer 2010; Höpflinger u. a. 2013; Keene und Prokos 2008). Die Plötzlichkeit des Verlustes verhindert eine Vorbereitung auf das Leben jenseits der Partnerschaft; der Tod erscheint als Schicksalsschlag aus heiterem Himmel. Eine Verwitwung mit dem Eintritt in das Rentenalter kann beispielsweise dazu führen, dass gemeinsame Pläne, die für die »neue Freiheit« geschmiedet worden waren, nun nicht mehr ausgeführt werden können.

Mit zunehmendem Alter gewinnen der Tod und das Sterben allerdings an Bedeutung und Präsenz im Leben. Der alternde Mensch wird im wachsenden Maße mit der eigenen Endlichkeit und dem Sterben anderer konfrontiert. Die Normativität des Ereignisses, d. h. das Wissen, dass gerade im hohen Alter Tod und Verwitwung »normal« sind und man mit seinem Schicksal nicht alleine steht, ermöglicht es, die eigene Situation trotz aller individuellen Belastungen in einen übergeordneten Zusammenhang einordnen zu können. Wortman und Silver (1990) zufolge erleichtern die Erwartbarkeit und Normativität einer Verwitwung die individuelle Bewältigung.

Diesen Zusammenhang belegen auch Nolen-Hoeksema und Ahrens (2002) in einer altersvergleichenden Studie. Ihre Ergebnisse zeigen, dass der Zusammenhang zwischen der Verwitwung und depressiven Symptomen in jüngeren Altersgruppen (25 bis 35 bzw. 35 bis 45 Jahre) höher ist als in der älteren Altersgruppe (65 bis 75 Jahre). Mit zunehmendem Alter wird demnach im Durchschnitt die psychische Gesundheit der überlebenden Person weniger stark durch eine Verwitwung belastet.

Die Erwartbarkeit des Todes steigt vor allem mit wachsender Pflegebedürftigkeit der Partnerin oder

des Partners. Es ist möglich, sich innerlich auf das Ereignis vorzubereiten. Im günstigen Fall besteht die Gelegenheit des Abschiednehmens und der (gemeinsamen) Organisation des Sterbens und Beerdigungsprozesses (Testament, Beerdigungsmodalitäten, Auswahl einer Grabstelle etc.). Eine Studie von Geyer u. a. (2005) befasst sich mit der Gesundheit von über 70-jährigen verwitweten Frauen. Etwa 75 % der Befragten gaben an, vor dem Tod ihres Partners Vorbereitungen für den Eintritt des Todes alleine oder mit ihrem Partner getroffen zu haben (ebd., S. 35).

Geht dem Sterben eine längere Phase (schwerer) Krankheit oder belastender Pflege voraus, ist häufig allerdings schon vor dem Ereignis der Verwitwung ein Absinken des Wohlbefindens bei der pflegenden Person zu verzeichnen (Tesch-Römer 2010, S. 132). Eine hohe, dem Tod vorangegangene Pflegebelastung stellt damit einen weiteren, die Bewältigung der Verwitwung beeinflussenden Faktor dar. Der Prozess des Trauerns und Bewältigens beginnt in diesen Fällen einerseits erwartet und andererseits als Fortsetzung einer bereits bestehenden psychischen und/oder physischen Belastung, kann dafür aber ggf. auch früher bewältigt werden.

Eine hohe Belastung durch intensive Pflege kann dazu führen, dass die Verwitwung als eine weniger gravierende Beeinträchtigung des Wohlbefindens des oder der Überlebenden erlebt (ebd.; Höpflinger u. a. 2013, S. 269; Keene und Prokos 2008) oder sogar als Entlastung empfunden wird. Keene und Prokos (2008) untersuchten in ihrer Studie diese Aspekte im Zusammenhang mit dem Auftreten von depressiver Symptomatik und stellten einen Zusammenhang mit der Dauer der Pflege fest. Eine langjährige Pflege der Ehepartnerin oder des Ehepartners korrelierte mit geringeren depressiven Symptomen nach der Verwitwung. Hingegen konnten einer kurzen Pflegedauer keine Effekte auf die depressive Symptomatik nachgewiesen werden,

ebenso wie der Form der Pflege oder der Art des Pflegearrangements.

Vor allem bei zunehmender Pflegebedürftigkeit geht einer Verwitwung häufig eine Phase des langsamen Verlustes voraus, verbunden mit zunehmender Gebrechlichkeit, einer schweren Erkrankung oder wachsender Demenz der Partnerin bzw. des Partners. Die Verwitwung setzt gewissermaßen schon vor dem eigentlichen Ereignis ein und der Tod bildet das zu erwartende, bei großen Leiden unter Umständen auch erwünschte Ende dieses Prozesses. Trotzdem handelt es sich um einen tiefen, meist schmerzvollen Einschnitt im Leben der Witwe oder des Witwers, gefolgt von einer Phase des Trauerns und der Bewältigung des Verlustes.

Einer unter Umständen starken Belastung aufgrund von Pflegeleistungen vor der Verwitwung und dem damit verbundenen Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse folgt das »Geworfensein« auf das eigene Ich und die Stille des Alleinseins. Eine erfolgreiche Bewältigung ermöglicht, dass der Verlust akzeptiert werden kann und die Anpassung an die belastenden Folgen der Verwitwung sowie eine Neuorientierung mit zunehmendem Abstand von dem Ereignis besser gelingen (Wortman und Silver 1990). Auch eine positive Perspektive auf den Partnertod, sei es aufgrund von Tatsachen oder als Selbsttrost und »schön redend«, wird mit einer wachsenden zeitlichen Distanz einfacher. In der Studie von Geyer u. a. konnte ca. ein Drittel der kurz nach der Verwitwung befragten Frauen dem Tod ihres Partners auch positive Aspekte abgewinnen. Sie berichteten Gedanken wie: Der Partner musste nicht leiden, er wäre mit einer Pflegesituation nicht zurechtgekommen oder sie hätten nun mehr Zeit für eigene Aktivitäten. In einer Folgebefragung der Studie nach einem Jahr wurden diese Überlegungen von etwa der Hälfte der Frauen geteilt (2005, S. 38).

So wie der Prozess des Sterbens individuell höchst unterschiedlich ist, folgen auch der Prozess

des Trauerns und die Bewältigung des Verlustes nicht einem klar definierten, linearen Ablauf. Konzepte, mit denen der Trauerprozess beschrieben wird, wie das auf vier Phasen beruhende Modell von Bowlby (1961), unterscheiden Zeiten von »Schock/Betäubung«, »Sehnsucht/Protest«, »Verzweiflung« und »Wiederherstellung«, die eine kausale Abfolge von Reaktionen und Gefühlen vermuten lassen (nach Buchebner-Ferstl 2002, S. 15).

Tatsächlich erfolgt der Trauerprozess allerdings häufig nicht in einem chronologischen Durchleben der einzelnen Phasen, sondern diese können sich überlagern und wiederholen: Die Beschäftigung mit dem Verlust, das Nachdenken über die Vergangenheit oder Momente der Verzweiflung wechseln sich mit Phasen der Neuorientierung und der Anpassung an die veränderten Bedingungen ab. Eine momentane positive Gestimmtheit muss nicht bedeuten, dass die Bewältigung erfolgreich abgeschlossen ist. Unterstützungsangebote müssen daher immer die individuelle Situation der oder des Trauernden berücksichtigen (Tesch-Römer 2010).

Die Verwitwung ist für die meisten Personen mit einem Verlust auf unterschiedlichen Ebenen verbunden. Stroebe und Stroebe unterscheiden hier drei Dimensionen des Verlustes: (1) den Verlust instrumenteller Unterstützung, z. B. von Kompetenzen und Fähigkeiten, die durch die verstorbene Person in die Partnerschaft eingebracht worden waren; (2) den Verlust emotionaler Unterstützung, z. B. von Wertschätzung und Zuneigung; (3) den Verlust der sozialen Identität, vor allem wenn die eigene Rolle oder der eigene soziale Status stark über die Partnerschaft oder in Bezug auf die verstorbene Person definiert waren (Stroebe und Stroebe 1987, nach Buchebner-Ferstl 2002, S. 12).

Der Partnerverlust kann allerdings grundsätzlich auch eine Entwicklungschance bedeuten, nicht nur wenn, wie oben skizziert, er das Ende einer unglücklichen Beziehung darstellt. Wenn der Tod des

Partners oder der Partnerin bewältigt sind, werden die Anbahnung neuer Partnerschaften, die Entwicklung neuer Perspektiven und Ziele oder der Erwerb neuer Kompetenzen möglich (Backes und Clemens 2008, S. 73; Höpflinger u. a. 2013). Trotzdem stellt die Verwitwung für viele Betroffene ein kritisches Lebensereignis dar, das unter Umständen auch nach längerer Trauer weiter belastend wirkt.

Verwitwung und die Mensch-Umwelt-Beziehung

Auch wenn eine Verwitwung primär als individueller Schicksalsschlag erlebt wird, beeinflussen dennoch Umweltfaktoren sowohl den Hintergrund, vor dem dieses Ereignis stattfindet, als auch die Chancen auf eine Bewältigung. Strukturelle Bedingungen wirken sich auf den Prozess des Sterbens ebenso wie auf den Prozess der Verwitwung aus.

Der überwiegende Teil der älteren Menschen stirbt in Institutionen. Eine Hochrechnung von Sauer u. a. (2013) auf Grundlage von Daten der Gmünder Ersatzkasse von 2009 geht davon aus, dass ca. 70 % aller Sterbenden (bezogen auf alle Altersgruppen) das Lebensende in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder Hospizen erleben. Der Anteil der in Institutionen Sterbenden erhöht sich mit zunehmendem Alter. Die interne Organisation der Institutionen, der Tagesablauf, die räumliche Gestaltung und die Zuwendung, die das Personal den Betroffenen gegenüber aufbringt, schaffen die Bedingungen, unter denen gestorben wird. Die Situationen in Pflegeheimen und Krankenhäusern, z. B. auf einer Intensivstation, bestimmen außerdem die Rahmenbedingungen, in denen eine Partnerschaft am Ende des Lebens gestaltet werden kann. Das Abschiednehmen voneinander und die Vorbereitung auf den Tod folgen nicht erprobten und planbaren Handlungsmustern, sondern erfordern entsprechende Freiräume. Dazu gehören die Verfügbarkeit von Räumen, die Privatheit und Intimität ermöglichen, ebenso wie zeitliche Freiräume im

institutionellen Ablauf, über die ein Paar autonom bestimmen kann, um bereits während eines Krankheits- oder Pflegeverlaufes sich mit dem Tod und seinen Folgen auseinander setzen zu können. Die institutionellen Rahmenbedingungen gestalten nicht nur den Moment des Sterbens und Abschiednehmens, sondern bilden auch den Ausgangspunkt für den Trauerprozess und die Lebensphase der Verwitwung. Emotional und organisatorisch unterstützende Strukturen und Personen können die Bewältigung der Verwitwung fördern und Zugang zu hilfreicher Unterstützung ermöglichen.

Die Mensch-Umwelt-Beziehung wird gerade nach langjähriger Partnerschaft oft als Paar-Umwelt-Beziehung erlebt. Während man über Jahre die Herausforderungen der Umwelt als Paar gemeistert hat und sich dabei oft gegenseitig mit den je individuellen Kompetenzen ergänzte, sieht sich die Witwe oder der Witwer nun allein der Welt ausgesetzt. Man ist gewissermaßen »übrig geblieben« und kann sich nicht mehr mit der Partnerin oder dem Partner über Risiken oder Potenziale der Umwelt verständigen. Entscheidungen darüber, wie man sich in der Öffentlichkeit angemessen verhält, wie man auf Herausforderungen reagiert oder welche Strategien zur Alltagsbewältigung man wählt, sind eigenständig zu treffen. Als Paar entwickelte Einstellungen und Werte müssen nun alleine vertreten und Konflikte mit der Umwelt, die man als Paar ausgetragen hat, einsam ausgefochten werden. Verstärkt wird diese Situation noch, wenn eine Alltagsabhängigkeit von dem oder der Verstorbenen bestand, weil beispielsweise nur dieser oder diese die Landessprache beherrschte, kochen konnte oder einen Führerschein besaß. Die hinterbliebene Person muss ihr Verhältnis zur Umwelt neu ordnen und sich zusätzliche Kompetenzen aneignen, um den Alltag auf dem gewohnten Niveau zu erhalten.

Nach einer Verwitwung muss das Verhältnis zur Umwelt aktiv neu gestaltet werden. Das Leben als

Alleinstehende oder Alleinstehender muss, gerade nach langer Ehe, häufig geradezu gelernt werden. Die Umwelt wurde als Paar bewohnt und erlebt, nun muss sie für eine allein lebende Person angepasst werden. Die Wohnung ist möglicherweise zu groß, die gewohnten Wege können nicht mehr gegangen werden, weil sie als nicht sicher erlebt werden. Einkäufe, die bislang der Ehemann getragen hat, müssen nun selbst getragen werden. Im Restaurant sitzt man alleine, im Hotel bucht man ein Einzelzimmer, man benötigt nur noch kleine Haushaltspackungen, Konten müssen aufgelöst und Verträge umgeschrieben werden. Zudem vergeht Zeit, bis man als Witwe oder Witwer wahrgenommen wird und die soziale Umwelt weiß, dass man verwitwet ist. Eine schmerzvolle Phase, in der man mit dem Ereignis konfrontiert wird (»und Grüße an Ihren Mann«) und sich in die neue Rolle als Witwe oder Witwer finden muss, ist zu bewältigen.

Verwitwung als kritisches Lebensereignis

Die Verwitwung gilt als »eines der großen kritischen Lebensereignisse in der Biografie eines Menschen« (Tesch-Römer 2010, S. 131), das negative Auswirkungen auf die körperliche und seelische Gesundheit bis hin zu einer erhöhten Sterbewahrscheinlichkeit der Witwe bzw. des Witwers haben kann (ebd., S. 131–133; Filipp und Aymanns 2010, S. 144; Wortman und Silver 1990, S. 225). Vor allem in der Zeit unmittelbar nach dem Tod der Partnerin oder des Partners besteht eine erhöhte Anfälligkeit für körperliche und psychische Erkrankungen (Höpflinger u. a. 2013, S. 268 unter Verweis auf Jin und Chrisatakis 2009 und Schaan 2009).

Stroebe und Stroebe beschreiben die Auswirkungen einer Verwitwung auf unterschiedlichen Ebenen, z. B. auf der emotionalen (Angst, Ein-

samkeit), kognitiven (Konzentrationsprobleme) oder physiologischen (Schlafstörungen, Appetitlosigkeit) Ebene (Stroebe und Stroebe 1987, nach Buchebner-Ferstl 2002, S. 16). In diesem Zusammenhang weist Buchebner-Ferstl darauf hin, dass diese Symptome für sich genommen zwar als pathologisch gelten können, im Zusammenhang mit einer Verwitwung jedoch als normale Reaktionen angesehen werden (ebd.) – solange sie ein gewisses Maß nicht überschreiten und nach einer Trauerzeit wieder abklingen. Dabei wird von einem, hinsichtlich der Dauer und Intensität der Trauer, »üblichen« Bewältigungsprozess ausgegangen und bei Abweichungen von dieser Norm von »pathologischer Trauer« gesprochen (Filipp und Aymanns 2010, S. 144).

Horowitz u. a. (1997) beschreiben diese Abweichung als »komplizierte Trauer«, Prigerson u. a. (1999) sprechen von der »traumatischen Trauer«. In beiden Konzepten werden Modelle zur Diagnose der pathologischen Abweichung von Trauer angeboten. Diese beruhen auf einer (länger als üblichen) zeitlichen Ausdehnung der Trauerphase in Kombination mit einer Funktionsbeeinträchtigung durch Symptome wie gedankliches Verhaftetsein (Intrusion), Vermeidungsstrategien und Anpassungsschwierigkeiten (Horowitz u. a. 1997) bzw. bestimmte Gefühle, wie z. B. emotionale Taubheit, Empfinden von Bedeutungslosigkeit oder exzessive Reizbarkeit (Prigerson u. a. 1999).

In Fällen der pathologischen Trauer kann der Verlust nicht verarbeitet werden, der Bewältigungsprozess stagniert. Während der erfolgreiche Bewältigungsprozess nach einer Phase der oft intensiven Trauer, die von Verzweiflung, Wut oder Leugnung geprägt sein kann, in Akzeptanz, Neuorganisation und einer erneuten Zuwendung zur Welt mündet, ist es im Fall der pathologischen Trauer der oder dem Trauernden nicht möglich, den Prozess der Trauer abzuschließen oder sich trotz der Trauer um die

verlorene Partnerin oder den verlorenen Partner dem Leben erneut zuzuwenden.

Dabei bleibt vage, welcher Zeitraum als »angemessene Trauerzeit« angesehen und inwieweit die jeweils gültige Norm für die trauernde Person angewendet werden kann. Dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (American Psychiatric Association 2013) zufolge können bereits zwei Wochen nach dem Tod eines Angehörigen Depressionssymptome als klinisch-relevante psychische Störung diagnostiziert werden. Diese extrem kurze Zeitspanne wird in der Literatur jedoch deutlich kritisiert. So weist Wagner (2013) beispielsweise auf das Risiko der Fehldiagnose hin. Der Verlauf und die Dauer der Trauerzeit sind, wie oben dargestellt, von unterschiedlichen Risikofaktoren sowie den verfügbaren Ressourcen abhängig.

Risikofaktoren, die eine erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung erschweren oder verhindern, können, ebenso wie die Ressourcen, sowohl dem trauernden Individuum, dem kritischen Ereignis selbst oder auch der Umwelt als Bewältigungskontext zugeordnet werden.

Schon zuvor bestehende Belastungen

Eine Belastung liegt vor, wenn bereits vor Eintritt der Verwitwung eine dauerhafte Einschränkung der Betroffenen bestand, beispielsweise in Form einer chronischen Erkrankung. Insbesondere bestehende psychische Erkrankungen bilden ein gravierendes Risiko bei der Bewältigung einer Verwitwung. Höpflinger u. a. verweisen unter Bezug auf Boerner (2012) darauf, »einer der häufigsten Befunde der Trauerforschung« bestehe darin, dass eine depressive (Vor-)Erkrankung oder eine Angststörung der oder des Trauernden ein bedeutsamer Risikofaktor für die Bewältigung einer Verwitwung sei (Höpflinger u. a. 2013, S. 268). Auch schwere körperliche Erkrankungen, funktionale Einschränkungen oder Behinderungen bis hin zur eigenen Pflegebedürf-

tigkeit können die Belastbarkeit der überlebenden Person wesentlich reduzieren, sodass nur wenige (körperliche und psychische) Ressourcen für die Bewältigung der Verwitwung zur Verfügung stehen.

Zudem kann aufgrund eigener Erkrankungen eine starke funktionale Abhängigkeit zur verstorbenen Person bestanden haben, die durch die Verwitwung zu Versorgungsproblemen oder gar Notsituationen führen kann. Eine Risikogruppe stellen hierbei insbesondere hochaltrige Witwen und Witwer dar, die in der Alltagsbewältigung von ihren Partnerinnen und Partnern abhängig waren.

Chronische Belastungen entstehen darüber hinaus durch die Kumulation von lebenslangen Effekten sozialer Benachteiligung im Alter, die sich im Mangel von sowohl ökonomischen, als auch sozialen Ressourcen ausdrückt. Prekäre Erwerbsbiografien oder längere Phasen der Arbeitslosigkeit münden in niedrigen Renten (seltener Pensionen) (vgl. Kapitel >> 03.1, S. 28), die wiederum im Zuge der Verwitwung zusätzlich gemindert werden. Geringe finanzielle Ressourcen, aber auch wenige soziale Kontakte und Probleme beim Zugang zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten beeinträchtigen die Möglichkeiten, auf die veränderte Situation zu reagieren und beispielsweise neue Aktivitäten zu beginnen, neue Bekanntschaften zu schließen oder professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Soziale Konflikte und Einsamkeit stellen weitere Risikofaktoren im Kontext der Verwitwung dar. Soziale Ausgrenzung oder problematische Familienkonstellationen, beispielsweise in der Eltern-Kind-Beziehung, können die verwitwete Person einerseits zusätzlich schwer belasten, andererseits die wichtige Ressource »soziale Unterstützung« einschränken. Der größte Teil der älteren, in Partnerschaft lebenden Menschen hat eigene Kinder, nur ca. 10 % aller 70- bis 85-Jährigen hatte dem Deutschen Alterssurvey (DEAS) zufolge im Jahr 2014 keine

lebenden Kinder (DEAS 2014). Für die Personen, die in kinderlosen Partnerschaften leben oder deren Verhältnis zu ihren Kindern problematisch ist, sind außerfamiliäre Beziehungen als soziale Ressource von umso größerer Bedeutung.

Den Ergebnissen des Deutschen Alterssurveys zufolge ist das engere soziale Netzwerk von etwa jedem achten älteren Menschen extrem klein (DEAS 2014). Etwa 11 % der 55- bis 69-Jährigen und ca. 15 % der 70- bis 85-Jährigen gaben an, keine oder nur eine Person¹⁶ nennen zu können, die ihnen persönlich wichtig sei und zu der sie regelmäßigen Kontakt hätten. Soweit eine Familie vorhanden ist, werden vor allem Kinder und Partnerinnen bzw. Partner als Quelle für Rat und Trost im Alter genannt (ebd.). Lediglich 29,1 % der 70- bis 85-jährigen Frauen und 13,3 % der Männer dieser Altersgruppe gaben an, Trost von Personen außerhalb der Familie zu erhalten (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang 17-7). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Männern und Frauen, zwischen Ost- und Westdeutschland und zu den jüngeren Altersgruppen. Während nach eigener Auskunft in Westdeutschland 30,5 % der 70- bis 85-jährigen und 47,6 % der 55- bis 69-jährigen Frauen Trost bei Personen, die nicht zur Familie gehören, fanden, waren es unter den ostdeutschen Frauen nur jeweils 23,5 % (70 bis 85-jährige) bzw. 34,7 % (55 bis 69-jährige). Unter den Männern war der Anteil derjenigen, die Trost durch nicht verwandte Personen erhielten, noch deutlich niedriger. Bei den westdeutschen Männern der Altersgruppe 55 bis 69 Jahre waren es 25,7 %, bei den 70- bis 85-Jährigen 14,2 % und unter den ostdeutschen Männern sogar nur 15,6 % (55 bis 69 Jahre) bzw. 9,4 % (70 bis 85 Jahre), die Trost durch außerfamiliäre Beziehungen erhielten (ebd.).

Trotzdem bezeichnen sich bundesweit nur 6,1 % der Männer und 8,0 % der Frauen in der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre als einsam (Mahne u. a. 2017, Tabellenanhang 18-1). Der Anteil von Frauen in der Altersgruppe 70 bis 85 Jahre, die sich einsam fühlen, ist sowohl in West- als auch in Ostdeutschland höher als jener der Männer. Außerdem bezeichnen sich mehr Menschen in Westdeutschland einsam als in Ostdeutschland (ebd.). Die Generali Hochaltrigenstudie beschreibt für die Gruppe der über 80-Jährigen, dass das Einsamkeitserleben, die sozio-ökonomische Lage und die Gesundheit zusammenhängen: Ein niedriger sozio-ökonomischer Status und eine schlechte Gesundheit korrelieren mit einem höheren Empfinden von Einsamkeit (Generali Zukunftsfonds und Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg 2014, S. 21–22). Diese problematischen Voraussetzungen sowie ein bereits bestehender Mangel an sozialen Kontakten können mit einer Verwitwung kumulieren und sich negativ verstärken bzw. die Bewältigung beeinträchtigen.

Ebenfalls ungünstig bei der Bewältigung von Trauer wirkt sich das Fehlen von familiärer Unterstützung aufgrund von vorangegangener Migration (der eigenen oder jener der Angehörigen) aus. Dabei kann sich im Erleben der Einsamkeit beim Verlust der Partnerin oder des Partners eine unter Umständen langjährig erlebte Ausgrenzung und Fremdheit in einer anderen Kultur noch einmal neu manifestieren. Zudem können unter Umständen wichtige religiöse oder kulturelle Rituale im Zusammenhang mit dem Tod und der Beerdigung nicht ausgeführt werden, oder eine (kulturell notwendige) spirituelle oder gesellschaftliche Begleitung kann nicht erfolgen. Verschärfend wirkt, zumindest bezogen auf ältere Menschen mit türkischem Migrationshin-

16 Gefragt wurde sowohl nach Verwandten und Haushaltmitgliedern, als auch nach Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen.

tergrund, der Befund von Baykara-Krumme (2012), wonach diese Zielgruppe grundsätzlich (und unabhängig von einer Verwitwung) ein deutlich höheres Einsamkeitsempfinden berichtet als eine deutsche Vergleichsgruppe. Ob dieses Empfinden auf soziale Benachteiligung, den kulturellen Hintergrund, den Lebensstil (z. B. Pendelmigration), das Vermissen von Verwandten oder Freundinnen und Freunden, die in der Türkei leben, oder auf eine Kumulation unterschiedlicher Ursachen zurückzuführen ist, lässt sich aus den Daten Baykara-Krummes nicht ableiten. Unabhängig von der Ursache bildet aber die Empfindung von Einsamkeit an sich einen Risikofaktor, der speziell in Bezug auf ältere Migrantinnen und Migranten in den Blick genommen werden muss. Die (deutschsprachige) Forschungsliteratur zu dem Thema der Verwitwung von Menschen mit Migrationshintergrund ist gegenwärtig noch überschaubar. Angesichts einer wachsenden Zahl alter und hochbetagter Menschen mit (unterschiedlichen) Migrationsbiografien in Deutschland wären weitere Studien in diesem Feld wünschenswert.

Akute, zusätzlich eintretende Belastungen

Eine akute Belastung kann dann bestehen, wenn in relativer zeitlicher Nähe zum Ereignis der Verwitwung ein weiteres kritisches Lebensereignis erlebt wird oder wenn zum Zeitpunkt der Verwitwung wesentliche Ressourcen nicht abgerufen werden können. Eine solche Belastung liegt beispielsweise vor, wenn die überlebende Person selbst oder ein weiterer, näherer Angehöriger, z. B. ein Kind, während des Partnertodes erkrankt oder pflegebedürftig wird, von einem Unfall betroffen ist oder einen anderen, zusätzlichen Schicksalsschlag erleben muss. Über die Ressourcen, die zur Bewältigung der Trauer und der Neu-Organisation des Alltags hinaus erforderlich sind, müssen weitere Kräfte aktiviert werden, um die zusätzlichen Herausforderungen zu bewältigen.

Eine weitere ungünstige Rahmenbedingung im Trauerfall kann beispielsweise in einer erst kürzlich erfolgten Veränderung der Wohnsituation bestehen. Ein Umzug in eine gerade erst erworbene, mit Krediten belastete Immobilie oder in eine auf die Bedürfnisse der verstorbenen Person zugeschnittene Wohnung führt zu finanziellen oder organisatorischen Belastungen, welche die Bedingungen für eine erfolgreiche Bewältigung der Verwitwung noch zusätzlich erschweren. Der Wechsel der vertrauten Wohnumgebung bedeutet zudem meist den Verlust nachbarschaftlicher Netzwerke. Mit zunehmendem Alter und vor allem mit eingeschränkter Mobilität fällt es oft schwer, neue nachbarschaftliche Netzwerke aufzubauen bzw. die alten Beziehungen auch über die Entfernung aufrecht zu erhalten. Damit fehlen in einer Belastungssituation unter Umständen wichtige Unterstützungsbeziehungen oder mittrauernde Menschen in der unmittelbaren räumlichen Nähe.

Die Folgen einer akuten Belastung können langfristig negative Wirkungen haben. Erfolgt keine Entlastung durch die Umwelt, z. B. durch eine Übernahme von Aufgaben durch soziale Netzwerke oder ein Entgegenkommen von Institutionen wie Banken oder Wohnungsunternehmen bei finanziellen Forderungen, besteht die Gefahr, dass eine Abwärtsspirale einsetzt. Diese kann zu einer fortwährenden Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, zu gesundheitlichen Gefährdungen oder problematischen Lebenslagen führen. Teilweise erkennen Wohnungsunternehmen hier inzwischen den Unterstützungsbedarf und bieten, manchmal auch in Kooperation mit Sozialdiensten, niedrigschwellige Beratungs- und Betreuungsangebote im Wohnumfeld an.

Belastende Folgen der Verwitwung

Der Verlust der Partnerin oder des Partners hat meist große Belastungen zur Folge, die ein Risiko

für die Bewältigung der Trauer und insbesondere für die psychische Gesundheit darstellen. Durch die Verwitwung steigt das Risiko einer depressiven Erkrankung, und es erhöht sich, zumindest bei Männern und in der Zeit unmittelbar nach dem Ereignis, die Gefahr des Suizids. Während die Verwitwung, wie beschrieben, im statistischen Mittel ein eher von Frauen erlebtes Ereignis ist, weisen Studien darauf hin, dass Männer nach einer Verwitwung häufig stärker belastet und einem größeren Risiko ausgesetzt sind, an einer depressiven Störung zu erkranken als Frauen (Filipp und Aymanns 2010, S. 73; Buchebner-Ferstl 2002, S. 20). Ihre Mortalitätsrate und Suizidalität sind, zumindest im ersten Jahr nach dem Tod der Partnerin, deutlich höher als bei Frauen (Filipp und Aymanns 2010, S. 132 f.; Höpflinger u. a. 2013, S. 268; Buchebner-Ferstl 2002, S. 21–22).

Zugleich steigt die Gefahr eines chronischen Alkoholmissbrauchs bei Männern nach einer Verwitwung stärker an als bei Frauen (Buchebner-Ferstl 2002, S. 21). Auch wenn das relative Depressionsrisiko nach einer Verwitwung bei Männern deutlich höher liegt als bei Frauen, nehmen die depressiven Symptome nach einer Verwitwung sowohl bei Frauen, als auch bei Männern zunächst zu (Nolen-Hoeksema und Ahrens 2002; Filipp und Aymanns 2010; Wortman und Silver 1990; Geyer u. a. 2005).

Im Allgemeinen klingen die Symptome aber nach einer Phase wieder ab. In der Untersuchung von Geyer u. a. wiesen die befragten Frauen unmittelbar nach ihrer Verwitwung eine deutlich höhere depressive Symptomatik auf als verheiratete, nicht verwitwete Frauen. Ein Jahr nach dem Ereignis wurde jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied mehr gemessen (2005, S. 45). Außerdem wurde in der Zeit unmittelbar nach dem Tod des Partners ein verstärkter Konsum von Psychopharmaka, z. B. Antidepressiva, berichtet (ebd. S. 46). Der nach der Verwitwung angestiegene Konsum von

Schlaf- und Beruhigungsmitteln blieb bei den in der Studie befragten Frauen auch ein Jahr später noch auf höherem Niveau als bei verheirateten Frauen. Zudem nahmen die befragten Frauen unmittelbar und ein Jahr nach der Verwitwung noch deutlich seltener warme Mahlzeiten zu sich als verheiratete Frauen (ebd., S. 49). Ob dies eine Reaktion auf die Verwitwung an sich darstellt (als Vernachlässigung der eigenen Person, im Sinne eines »self neglect«) oder auf die sich veränderten Lebensumstände (»es lohnt sich nicht, für eine Person zu kochen« bzw. »endlich muss ich nicht mehr kochen«), wurde in der Studie nicht erhoben.

Auch wenn der Tod erwartbar oder die Belastung durch langjährige Pflege hoch war, besteht die Trauerreaktion häufig nicht nur aus intensivem Kummer und Traurigkeit, sie wird auch begleitet von Gefühlen der Schuld und Reue, die »den Prozess des Trauerns außerordentlich erschweren« (Filipp und Aymanns 2010, S. 143). In der Studie von Geyer u. a. gab ca. die Hälfte der befragten Frauen (und nach einem Jahr noch 40 %) an, unter Schuldgefühlen zu leiden, ohne sich tatsächlich für den Tod des Partners verantwortlich zu fühlen. Trotzdem hatte diese Empfindung einen negativen Effekt auf die psychische Lebensqualität (2005, S. 44). Die Schuldgefühle bezogen sich unter anderem auf die Unterbringung des Partners in einem Pflegeheim, die Qualität der häuslichen Pflege, den Grad an Unterstützung und Zuwendung während einer Krankheit oder auch die eigene Abwesenheit während des Eintritts des Todes (ebd., S. 38). Hier berichteten diejenigen Frauen stärkere Schuldgefühle, deren Partner pflegebedürftig oder schwer krank gewesen war (ebd., S. 50). Inwieweit das Auftreten von Schuldgefühlen gerade im Zusammenhang mit geleisteter Pflege einen Widerspruch zu den Ergebnissen von Keene und Prokos (2008) darstellt, wonach durch vorangegangene Pflegetätigkeit hoch belastete Personen eher eine geringere psychische

Belastung nach der Verwitungangaben, kann im vorliegenden Kontext nicht geklärt werden.

Eine weitere belastende Folge einer Verwitung ist der Wegfall eines beachtlichen Teils des Haushaltseinkommens. Vor allem für Frauen in einkommensschwachen Haushalten, und hier insbesondere für jene mit diskontinuierlichen Erwerbsbiografien und/oder Beschäftigungsverhältnissen in Niedriglohnssektoren und entsprechend niedrigen eigenen Renten, steigt nach einer Verwitung das Armutsrisiko deutlich. In der Schweizer Studie von Höpfinger u. a. äußerten dementsprechend Frauen signifikant öfter als Männer, dass sie nach ihrer Verwitung von finanziellen Problemen betroffen sind [2013, S. 275]. Für sie stehen damit geringere Ressourcen zur Verfügung, um die Belastungen im Zuge der Verwitung zu bewältigen. Einkommenseinbußen durch den Wegfall eines Einkommens bzw. die im Vergleich zur Altersrente geringere Witwenrente bei gleichbleibenden Ausgaben kann in ohnehin prekären Verhältnissen dazu führen, dass z. B. die Wohnung nicht mehr gehalten werden kann und ein Umzug erforderlich ist.

Ein Umzug kann nach einer Verwitung nicht nur wegen einer Veränderung des Haushaltseinkommens erforderlich werden, sondern auch weil nur die verstorbene Person das Wohnrecht im gemeinsamen Haus oder in der Wohnung besaß bzw. die Wohnimmobilie in ihrer alleinigen Eigentümerschaft lag. In diesem Fall kann durch den Tod das Wohnrecht erlöschen, sofern hier keine vertragliche Vereinbarung vorliegt. Ein weiterer Grund für einen Umzug kann der Pflegebedarf der überlebenden Person sein, die ohne die Unterstützung ihres Partners oder ihrer Partnerin die gemeinsame Wohnung nicht mehr bewohnen kann. Insbesondere bei einer Verkleinerung der Wohnung, z. B. beim Umzug in eine Pflegeeinrichtung, können gemeinsam angeschaffte Möbel in die neue Umgebung nicht mitgenommen werden. Vertraute, aus der Partner-

schaft stammende Dinge und die damit verbundenen Erinnerungen müssen aufgegeben werden.

Die Bedeutung von Gegenständen und Orten als Träger von Erinnerungen und identitätsstiftenden Elementen wurde vielfach in der Literatur beschrieben, unter anderem bei Rowles: »Place becomes a landscape of memories, providing a sense of identity.« (Rowles 1983, S. 114, nach Wahl und Oswald 2010, S. 115; vgl. auch zum Thema Depner 2015) Die Trennung (oft bedeutet das: das Wegwerfen) von lieb gewordenen Erinnerungsstücken verdeutlicht den Betroffenen erneut den biografischen Bruch, der durch die Verwitung erfolgt.

Die Verwitung ist oft mit großen Veränderungen der sozialen Beziehungen für die Hinterbliebenen verbunden (Hollstein 2002). Bekanntschaften und Freundschaften, die als Paar gepflegt wurden (z. B. Teil einer Doppelkopfrunde zu sein), oder soziale Kontakte, die durch die verstorbene Person initiiert worden waren, können nach einer Verwitung unter Umständen nicht aufrecht erhalten werden. Zudem berichten etwa 25 % der von Geyer u. a. befragten Frauen unmittelbar nach der Verwitung, dass sie den Kontakt zu gemeinsamen Freundinnen und Freunden sowie Bekannten absichtlich vermeiden (2005, S. 38). Dieser Befund hatte sich auch ein Jahr nach der Verwitung nicht wesentlich verändert.

Ein Wegfall sozialer Netze, die Vermeidung eines Zusammentreffens mit gemeinsamen Bekannten oder auch der Verlust der Partnerin oder des Partners als einziger Person, mit der man vertraute Gespräche führen konnte, kann zu Einsamkeit führen. Die Trauer kann nicht mit anderen geteilt und hilfreiche soziale Unterstützung kann nicht abgerufen werden. Langfristig kann sich die Einsamkeit verfestigen und in Isolation münden. Betroffen sind hierbei insbesondere Personen, die bereits vor Eintritt einer Verwitung von Einsamkeit oder wenigen sozialen Kontakten berichten.

Wir haben oben Einsamkeit als Dimension einer chronischen, bereits bestehenden Belastung beschrieben, durch die ungünstige Voraussetzungen für die Bewältigung der Verwitwung entstehen. Einsamkeit gilt aber außerdem auch als einer der zentralen Belastungsfaktoren, die nach einer Verwitwung wirksam werden. Die Verwitwung stellt Dykstra u. a. zufolge einen der zentralen Risikofaktoren für das Empfinden von Einsamkeit im Alter dar (2005, S. 726). In der Studie von Höpflinger u. a. wird Einsamkeit unter sechs Belastungsaspekten¹⁷, die nach einer Verwitwung auftreten, am negativsten erlebt (2013, S. 275), wohingegen der Mangel an sozialen Kontakten deutlich seltener als Problem angegeben wird. Dieser Befund zeigt, dass nach einer Verwitwung Einsamkeit erlebt werden kann, obwohl ausreichend soziale Kontakte bestehen. Nicht unbedingt die Menge von sozialen Kontakten, sondern deren Qualität und die der früheren Partnerschaft beeinflussen das Empfinden von Einsamkeit.

Interessanterweise geben Männer nach einer Verwitwung häufiger an, von Einsamkeit betroffen zu sein und einen Mangel an sozialen Kontakten zu erleben, als die befragten Frauen (Höpflinger u. a. 2013). Dieser Befund steht im Gegensatz zu den oben beschriebenen Aussagen der männlichen Befragten (hier: nicht nur Verwitwete) im DEAS 2014, die seltener als Frauen Einsamkeit berichteten. Unter Verweis auf Dykstra und de Jong-Gierveld (2004) vermuten die Autoren die Ursache für eine höhere Einsamkeit nach einer Verwitwung darin, dass Männer sozial und emotional enger auf die Partnerschaft ausgerichtet seien als Frauen (ebd., S. 269). Allerdings verweisen sie im gleichen

Zusammenhang auf Untersuchungen, in denen diese geschlechtsspezifischen Befunde sich bei der Kontrolle anderer Variablen, wie dem bisherigen Wohlergehen oder dem Lebensalter, stark »verwischen« (ebd.).

In welchem Ausmaß bereits bestehende Einsamkeit und durch die Verwitwung ausgelöste Einsamkeit sich gegenseitig verstärken oder relativieren, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. In jedem Fall muss aber Einsamkeit als ein zentrales Belastungsmoment im Zusammenhang mit einer Verwitwung diskutiert werden.

Ein dichtes familiäres Netzwerk mindert die Gefahr von Einsamkeit und Isolation (ebd., S. 268, mit Verweis auf die Auswertung des DEAS 2002 bei Schmid 2010). Allerdings spielt die Qualität der familiären Beziehungen bei der Bewältigung der Trauer eine zentrale Rolle. So belastet beispielsweise die alleinige Übernahme einer bislang in der Partnerschaft geteilten Sorge und Verantwortung um ein krankes oder in schwieriger Lebenslage befindliches Familienmitglied nach der Verwitwung zusätzlich. Innerfamiliäre Konflikte werden unter Umständen in dieser Phase noch verstärkt. Die Erwartungen von Angehörigen, wie die Beerdigung, der Trauerprozess oder ein Neuanfang zu erfolgen haben, können den Vorstellungen der Witwe oder des Witwers komplett entgegengesetzt sein. Ähnlich wie bei Erbstreitigkeiten können damit Anlässe zu intensiven und langjährigen innerfamiliären Auseinandersetzungen oder Zerwürfnissen entstehen.

Mit der Verwitwung steht die Lebensplanung und -organisation vor einem einschneidenden Wendepunkt: Gemeinsam geschmiedete Pläne für die Zukunft müssen aufgegeben und Lebensziele neu

17 Die abgefragten Items waren (1) Finanzielle Probleme, (2) Mangel an sozialen Kontakten, (3) Einsamkeit, (4) Sich daran gewöhnen, alles selber machen zu müssen, (5) Alleine Verantwortung übernehmen zu müssen, (6) Dem Leben einen Sinn geben. (Höpflinger u. a. 2013, S. 275)

definiert werden. Diese Situation kann sowohl eine Chance als auch eine Überforderung bedeuten. Der Verzicht auf sicher geglaubte Zukunftskonzepte, ein Perspektivwechsel und eine Neuorientierung im Leben sind Elemente des Bewältigungsprozesses, die individuell äußerst unterschiedlich und nicht in linearer zeitlicher Abfolge stattfinden. Je stärker die eigene Person und Rolle über die Paarbeziehung definiert war, desto schwieriger gestaltet sich dieser Prozess und desto wichtiger sind von außen herangetragene Impulse. Kontraproduktiv sind hierbei konservative Konzepte für verwitwete Personen, die etwa, insbesondere für Frauen, einen Rückzug aus der Öffentlichkeit oder eine über den Tod hinausgehende Fokussierung auf den verlorenen Partner vorsehen.

Vor allem in Paarbeziehungen mit traditionellen Rollenverteilungen fehlen der überlebenden Person oft elementare Kompetenzen. So können Männer mit der eigenständigen Haushaltsführung (Kochen, Putzen) oder der Pflege sozialer Beziehungen überfordert sein. Ältere Frauen haben (heute noch) deutlich seltener einen eigenen Führerschein, nutzen seltener das Internet und sind oft weniger mit den Bank- oder Versicherungsangelegenheiten der Familie vertraut. Erneut können wir hier auf die Studie von Höpflinger u. a. verweisen, wonach die weiblichen Befragten signifikant öfter als die männlichen Befragten äußerten, dass sie nach ihrer Verwitwung die alleinige Übernahme der Verantwortung als Belastung empfanden (2013, S. 275).

Belastende Rahmenbedingungen in der Umwelt

Neben den bislang diskutierten individuellen oder durch den Prozess der Verwitwung bedingten Risikofaktoren können auch die Rahmenbedingungen in der Umwelt, insbesondere in der Wohnumwelt, belastend für den Bewältigungsprozess sein. Dazu zählt eine Wohnsituation, die für die überlebende Person nicht (mehr) geeignet ist, weil beispiels-

weise die Wohnung aufgrund der eigenen Pflegebedürftigkeit nur mit Unterstützung des verstorbenen Partners bewohnt werden konnte. Auch eine ungünstige Wohnlage, z. B. im ländlichen Raum, kann zu einer massiven Einschränkung führen, wenn die Nutzung eines PKWs erforderlich ist, aber keine Fahrerlaubnis vorhanden ist.

Ein Quartier kann zudem durch allgemein problematische Gegebenheiten wie Nachbarschaftskonflikte, Umweltbelastungen, eine schlechte Wohnqualität oder Infrastrukturfdefizite eine zusätzliche Belastung in einer ohnehin belastenden Situation darstellen (vgl. Abschnitt >> 02.3, S. 16). Die im öffentlichen Raum wahrgenommene Sicherheit wird nach einer Verwitwung, wenn man nicht mehr als Paar, sondern alleine unterwegs ist, anders und unter Umständen als bedrohlich bewertet. Gesundheitliche Gefährdungen in einem belasteten Wohngebiet sowie der Mangel an Unterstützungsangeboten und an Gelegenheiten, soziale Beziehungen aufzubauen, stellen, wie bereits weiter oben ausgeführt, zusätzliche Risikofaktoren in einer ohnehin problematischen Lebenssituation dar.

Eine weitere, durch das Setting bedingte Belastung besteht, wenn der oder die Verstorbene nicht in der Nähe beigesetzt oder das Grab nicht besucht werden kann. Ursachen hierfür können darin bestehen, dass es in der Umgebung keinen Friedhof gibt oder die erforderlichen Bestattungsriten (z. B. nach islamischem Brauch) auf den vorhandenen Friedhöfen nicht vollzogen werden können. Auch ein Friedhof, der nicht barrierearm ist (unwegsam, schlechte Beleuchtung), kann zu einem unerreichbaren Ziel für Trauernde werden. Damit entfällt ein für viele Menschen wichtiges Element der Trauerarbeit: Der Besuch der Grabstelle und die Übernahme neuer sorgender Aufgaben (Grabpflege) für die verstorbene Person.

Schließlich können Konventionen und Normen in einem Setting dazu führen, dass ein öffentliches

Bekunden der Trauer nicht zugelassen wird. Die Verwitwung in einer homosexuellen Beziehung oder der Verlust eines oder einer verheirateten Geliebten können in traditionellen Milieus Ereignisse sein, die nur im Privaten bewältigt werden können. Der Zugang zu Unterstützungsangeboten und professioneller Hilfe ist in diesen Fällen häufig noch zusätzlich erschwert. Ähnlich wie in den Abschnitten »Schon zuvor bestehende Belastungen« (vgl. S. 82 ff.) und »Akute, zusätzlich eintretende Belastungen« (vgl. S. 84 ff.) bereits beschrieben, kann die Kumulation dieser unterschiedlichen, settingbezogenen Belastungen zu einer absoluten Überforderung mit entsprechenden Risiken für die physische und psychische Gesundheit der hinterbliebenen Person führen.

Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung

Die Verwitwung ist eine massive Belastung für die meisten Menschen. Sie stellt nicht nur an sich ein oft traumatisches Ereignis und einen Eingriff in die Kontinuität des Alltags dar, sondern führt darüber hinaus auch dazu, dass hilfreiche Ressourcen nicht mehr zur Verfügung stehen. Insbesondere die gegenseitige Unterstützung in der Paarbeziehung bei der Bewältigung von belastenden Situationen (»Dyadisches Coping«, vgl. Kasten auf S. 24) ist unmöglich. Wie in den letzten Abschnitten dargestellt, können der Verlust von Ressourcen und zahlreiche Risikofaktoren dazu führen, die Verwitwung als kritisches Lebensereignis zu erleben.

Die Kenntnis der Risiken ermöglicht es, präventive Strategien zum Umgang mit einer Verwitwung zu gestalten. Das Ziel solcher Strategien sollte sein, die Bewältigungsressourcen zu stärken und gesundheitsgefährdende Verläufe im Trauerprozess zu vermeiden. Im Folgenden werden Anknüpfungspunkte für entsprechende Strategien im individuellen, sozial-interaktiven sowie institutionellen und gesellschaftlichen Kontext dargestellt.

punkte für entsprechende Strategien im individuellen, sozial-interaktiven sowie institutionellen und gesellschaftlichen Kontext dargestellt.

Individuelle Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Der Verlust der Lebensgefährtin oder des Lebensgefährten stellt, wie oben beschrieben, umso stärker eine Belastung dar, je unvorbereiteter und überraschender das Ereignis eintritt. Die Thematisierung von Tod und Sterben wird in Familien, Freundeskreisen und in der Gesellschaft oft vermieden oder ist geradezu tabuisiert. Ein gesellschaftlicher Diskurs über die Endlichkeit aller Menschen und die Dualität von Leben und Tod kann durch eine gezielte und enttabuisierende Öffentlichkeitsarbeit, beispielsweise in Schulen, durch Medienformate oder als »Aufklärungs«-Kampagnen, gefördert werden.

Gerade in einer weitgehend säkularen Gesellschaft fehlt häufig die durch Religionen vermittelte, Trost spendende und Hoffnung gebende Einbettung des Todes in einen übergeordneten Sinnzusammenhang sowie die Möglichkeit, über Tod und Sterben zu sprechen. Eine offensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Sterben und dem möglichen Tod der Partnerin oder des Partners kann dazu ermutigen, die Sterbesituation vorab zu gestalten und eine Gelegenheit zum Abschied nehmen zu finden. Wichtige Akteure sind hierbei unter anderem die unterschiedlichen Glaubensgemeinschaften und Kirchen. In Hinblick auf die Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Verwitwung können Glaube und Religiosität eine wichtige Ressource für die Bewältigung bilden. Wie bereits in Kapitel >> 02 (S. 21) dargestellt, ermöglicht der Glaube an eine übergeordnete Sinnhaftigkeit und eine Weltordnung die Aufrechterhaltung des Kohärenzgefühls, auch wenn der Sinn des Partnertodes nicht verstanden werden kann – möglicherweise auch gerade weil der Sinn nicht verstanden werden muss. Zudem bieten eine

Glaubensgemeinschaft oder eine spirituelle Person häufig eine Begleitung durch den Trauerprozess, z. B. bei Beerdigungen, Gottesdiensten, Gebeten und Gesprächen.

Allerdings ist die Religiosität und Spiritualität regional und abhängig vom Alter unterschiedlich ausgeprägt. Während 70 % der über 60-Jährigen in Westdeutschland Religion als wichtigen Lebensbereich bezeichnen, sind es unter den Angehörigen dieser Altersgruppe in Ostdeutschland nur 32 % (Bertelsmann 2013, S. 14). In der jüngeren Altersgruppe nimmt der Anteil derjenigen, denen Religion wichtig ist, auch in Westdeutschland ab. Unter den 31- bis 60-Jährigen liegt ihr Anteil mit 48 % niedriger, aber immer noch deutlich über demjenigen der gleichen Altersgruppe in Ostdeutschland mit 26 % (ebd.). Die Zahlen verdeutlichen die (noch) bedeutende Rolle der Kirchen für alte Menschen in manchen Teilen Deutschlands, die jedoch mit jüngeren Generationen abnimmt.

Säkulare Angebote, die eine philosophische Reflektion von Tod und Sterben ermöglichen, gewinnen damit im wachsenden Maße an Bedeutung. Eine professionelle Trauerbegleitung, wie sie u. a. von einigen Bestattungsunternehmen angeboten wird, kann die Auseinandersetzung mit dem Erlebten unterstützen und sowohl bei organisatorischen Fragen als auch bei der Suche nach Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Situation zur Seite stehen.

Es wurde weiter oben geschildert, dass eine Verwitwung häufig von Schuldgefühlen begleitet ist. Die Sorge, den Bedürfnissen und Wünschen der oder des Verstorbenen nicht gerecht geworden zu sein oder unnötiges Leid verursacht zu haben, kann nach dem Tod noch lange belasten. Die Fähigkeit, auch schmerzhaft Themen im Vorfeld anzusprechen, kann in diesem Zusammenhang hilfreich sein und die Paarbeziehung sogar entlasten und befördern. Die Enttabuisierung des Todes stellt hier eine Voraussetzung für einen offenen Umgang mit

dem Thema dar. Überlegungen über eine Patientenverfügung, in der die Bedingungen für lebenserhaltende Maßnahmen und für das Setting am Ende des Lebens festgelegt werden, bilden oft einen ersten Schritt für eine Auseinandersetzung mit dem Sterben. Zudem können professionelle therapeutische Unterstützung oder Gesprächsangebote im Rahmen der Selbsthilfe schon im Vorfeld einer Verwitwung, z. B. angesichts zunehmender Gebrechlichkeit oder Krankheit, für Paare ein hilfreiches Angebot sein.

Parallel zu der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben sollte das Wissen über Bewältigungsstrategien nach einer Verwitwung verbessert werden. Dieses Wissen wird im Idealfall vor einer Verwitwung angeeignet, um im Trauerfall abrufbar zu sein. Dazu gehören Kenntnisse von Unterstützungsangeboten im Umfeld ebenso wie ein Bewusstsein über den Wert der eigenen Gesundheit und das Recht, das Leben weiterhin genießen zu dürfen. Als eine Grundvoraussetzung dafür, dass nach einer Verwitwung neuer Lebensmut entstehen und Perspektiven für die Zukunft entwickelt werden können, muss die Verwitwung auch gesellschaftlich als Chance für eine individuelle Weiterentwicklung akzeptiert werden. Eine neue Lebensplanung sowie der Aufbau einer neuen Beziehung werden vor allem im höheren Alter teilweise nur zögerlich toleriert und deuten aus mancher Sicht vermeintlich auf Lieblosigkeit oder Undankbarkeit hin. Auch hier gilt es, den öffentlichen Diskurs zu öffnen und alternative Szenarien anzubieten, ohne die individuelle Trauer und den Schmerz zu relativieren.

Der Verlust von Ressourcen oder Kompetenzen, über die nur der oder die Verstorbene verfügte, kann die Alltagsbewältigung der überlebenden Person noch zusätzlich belasten. Zielgerichtete Angebote der offenen Altenhilfe können hier präventiv ansetzen und beispielsweise Kochkurse für Männer oder Computerkurse für Frauen anbieten. In diesem Zusammenhang sollten ältere Männer und Frauen

ausdrücklich ermutigt werden, eigene Kompetenzen für ein unabhängiges Leben im Alter und nach der Verwitwung zu erwerben. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass eine finanzielle Absicherung nach der Verwitwung sowie Mittel, Wissen und Handlungsmacht, um den neuen Lebensabschnitt als alleinstehende Person neu gestalten zu können, die Voraussetzungen dafür darstellen, die Verwitwung als Entwicklungschance nutzen zu können.

Ein erheblicher gesundheitlicher Risikofaktor, der häufig eine Reaktion auf eine Verwitwung darstellt, ist der Missbrauch von Suchtmitteln oder Medikamenten, insbesondere von Schlafmitteln und Psychopharmaka. Eine verstärkte Aufklärung über die Risiken des Suchtmittel- und Medikamentenkonsums sollte gezielt ältere Menschen adressieren. In diesem Zusammenhang sollten auch die Verschreibungspraxis und die Begleitung der Medikamenteneinnahme durch Hausärzte kritisch reflektiert werden. Das Erlernen von alternativen Strategien zur Schlafhygiene oder Entspannung kann ein zusätzlicher bzw. alternativer, präventiver Ansatz zur Stärkung älterer Menschen vor oder nach einer Verwitwung sein. Eine entsprechende Sensibilisierung und Qualifizierung des medizinischen Personals in Hausarztpraxen und Krankenhäusern ist hierfür unabdingbar. Schließlich kann eine Weiterleitung in Psychotherapie der geeignete Weg für diejenigen Menschen sein, die langfristig mit der Bewältigung ihrer Trauer überfordert sind. Die Zugänge zu Psychotherapie sind für ältere Menschen heute allerdings noch unzureichend (vgl. hierzu Abschnitt »Beratung, Begleitung und Therapie«, S. 103 f.).

Sozial-interaktive Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Ergänzend zur Stärkung der individuellen Kompetenzen und zur Minderung der Risikofaktoren bildet die soziale Unterstützung eine wichtige Bewälti-

gungsressource. Die Förderung von sozialen Beziehungen im Alter ist ein wichtiges Element einer integrativen Gesundheitsförderung. Stabile soziale Netzwerke bilden eine zentrale Ressource bei der Bewältigung aller kritischen Lebensereignisse. Zwar stellen Höpflinger u. a. aufgrund der Ergebnisse ihrer Längsschnittstudie zur Diskussion, ob weniger das Ausmaß sozialer Unterstützung, als vielmehr die Kongruenz zwischen gewünschter und erhaltener Unterstützung das Wohlbefinden nach einer Verwitwung beeinflusst (2013, S. 278); zudem hängt die Wirkung der Unterstützung von der Qualität der Beziehungen und den mit der Unterstützung verbundenen Konzepten und Erwartungen zusammen. Gleichzeitig wurde aber bereits beschrieben, dass Einsamkeit eine der wesentlichen Belastungen in Folge von Verwitwung bildet. Daher ist grundsätzlich zu bedenken, dass die Einbindung in soziale Netzwerke und das Bestehen von sozialen Beziehungen die entscheidenden Voraussetzungen dafür sind, hilfreiche Unterstützung durch andere Menschen überhaupt gewinnen und Einsamkeit mildern zu können. Darüber hinaus differenziert sich soziale Unterstützung in verschiedenen hilfreichen Dimensionen von Nähe und Verbindlichkeit aus, von rein funktionaler Unterstützung (z. B. einen Einkauf in die Wohnung tragen, wenn man sich auf der Treppe begegnet) bis hin zur gemeinsamen Bewältigung des belastenden Ereignisses (z. B. durch gemeinsames Erinnern und Trauern). Ein großes soziales Netzwerk erhöht die Chance, diese unterschiedlichen Formen der Unterstützung aktivieren zu können.

Die aktive Einforderung von sozialer Unterstützung ist von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, überhaupt Hilfe zu erhalten und diese auf dem subjektiv gewünschten Niveau zu halten. Dabei können unter Umständen durch die Verwitwung Ressourcen für den Aufbau und die Pflege von sozialen Beziehungen erst freigesetzt werden.

Musste der oder die Verstorbene vor dem Tod über eine längere Zeit gepflegt werden, oder war die Partnerschaft durch Probleme, wie etwa eine Suchtmittelabhängigkeit, belastet oder von den Bedürfnissen der oder des Verstorbenen dominiert, so besteht nach der Verwitwung die Möglichkeit, soziale Beziehungen wieder aufzunehmen oder neu zu entwickeln (Clemens 2008, S. 40).

Gleichzeitig erfordern der Aufbau und Erhalt sozialer Beziehungen Ressourcen, um Reziprozität zu ermöglichen. Die Fähigkeit Unterstützung einzufordern und anzunehmen, die ungeschriebenen Regeln der (angemessenen) Gegenleistungen und die Möglichkeit, diese Gegenleistungen zu erbringen, hängen mit dem Milieu, der jeweiligen sozialen Stellung und den vorhandenen sozio-ökonomischen Ressourcen zusammen. Abhängig von der sozialen Schicht können daher unterschiedliche Voraussetzungen und Strategien für die Stärkung der sozialen Teilhabe hilfreich sein.

Aus den oben beschriebenen Befunden des Deutschen Alterssurveys zur sozialen Einbindung Älterer lassen sich Schwerpunkte für die Förderung von sozialen Kontakten im Alter ableiten. Mit zunehmendem Alter nehmen soziale Beziehungen außerhalb der Familie ab, weil Freundinnen, Freunde und Bekannte sterben. Zugleich wächst aber die Gefahr der Verwitwung, sodass sich hier negative Effekte verstärken. Um dem entgegen zu wirken, sollte ein entsprechendes Augenmerk auf die Förderung sozialer Kontakte für höhere Altersgruppen gelegt werden. Hierbei sollten ausdrücklich die Bedarfe älterer Männer in den Blick genommen werden, die besonders der Gefahr von Einsamkeit nach einer Verwitwung ausgesetzt sind. Zielgruppenorientierte Angebote für gemeinsame Unternehmungen oder Freizeitaktivitäten sollten bereits in der Phase vor oder unmittelbar nach dem Eintritt in den Ruhestand ansetzen. Dabei könnte unter anderem an Angebote in Betrieben (Betriebssport, gemeinsame

Freizeitaktivitäten) angeknüpft werden und diese für die verrenteten Kolleginnen und Kollegen fortgesetzt werden.

Soziale Unterstützung im Trauerfall ist nicht immer gewünscht. Das Verhalten von Freundinnen, Freunden und Bekannten kann durch die Betroffenen als übergriffig oder verständnislos wahrgenommen werden. Auf der anderen Seite besteht häufig Unsicherheit, wie auf eine Verwitwung im Freundeskreis reagiert werden sollte. Empfehlungen für geeignete Strategien und angemessenes Verhalten im Umgang mit Verwitweten sowie eine Sensibilisierung für problematische Entwicklungen, z. B. hinsichtlich eines riskanten Suchtmittelkonsums oder für Anzeichen von Einsamkeit, können hier ein wirksames Instrument darstellen.

Ein verbreitetes und hilfreiches Angebot der sozialen Unterstützung nach einer Verwitwung sind Trauergruppen. Angebunden beispielsweise bei kirchlichen oder sozialen Trägern bieten sie die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen über die eigene Trauer und das Erlebte zu sprechen, sich über den Umgang mit dem Ereignis auszutauschen und gegenseitig zu ermutigen. Eine professionelle Begleitung einer Trauergruppe kann dafür sorgen, hoch belastete Personen zu identifizieren und sie an therapeutische Unterstützungsangebote zu vermitteln. Zugleich können andere, soziale Teilhabe fördernde und aktivierende Angebote und Veranstaltungen angemessen kommuniziert werden und damit neue Aktivitäten angeregt werden.

Die spezifischen Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen, auch bei der inhaltlichen Ausgestaltung der Angebote (z. B. gemeinsamer Besuch von Fußballspielen, Skatrunden oder Theaterbesuche), können durch die Beteiligung der Betroffenen an der Angebotsentwicklung erhoben werden. Darüber hinaus sollten bei der Förderung von sozialer Teilhabe außerdem die regionalen Voraussetzungen berücksichtigt werden. Eine Ursache für die deut-

lich geringere Anzahl von sozialen Beziehungen in Ostdeutschland könnte beispielsweise sein, dass hier Gelegenheiten für soziale Begegnungen fehlen bzw. die entsprechende Infrastruktur vor allem in den strukturschwachen Regionen abgebaut wurde. Eine gezielte und regional differenzierte Stärkung der sozialen Netzwerke und Begegnungsangebote ist daher erforderlich und sollte insbesondere ländliche Regionen in den Blick nehmen.

Schließlich bildet die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen älteren Menschen ein Handlungsfeld, das noch vollkommen ungenügend bearbeitet wird. Außerhalb der Pflegeeinrichtungen richten sich Angebote der Begegnung sowie der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe nur selten an gesundheitlich eingeschränkte oder gebrechliche alte Menschen. Dabei sind gerade sie besonders auf soziale Unterstützung angewiesen, wenn die Lebenspartnerin oder der Lebenspartner stirbt. Die meisten Angebote im Quartier setzen jedoch körperliche und kognitive Mobilität voraus, um eine Teilhabe überhaupt zu ermöglichen. Eine Öffnung der Pflegeeinrichtungen mit ihrer Kompetenz und ihren Angeboten ins Quartier, eine Stärkung von Mobilitätshilfediensten und ein Abbau von Barrieren im Zugang zu und der Nutzung von Angeboten sind Ansätze, welche die soziale Teilhabe von pflegebedürftigen Älteren fördern können.

Physisch-räumliche und institutionelle Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung

Die Gestaltung von Orten, an denen gestorben wird, bildet einen wichtigen Anknüpfungspunkt für gesundheitsförderliche und präventive Strategien, die auf die Verwitweten abzielen. Heute handelt es sich hierbei überwiegend um Institutionen, also um Krankenhäuser, Pflegeheime oder Hospize. Die Gelegenheit, die letzte gemeinsame Zeit als Paar zu erleben, voneinander Abschied zu nehmen und die Zeit nach dem Sterben gemeinsam zu planen, kann

dabei helfen, Schuldgefühle bei den Hinterbliebenen zu mindern. Hierfür sind entsprechende Freiräume für einen selbstbestimmten Paaratag innerhalb der Institutionen von großer Bedeutung. Eine verständliche und sensible Erläuterung der Todesursache oder des Sterbeprozesses kann, wenn es gewünscht ist, den Tod verstehbarer machen und ihn in einen kausalen Zusammenhang stellen. Der Sterbeort stellt zudem den Ort dar, an dem der Prozess der Bewältigung durch die Hinterbliebenen beginnt. Hier können erste Hinweise auf Unterstützungsangebote und Trauerbegleitung gegeben werden.

Insbesondere mit Blick auf das Risiko von Einsamkeit nach einer Verwitwung wird deutlich, dass es leicht zugängliche, einladende Orte und Anlässe für die Begegnung mit anderen Menschen und die Pflege sozialer Beziehungen im Quartier geben sollte. Eine stärkere Öffnung von Nachbarschafts- und Familienzentren für ältere Menschen spielt dabei eine ebenso wichtige Rolle wie geschützte Orte, die sich speziell an Trauernde richten. Vor allem für ältere unterstützungs- und pflegebedürftige Menschen sowie für Menschen mit geringen ökonomischen Ressourcen und/oder Migrationshintergrund sind die Hürden für die soziale Teilhabe zurzeit häufig noch sehr hoch. Hier erscheint eine noch wesentlich stärkere Niedrigschwelligkeit und Zugänglichkeit gerade bei Angeboten im Quartier angezeigt.

Eine Vernetzung von Nachbarschaftszentren mit medizinischen, therapeutischen und präventiven Anbietern im Quartier kann dafür sorgen, dass hoch belastete Personen rechtzeitig professionelle Hilfe erhalten und Trauernde sich einfach über Unterstützungsangebote informieren können. Eine Kombination von Unterstützungs- und Teilhabeangeboten, z. B. ein offener Mittagstisch, bei dem über Präventionsangebote informiert wird, kann ein Beispiel hierfür sein.

Friedhöfe als Trauer-, aber auch Grün- und Begegnungsräume können einen weiteren Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsförderung und soziale Teilhabe von Verwitweten darstellen. Friedhöfe können neben ihrer Funktion als Trauerort auch als Naturraum oder Grünanlage erkundet werden. Damit öffnen sie sich anderen Nutzergruppen und Perspektiven, zugleich werden Trauernde gut erreicht. Die Öffnung von Friedhöfen für unterschiedliche Bestattungsrituale kann das gemeinsame Trauern von Menschen verschiedener Religionen und Weltanschauungen ermöglichen und gleichzeitig den interkulturellen Austausch fördern. Schließlich können Friedhöfe dafür genutzt werden, auf externe, gesundheitsförderliche oder soziale Angebote zu verweisen oder diese sogar auf dem Friedhof anzusiedeln. Entsprechende Aktivitäten auf einem Friedhof können beispielsweise Spaziergangsgruppen für Trauernde, Lesungen oder Angebote für die gemeinsame Grabpflege sein.

Eine große Hürde stellen häufig die Suche nach einer passenden Wohnung, die Organisation des Umzugs, die Anschaffung neuer Möbel und die Orientierung im neuen Umfeld dar. Es besteht aber die Chance, die Wohnumwelt zu optimieren, Gesundheitsrisiken abzubauen und individuelle Wohnwünsche zu realisieren. Eine neue Wohnumgebung kann (bei allen weiter oben beschriebenen Risiken) nach einer Verwitwung den Zugang zu hilfreichen Angeboten oder den Aufbau von neuen sozialen Kontakten auch erleichtern. Damit ein Umzug als Ressource und Chance wahrgenommen und genutzt werden kann, ist eine Voraussetzung, dass er freiwillig erfolgt und die verwitwete Person Wahlmöglichkeiten und Gestaltungsspielräume bei der Auswahl der neuen Wohnumgebung hat. Hier können Unterstützungs- und Beratungsangebote gezielt ansetzen und beispielsweise mit der Hilfe von Lotsendiensten Wohnungssuchende begleiten, beim Umzug unterstützen und ihnen gegebenen-

falls bei der Eingewöhnung in der neuen Wohnumgebung zur Seite stehen. Wohnungsbaugesellschaften und -genossenschaften bieten teilweise bereits entsprechende Angebote an, z. B. ein regelmäßiges Frühstück für neue Bewohnerinnen und Bewohner. Für den freien Wohnungsmarkt könnten solche Serviceangebote im Rahmen der offenen Altenhilfe gestaltet werden.

Ein attraktives und vielfältiges Angebot an altersgerechtem und bezahlbarem Wohnraum ist eine Voraussetzung dafür, dass Umzüge im Alter eine sinnvolle Strategie sind. Mit einem Umzug kann nicht nur die Wohnumwelt verbessert werden. Durch das Zusammenziehen mit anderen Menschen, etwa in einer Wohngemeinschaft, besteht auch die Chance, neue soziale Beziehungen aufzubauen. Ein Spektrum an alternativen, gemeinschaftlichen Wohnformen im Wohnumfeld kann nach einer Verwitwung die Möglichkeit bieten, neue Formen des Zusammenlebens auszuprobieren. Gegenwärtig nutzt nur eine Minderheit älterer Menschen die Option des Gemeinschaftswohnens. Die organisatorischen und finanziellen Hürden zur Gründung eines Wohnprojektes oder einer Wohngemeinschaft sind teilweise hoch, und der Prozess ist zeitaufwendig. Als unkomplizierte, selbstorganisierte Form des Zusammenlebens, analog einer Studenten-WG, hat sich die Wohnform unter älteren Menschen bislang nicht durchgesetzt. Viele ältere Menschen stehen dem Zusammenleben in einer Wohngemeinschaft noch skeptisch gegenüber, lediglich Pflegewohngemeinschaften als eine Art »kleines Heim für Pflegebedürftige« sind allgemein akzeptiert. Damit sich das gemeinschaftliche Wohnen als Strategie gegen Vereinsamung nach der Verwitwung stärker durchsetzt, bedarf es neben dem entsprechenden Wohnraum auch eines gesellschaftlichen Umdenkens, nicht zuletzt unter den älteren Menschen selbst. Neue architektonische Konzepte können einen Beitrag dazu leisten, die Diskussion zu öffnen und bezahlbare, Privatheit und Gemeinschaft

verbindende Wohnlösungen zu schaffen (Feuerstein und Leeb 2015).

Die Förderung von innovativen, gemeinschaftlichen Wohnprojekten ist eine Maßnahme, um Anzahl und Vielfalt von Wohnangeboten für ältere Menschen zu steigern. Dabei stellt die Entwicklung von günstigen Wohnformen für Ältere mit geringen finanziellen Mitteln und interkulturell ausgerichteten Projekten eine bislang noch weitgehend unbearbeitete Aufgabe dar.

Fazit

Der Tod des Lebensgefährten oder der Lebensgefährtin ist ein schmerzvoller, schwer zu bewältigender Einschnitt im Leben alter Menschen. Die Verwitwung gilt als eines der zentralen kritischen Lebensereignisse und führt zu massiven und grundlegenden Brüchen im Leben der verwitweten Person. Deren Kohärenzgefühl wird nachhaltig erschüttert. Vor allem wird die psychische Gesundheit angegriffen. Die Bewältigung dieses Ereignisses erfordert zahlreiche Ressourcen. Zugleich führt der Tod der Partnerin oder des Partners häufig zu einem Verlust von eben diesen Ressourcen, wie finanziellen Mitteln oder sozialer Unterstützung.

Vor allem alte und hochaltrige Frauen sind von dem Ereignis der Verwitwung betroffen. Einerseits können durch den Tod des Partners gerade bei ihnen prekäre finanzielle Schieflagen entstehen und sich soziale Benachteiligung somit noch verstärken. Andererseits stellt die Verwitwung für alte Frauen ein normatives und erwartbares Ereignis dar, wodurch die Bewältigung wiederum erleichtert

sein kann. Im Gegensatz hierzu sind Männer nach dem Tod ihrer Partnerin stärker von sozialer Isolation und Einsamkeit betroffen und einer höheren Gefahr psychischer Erkrankungen als Folge der Verwitwung ausgesetzt. Angebote zur Stärkung von verwitweten Personen sollten daher differenziert auf die individuellen und geschlechtsspezifischen Bedarfe ausgerichtet sein.

Der Prozess des Trauerns folgt nicht einem kausalen oder chronologischen Muster. Die Trauerphasen können sich abwechseln und überlagern. Es kommt zu Rückfällen in überwunden geglaubte Stimmungen. Die Zeit, die für die Bewältigung benötigt wird, ist individuell unterschiedlich. Daher muss eine Unterstützung von verwitweten Personen geschlechtsspezifische, kulturelle und auf die jeweilige Situation bezogene Ansätze verfolgen. Deutlich wurde zudem, dass es Charakteristika nicht gelingender Bewältigung gibt, die eine professionelle Hilfe erforderlich machen.

In diesem Kapitel wurden die Risiken für die Bewältigung einer Verwitwung und den Erhalt von Gesundheit und Teilhabe dargestellt. Individuelle, soziale und umweltbezogene Ressourcen zur Unterstützung der Bewältigung wurden beschrieben und damit Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung benannt.

Das folgende Kapitel greift die bis hierher skizzierten Anknüpfungsmöglichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung für die drei beschriebenen Lebensereignisse auf und führt sie zusammen. Dabei wird die Frage diskutiert, inwieweit das Modell eines Präventionsnetzes geeignet ist, um Präventions- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen in Übergängen zu verbinden.

04

» Übergänge im Alter: Handlungsfelder für Prävention und Gesundheitsförderung

Wie können Angebote und Akteure der Gesundheitsförderung und Prävention alte Menschen bei der Vorbereitung auf bzw. der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen unterstützen? In den Kapiteln >> 02 und >> 03 wurde beschrieben, dass die Wirkung eines Übergangs als belastendes, kritisches Lebensereignis vor allem durch das Auftreten unterschiedlicher Risikofaktoren, einen Mangel an Widerstandsressourcen und ungünstige Rahmenbedingungen, z. B. im Wohnumfeld, entsteht. Mit Hilfe präventiver Maßnahmen können die Risikofaktoren gemindert, die Ressourcen für die Bewältigung gestärkt und die Rahmenbedingungen verbessert werden.

Ziele von Interventionen sollten die Stärkung des Kohärenzgefühls der Betroffenen sowie die Verbesserung der Verstehbarkeit des Ereignisses und der

Voraussetzungen für die Bewältigung sein. Dabei geht es darum, einerseits geeignete individuelle Bewältigungsstrategien und Kompetenzen im Umgang mit kritischen Lebensereignissen zu entwickeln und anzuwenden. Dafür ist der Zugang zu einer niedrigschwelligen und wirksamen Unterstützung nach einem kritischen Lebensereignis erforderlich. Andererseits müssen durch sozial- und gesundheitspolitische sowie sozialraumorientierte Strategien die Rahmenbedingungen für die Bewältigung von Übergängen verbessert werden. Zentral ist hierbei, besonders gefährdete bzw. belastete Zielgruppen in den Blick zu nehmen und milieu- oder sozialraumspezifische Risiken zu berücksichtigen.

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Anknüpfungspunkte für die Gesundheitsförderung bei drei Übergängen im Alter dargestellt. Dabei wurden

übergreifend über die jeweiligen Ereignisse Gemeinsamkeiten hinsichtlich der beteiligten Akteure und Einrichtungen und der Anknüpfungspotenziale für Prävention und Gesundheitsförderung deutlich, die im Folgenden zusammengeführt werden. Ausgehend von dem Modell der Präventionsketten für Kinder und Jugendliche wird hierbei das Konzept eines Präventionsnetzes vorgestellt, das mit seinen Angeboten an den Übergängen im Alter ansetzt. In einem zweiten Schritt werden konkrete Anknüpfungspunkte für präventive Angebote sowie Akteure benannt, welche die in diesem Fachheft beschriebenen Übergänge adressieren und Bestandteile bzw. Partner eines Präventionsnetzes sein können.

» 04.1 Präventionsnetze für die Übergänge im Alter

Präventionsketten für Kinder und Jugendliche (vgl. Kasten auf Seite 98) haben zum Ziel, Kinder, Jugendliche und ihre Familien in ihren Entwicklungs- und Teilhabechancen zu unterstützen. Dabei knüpfen die Präventionsketten an den typischen Übergängen im Kinder- und Jugendalter an. Eignet sich das Modell der Präventionsketten als Konzept für die strukturelle Vernetzung von Präventionsangeboten für alte Menschen – im Besonderen in Hinblick auf die Bewältigung von kritischen Lebensereignissen? Ist eine Übertragung möglich, und welche Anpassungen an die spezifischen Bedarfe und Lebenslagen älterer Menschen müssen gegebenenfalls erfolgen?

Die im letzten Kapitel beschriebenen Übergänge im Alter, der Eintritt in den Ruhestand, der Beginn von Pflegebedürftigkeit und die Verwitwung, stellen große, die Betroffenen ebenso wie die Angehörigen

belastende Herausforderungen dar. Sie erfordern erhebliche Anpassungsleistungen an die neue Lebenslage und sind von Risikofaktoren für Gesundheit, Selbstständigkeit und Teilhabe begleitet. Die Bewältigung der Übergänge wird durch soziale, sozio-ökonomische und kulturelle Ressourcen beeinflusst. Vor allem sozial benachteiligte Ältere und ihre Angehörigen sind in ihren Bewältigungsmöglichkeiten teilweise eingeschränkt bzw. können einen Verlust von Ressourcen, der mit einem Übergang einhergehen kann, nur schlecht kompensieren. Mit Hilfe von zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten sowie sozialraumorientierten und soziallagenbezogenen Interventionen kann Einfluss auf das Wechselspiel von Armut, Bildung und Gesundheit genommen werden.

Die Qualitätskriterien der auf Kinder und Jugendliche bezogenen Präventionsketten, z. B. der Lebensweltbezug, die Orientierung an bestehenden Ressourcen, der Sozialraumbezug sowie die partizipative Entwicklung der Angebote, stehen grundsätzlich und bezogen auf alle Altersgruppen für Bedarfsgerechtigkeit und Zielgruppengenauigkeit. Institutionen, die im Kinder- und Jugendbereich für die verschiedenen Übergänge zuständig sind, gehören vor allem dem Bildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich an. Es handelt sich unter anderem um die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kindergärten, Schulen, Sozial- oder Gesundheitsämtern. Im Zusammenhang mit der Organisation der Übergänge werden diese Akteure automatisch und häufig auch interdisziplinär (z. B. bei der schulärztlichen Untersuchung) einbezogen. Der Kontakt mit den Einrichtungen ist in der Biografie der Kinder, etwa durch die Schulpflicht, vorhersehbar.

Im Alter ist der Kontakt zu Institutionen und Ämtern, die Akteure einer Präventionskette sein können, weniger vorhersehbar oder vorgeschrieben. Die Übergänge im Alter werden, im Gegensatz zu den Übergängen in Kindheit und Jugend, nicht

Präventionsketten

Das Konzept der Präventionsketten bezieht sich gegenwärtig vor allem auf Kinder, Jugendliche und ihre Eltern (LVGAFS 2013). Es ist darauf ausgerichtet, für diese Zielgruppen eine tragfähige Struktur zu entwickeln, die positive Entwicklungs- und Teilhabechancen unabhängig von dem sozialen Status der Familie ermöglicht. Vor dem Hintergrund, dass Armut, Gesundheit und Bildung sich wechselseitig beeinflussen, zielen Präventionsketten darauf ab, mit kombinierten, ineinandergreifenden Unterstützungsangeboten frühzeitig und nachhaltig Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien zu stärken. Insbesondere die Eltern, aber auch Geschwister, Großeltern und weitere Angehörige bilden den sozialen Zusammenhang, in dem die meisten Kinder aufwachsen. Die Beschaffenheit dieses Gefüges ist neben der Qualität der jeweils betroffenen Einrichtungen (Kita, Schule) eine zentrale Größe bei der Gestaltung förderlicher Lebensbedingungen.

Die Elemente einer Präventionskette orientieren sich an den Altersphasen und Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen und greifen die jeweiligen altersspezifischen Bedürfnisse auf. Um integrierte und lebensweltbezogene Angebote zu entwickeln, wird die Vernetzung von Akteuren aus unterschiedlichen Fachbereichen und Disziplinen initiiert, die in bestimmte Lebensphasen involviert sind. Dabei fokussieren die bestehenden Präventionsketten insbesondere auf Phasen des Übergangs in der kindlichen Entwicklung. Der Eintritt in Krippe oder Kindertagesstätte, der Beginn des Schulbesuches, der Übergang in die weiterführende Schule oder die Aufnahme einer Berufsausbildung bilden vorhersehbare, altersbezogene Übergänge, bei denen Institutionen und kommunale Akteure zwangsläufig einbezogen sind. Zugleich erfordern diese Übergänge erhöhte Anpassungsleistungen seitens der Kinder und stellen eine Herausforderung für die Familien dar. Unterstützende Präventionsketten zielen auf ein konstruktives Ineinandergreifen von internen, familiären und externen, institutionellen Strukturen.

Eine Präventionskette verbindet Unterstützungsangebote, die sich auf die einzelnen Übergangsphasen beziehen, zu einer integrierten, kommunal verankerten Strategie und vernetzt Akteure und Institutionen. Die Bausteine einer Präventionskette leiten sich aus regionalen Bedarfen und Potenzialen ab und können von Kommune zu Kommune variieren. Übergreifend gelten zentrale Qualitätskriterien wie der Praxisbezug, die Lebensweltorientierung und die Partizipation der Zielgruppen bei der Entwicklung der Bausteine.

Die Voraussetzungen für eine Umsetzung von Präventionsketten sind (1) die Bereitschaft zur Vernetzung und ein intersektoraler Ansatz in der jeweiligen Kommune, (2) die Klärung einer verbindlichen Koordinierung und Steuerung der Präventionskette, (3) die Verbindlichkeit der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren und Institutionen, (4) eine Bestandsaufnahme des Sozialraumes, (5) die Qualitätsentwicklung und -sicherung der Angebote, (6) eine zielgruppenorientierte/bedarfsgerechte Gestaltung. (Pospiech 2014, S. 3 f.)

zwangsläufig oder in einer vorgegebenen zeitlichen Abfolge durchlaufen. Sie können beispielsweise durch eine plötzliche Kündigung, den unerwarteten Beginn von Pflegebedürftigkeit oder den vorzeitigen Tod der Partnerin oder des Partners überraschend eintreten. Die Reihenfolge der Übergänge kann sich

individuell unterscheiden oder belastende Ereignisse können sich gleichzeitig ereignen. Schließlich ist es auch möglich, dass keiner der Übergänge erlebt wird und man bis an das Lebensende, ohne pflegebedürftig zu werden oder die Verwitwung zu erleben, berufstätig bleibt.

Das Bild einer Präventions->Kette« suggeriert eine für Kinder und Jugendliche stimmige, chronologische Folge von Übergängen, an denen sich Präventionsangebote verankern können. Mit Blick auf die Übergänge im Alter bietet sich eher das Bild eines Präventions->Netz« an, das präventive Angebote für unterschiedliche Übergänge und Belastungen verbindet.

Präventionsketten für Kinder und Jugendliche beziehen ausdrücklich auch ihre Familien mit ein. Bei der Beschreibung der Übergänge im Alter wird deutlich, dass auch hier den Familien eine bedeutsame Rolle zukommt, sowohl als Ressource, als auch als Risikofaktor. Herausgehoben ist insbesondere der Einfluss der Lebensgefährtin bzw. des Lebensgefährten bei der Bewältigung kritischer Lebensereignisse, der in Kapitel >> 03 [S. 24] unter dem Begriff des »Dyadischen Copings« dargestellt wird. Insbesondere bei dem Austritt aus dem Erwerbsleben und dem Einsetzen von Pflegebedürftigkeit spielen die Partnerinnen und Partner eine zentrale Rolle. Für ältere Menschen, die nicht (mehr) in einer Partnerschaft leben, sind es oft die Kinder, Geschwister oder selbst gewählte soziale Netzwerke mit Freundinnen und Freunden, die eine unterstützende Funktion in Lebenskrisen einnehmen. Bei der Gestaltung präventiver und unterstützender Angebote für die Bewältigung von Übergängen im Alter sollten Familienangehörige daher ebenso wie außerfamiliäre Bezugspersonen einbezogen werden.

Die Übergänge im Alter bergen die Gefahr, dass wichtige soziale Beziehungen verloren gehen, z. B. durch den Tod der Partnerin bzw. des Partners oder durch den Abschied von vertrauten Kolleginnen und Kollegen. Zudem sind die hier besprochenen Übergänge gerade dadurch gekennzeichnet, dass sie für einen Rückzug aus der Öffentlichkeit stehen können – im Gegensatz zu den Übergängen im Kinder- und Jugendalter, die den Eintritt in die Gesellschaft

markieren. Die Bewältigung der Übergänge im Alter erfolgt häufig im Privaten – und wird häufig auch als private Angelegenheit verstanden. Die Gefahr, dass problematische Belastungen nicht bemerkt werden und gerade besonders belastete Personen sich zurückziehen, ist daher groß.

Die zentralen Herausforderungen bei der Unterstützung von älteren Menschen, die von kritischen Lebensereignissen betroffen sind, bestehen damit darin, Risikofaktoren frühzeitig zu identifizieren und hochgradig belastete Personen zu erreichen. Dabei handelt es sich, wie oben beschrieben, vor allem um sozial benachteiligte alte Menschen und um mehrfach belastete Personen (etwa wegen der Gleichzeitigkeit unterschiedlicher belastender Ereignisse) sowie um Menschen, die gerade von einem bestimmten Ereignis besonders belastet werden (z. B. sich stark mit der Arbeit identifizierende Erwerbstätige bei dem Übergang in den Ruhestand).

Eine wesentliche Anforderung an ein Präventionsnetz für ältere Menschen ist die Verknüpfung von strukturellen und räumlichen Schnittstellen, an denen ältere Menschen erreicht sowie belastete Menschen erkannt und ihnen Unterstützungsmöglichkeiten zugänglich gemacht werden können. Dabei spielen die Einrichtungen, Institutionen und Akteure, die im Rahmen der jeweiligen Übergänge beteiligt sind, eine besondere Rolle.

» 04.2 Elemente eines Präventionsnetzes

Ein Präventionsnetz für alte Menschen kann an die Übergänge im Alter anknüpfen und die hiermit verbundenen Belastungen adressieren. Dabei

kommt der Gestaltung von Schnittstellen, an denen problematische Verläufe erkannt, Informationen weitergegeben und Betroffene weitergeleitet werden können, eine hohe Bedeutung zu. Die Schnittstellen sind u. a. durch einen Wechsel von Zuständigkeiten (Rentenversicherung statt Arbeitgeber) und unter Umständen auch durch eine Veränderung von räumlichen Bezügen (Wohnung statt Arbeitsplatz, Pflegeeinrichtung statt eigener Wohnung) gekennzeichnet. Eine Anpassung der institutionellen Abläufe an den Schnittstellen an die Bedarfe der Betroffenen kann dazu beitragen, die Übergänge einfacher zu gestalten. Eine Kooperation der beteiligten Institutionen und Akteure ist hierbei von herausragender Bedeutung.

Zentrale Akteure, die an der Gestaltung von Übergängen im Alter beteiligt sind, sind die Versicherungsträger (u. a. Renten-, Kranken- und Pflegeversicherungen) und die kommunalen Verwaltungsbereiche (u. a. Sozialämter, Standesämter). Durch deren Zuständigkeiten für die Formalitäten der Übergänge (z. B. Rentenantrag, Einstufung in einen Pflegegrad, Beantragung von Grundsicherung oder Hilfe zur Pflege, Beantragung einer Sterbeurkunde) sind sie unmittelbar mit den Übergängen befasst. Diese Akteure können, über ihre unmittelbaren Aufgaben hinaus, in einem Präventionsnetz eine bedeutende Rolle bei der Information über und der Weiterleitung an unterstützende Angebote bzw. bei der Initiierung und Durchführung von eigenen Maßnahmen spielen.

Weitere wichtige Anknüpfungspunkte sind die Hausarztpraxen, in denen oft langjährige und umfassende Kenntnisse über die Gesundheit und die familiären Verhältnisse der älteren Patientinnen und Patienten bestehen. Trotz des meist noch gering ausgeprägten sozialraumorientierten Arbeitens und der oft noch zögerlichen Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Netzwerken und Kooperationen zur Stärkung der Quartiere und der

Nachbarschaften, sollte die Bedeutung eines über die reine medizinische Versorgung hinausgehenden Engagements immer wieder betont werden.

Die Beteiligung von Pflegestützpunkten, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, Krankenhäusern und Reha-Einrichtungen, Bestattungsunternehmen und Kirchen, Wohnungsunternehmen, Einrichtungen der offenen Altenhilfe und (Haus-)Arztpraxen an einem Präventionsnetz ermöglicht die Gestaltung umfassender und direkt auf die Übergänge bezogener Angebote. Diese Einrichtungen und Akteure können Präventionsangebote machen oder den Zugang zu ihnen ermöglichen, Risikokonstellationen bei der Bewältigung von Übergängen erkennen und Risiken im eigenen Handlungsfeld begrenzen.

Angeichts der zunehmenden Bedeutung von Wohnumfeld und Quartier im Alter (Oswald u. a. 2013; Saup 1999) sollten sich Präventionsnetzwerke, die eine Unterstützung besonders belasteter alter Menschen zum Ziel haben, auf die sozialräumliche Ebene des Quartiers oder der Gemeinde orientieren. Hier sollten sie an die Lebenswelten der Betroffenen anknüpfen oder durch zugehende Angebote zurückgezogen lebende Ältere erreichen. Präventionsangebote, die auf die Bewältigung von Übergängen im Alter abzielen, können die zentralen Bestandteile eines solchen Netzes sein.

Die Kommune kann hierbei eine steuernde Rolle einnehmen, um die unterschiedlichen Akteure miteinander zu vernetzen, für den jeweiligen Sozialraum unter Beteiligung der älteren Menschen angemessene Angebote zu entwickeln, Partikularinteressen einzudämmen und die Sicherung der Qualität zu fördern. Die Präventionsnetze sollten im Rahmen von offener Altenhilfe, Beratungspraxis, Selbsthilfe und Therapien niedrigschwellige Angebote verknüpfen. Darüber hinaus gilt es, strukturelle Voraussetzungen zu schaffen, damit die Übergänge für die Betroffenen plan- und handhabbar werden.

Beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand können beispielsweise Berufstätigkeit und Optionen für Engagement und Teilhabe ineinandergreifen, sodass sich Perspektiven für die Nacherwerbszeit entwickeln. Dafür sind Kooperationen von Arbeitgebern und entsprechenden Trägern in der Kommune erforderlich. Gestaltungsmöglichkeiten beim Übergang von der eigenen Häuslichkeit in eine Pflegeeinrichtung (und die Möglichkeit, diese Entscheidung rückgängig zu machen) erfordern hingegen eine Kooperation von Pflegeeinrichtungen, Wohnungseigentümern, Pflegeversicherungen und gegebenenfalls Sozialämtern. Denkbar sind in diesem Zusammenhang eine Ausweitung und niedrigschwellige Gestaltung von bereits bestehenden Möglichkeiten des Probewohnens in einer Einrichtung sowie Angebote der Kurzzeitpflege. Die Bewältigung der Verwitwung kann z. B. erleichtert werden, indem ein selbstbestimmtes und würdevolles Sterben und Abschiednehmen möglich und die anschließenden Formalitäten transparent sind. Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Versicherungen und die kommunale Verwaltung können hierbei in abgestimmter Kooperation unterstützend wirken.

Die Auswahl von räumlichen Anknüpfungspunkten bildet einen weiteren Aspekt bei der Entwicklung von Präventionsnetzen. Anlaufstellen im Quartier, bei denen Informationen gebündelt werden und bereichsübergreifende Kompetenzen aufeinandertreffen, sind die Rathäuser, Gemeindegemeinschaften oder Nachbarschaftszentren. An diesen Orten können die Fäden unterschiedlicher Unterstützungsangebote zusammengefasst werden und zentrale Ansprechpersonen für Ratsuchende (ältere Menschen und Angehörige) zur Verfügung stehen. Häufig sind die Probleme, die in Folge eines kritischen Lebensereignisses auftauchen, so komplex, dass die Betroffenen nicht wissen, an wen sie sich wenden sollen. Zudem sind die Belastungen oft so hoch, dass die Suche nach der »richtigen« Stelle

schon eine Überforderung darstellt. Zentrale, gut zugängliche und bekannte Orte, an denen »Ansprechpersonen für alle Sorgen und Nöte« erreicht werden können, stellen wichtige Knotenpunkte in einem Präventionsnetz für belastete ältere Menschen dar. Diese Orte können, abhängig von dem jeweiligen Sozialraum und den lebensweltlichen Bezügen der Zielgruppen, auch Einkaufszentren, Kirchengemeinden oder möglicherweise sogar die örtliche Gaststätte sein.

Die Gestaltung der Rahmenbedingungen von Übergängen und die Verankerung von Anlaufstellen und Angeboten im Sozialraum sind Strategien zum Aufbau eines wirkungsvollen Präventionsnetzes. Sie können den Zugang von Betroffenen und ihren Angehörigen zu hilfreicher Unterstützung fördern oder Raum für die Entwicklung von Bewältigungsstrategien bieten. Kernelemente eines Präventionsnetzes sind gezielte Angebote zur Vorbereitung auf die Übergänge und zur Unterstützung besonders belasteter Personen. Im folgenden Abschnitt werden einige entsprechende Anknüpfungspotenziale für präventive und begleitende Angebote beispielhaft beschrieben.

» 04.3 Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung

Bei allen besprochenen Übergängen bieten die Handlungsfelder »Aufklärung und Information«, »Beratung, Begleitung und Therapie« sowie »Förderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe« gute, wenn auch bei weitem nicht die einzigen Anknüpfungspunkte für Prävention und Gesundheitsförderung. Weitere Themen, die hier nicht besprochen werden, aber ein hohes Präventi-

onspotenzial haben, sind z. B. die Gestaltung altersgerechter Arbeitsplätze, die Quartiersentwicklung und die Förderung des altersgerechten Wohnens. Konzepte, wie das Age-friendly Cities-Network der World Health Organization, das in seinen »Guidelines« Anforderungen für altersfreundliche Kommunen formuliert, bieten hier gute Anregungen für die Kommunen (vgl. www.who.int/ageing/age-friendly-world/en).

Aufklärung und Information

Schon vor Eintreten eines Übergangs lässt sich das Wissen über die erwartbaren Lebensereignisse und die damit einhergehenden Veränderungen durch Aufklärung und Informationen stärken. Probleme und Fragen sollten offen und sachlich angesprochen werden, ohne bereits im Vorfeld Angst zu schüren. Dabei sollte auf Verläufe und Risiken ebenso Bezug genommen werden, wie auf Unterstützungsmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien. Dazu gehören das Wissen über strukturelle Veränderungen durch das Lebensereignis, wie Ruhestandsregelungen, Leistungen von Pflegekassen oder Witwenrenten, und die Kenntnis von lokalen Beratungsstellen, wie z. B. Pflegestützpunkten, Renten- und Schuldnerberatungen oder Trauergruppen. Auch eine offene Auseinandersetzung mit problematischen Themen, wie Konflikte in der Partnerschaft, Pflegebedürftigkeit, Krankheit bzw. Gebrechlichkeit und Tod, Verlust und Trauer zählt zu Bausteinen von Aufklärung und Information. Eine kultursensible, respektvolle und zugleich enttabuisierende Ansprache animiert im Verbund mit praktischen Ratschlägen zum konstruktiven Umgang mit Übergängen und zu aktiver Planung für die Zeit nach dem Ereignis.

Die Förderung eines positiven Selbstwertgefühles und der Wertschätzung eigener Bedürfnis-

se – sowohl des Trauerns über Verluste als auch des weiteren Bestehens von Lebenslust – können die Bewältigung eines Übergangs unterstützen. Gesundheitswissen über Risikofaktoren wie Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch hilft eine Vernachlässigung oder Schädigung der eigenen Person unter dem Belastungserleben zu vermeiden. Hier ergeben sich Anknüpfungspunkte zur ambulanten und stationären Rehabilitation sowie zu Einrichtungen der Erwachsenenbildung oder Beratungsstellen, die über die reinen Informationen hinausgehend den Willen zur Selbstfürsorge stärken können.

Sämtliche hier aufgeführten Aspekte können dazu beitragen, das Kohärenzgefühl zu erhalten und den Übergang als gestaltbar zu erleben. Dabei geht es ebenso darum, alternative Konzepte für die Zeit nach einem Übergang zu skizzieren und neue Perspektiven zu eröffnen. Traditionelle und konservative Konzepte (z. B. eines gesellschaftlichen Rückzugs nach einer Verwitwung oder bei Pflegebedarf) können behutsam in Frage gestellt werden, um den Betroffenen Handlungsspielraum zu verschaffen.

Der Zugang zu Informationen über die Herausforderungen durch kritische Lebensereignisse und zu unbürokratischen und alltagsnahen Hilfen sollte niedrigschwellig, kostengünstig und sozialraumbezogen möglich sein. Dazu gehört eine systematische Implementierung von »Wegweiserkompetenzen« bei professionellen Akteuren.

Ältere Menschen, die selbst erfolgreich die jeweiligen Übergänge bewältigt haben, können im Sinne eines peer-to-peer-Ansatzes Erfahrungen weitergeben. Eine zentrale Rolle spielen, vor allem in sozial benachteiligten Milieus und ethnischen Communities, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die das Vertrauen der Familien und der älteren Menschen haben. Diese Personen treffen oft besser als professionelle Akteure den richtigen Ton bzw. sprechen

die gleiche Sprache wie die Zielgruppe. Außerdem sind ihnen lokale oder kulturelle Besonderheiten und Bedarfe häufig besser bekannt und sie können einschätzen, welche Strategien und Maßnahmen angemessen sind. Die gezielte Einbindung und Qualifizierung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Präventionsnetze ist ein effektives, wenn auch teilweise zeitaufwändiges Vorgehen, da diese Personen in den Nachbarschaften zunächst identifiziert und möglicherweise auch qualifiziert werden müssen. Denn es ist von entscheidender Bedeutung, dass die Informationen unverfälscht weitergegeben und allen Betroffenen zugänglich gemacht werden, ohne dass einzelne Personen oder Gruppen ausgeschlossen werden.

Ein anderer Weg der Informationsvermittlung verläuft über Medien, wie z. B. TV, Radio, (lokale) Zeitungen, Broschüren (z. B. Stadtteilatlas) oder Aushänge in der Nachbarschaft. Mit zunehmender Internetkompetenz höherer Altersgruppen spielt auch der digitale Zugang zu Informationen eine wachsende Rolle. Da gerade gesundheitlich eingeschränkte oder sozial benachteiligte Ältere von kritischen Lebensereignissen besonders belastet werden, sollten Informationen und Unterstützungsangebote auf unterschiedlichen Wegen, in Leichter Sprache und gegebenenfalls mehrsprachig zugänglich sein. Um diese Menschen mit Informationen zu erreichen, sollten sie selbst in die Entwicklung von geeigneten Materialien und Kommunikationswegen einbezogen werden.

Präventive Hausbesuche sind eine weitere Strategie, um den Betroffenen Informationen zugänglich zu machen und problematische Entwicklungen früh zu identifizieren. Gerade angesichts der

Verortung des Erlebten im privaten Raum und der Gefahr von Rückzug und Einsamkeit nach einem kritischen Lebensereignis kann der Besuch durch eine qualifizierte, mit dem Quartier und seinen Angeboten vertraute Fachkraft eine hilfreiche Maßnahme sein. Präventive Hausbesuche sollten allerdings gut geplant und gegebenenfalls mit Angehörigen abgestimmt sein.¹ Misstrauen, Angst und Scham können belastete Menschen daran hindern, fremden Personen den Zutritt zu ihrer Wohnung zu gestatten oder Hilfe anzunehmen. Hier ist ein respektvolles, die individuelle Lebenslage und Autonomie der Betroffenen berücksichtigendes Vorgehen angezeigt und eine Kooperation mit wichtigen Akteuren aus dem Sozialraum (Kirchen und Gemeinden, Hausarztpraxen, Seniorenvertretung oder Stadtverwaltung) hilfreich.

Beratung, Begleitung und Therapie

Neben der präventiven Information und Aufklärung vor dem Eintritt eines kritischen Lebensereignisses spielen professionelle Beratungsangebote während der Bewältigung des Ereignisses ebenfalls eine wichtige Rolle. In Kapitel >> 03.1 (S. 45) wurde das Konzept des »Retirement Coaching« vorgestellt, das eine komplexe Beratung in der Phase des Austritts aus dem Erwerbsleben ermöglicht, aber in Deutschland bislang kaum eine Rolle spielt. Wenn eine solche Beratung nicht im Sinne eines persönlichen Coachings bessergestellt Ruheständlerinnen und Ruheändler berät, sondern allen Personen am Ende ihrer Erwerbstätigkeit angeboten wird, kann es sich hierbei um ein sinnvolles präventives Ange-

1 Erfahrungen mit präventiven Hausbesuchen werden seit 2004 in dem Projekt »Gesund älter werden – Präventive Hausbesuche« der AOK in Niedersachsen gesammelt, vgl. hierzu ein Interview mit der Projektleiterin unter: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/?uid=89bd652db69d2e4d9ce102f3581d892e&id=Seite2868 und den Eintrag in der Praxisdatenbank: www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/praxisdatenbank/gesund-aelter-werden [letzter Zugriff am 14.6.2016].

bot handeln. Es hat das Potenzial, individuell neue Perspektiven zu eröffnen und zugleich spezifische Belastungen zu erkennen. Darüber hinaus können in diesem Rahmen bereits mögliche künftige Übergänge besprochen und Unterstützungsstrukturen kommuniziert werden.

Eine psychosoziale Beratung kann Betroffene darin unterstützen, neue sinnstiftende Bereiche außerhalb der Arbeitswelt, trotz einer Pflegebedürftigkeit oder nach einer Verwitwung zu finden und neue soziale Rollen anzunehmen. Als Instrumente können biografische Rückblicke, eine begleitete Entwicklung von Zukunftsvisionen sowie die Identifizierung von individuellen Kompetenzen dienen. Beratungsstellen könnten im Rahmen von sozialpädagogischen Interventionen auch die Möglichkeit bieten, bei Konflikten innerhalb von Familien und Partnerschaften Unterstützung und Hilfe zu erhalten.

Angebote der Psychotherapie im Alter können eine große Unterstützung für die Bewältigung besonderer Belastungen im Kontext eines kritischen Lebensereignisses sein, insbesondere in Hinblick auf das Risiko einer depressiven Erkrankung als Folge des Ereignisses bzw. als erschwerende Kontextbedingung. Allerdings bestehen heute noch große Hürden im Zugang zu Psychotherapie gerade für ältere Menschen. Altersbilder können dazu beitragen, dass depressive Erkrankungen nicht erkannt oder als allgemeine Alterserscheinungen interpretiert werden (Kammerer u. a. 2015). Hausärztinnen und Hausärzte spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung in Psychotherapie. Sie beschreiben Barrieren auf Seiten der älteren Menschen sowie auf Seiten des Versorgungssystems, z. B. fehlende Psychotherapieplätze. Ihre Einschätzungen eines möglichen Vermittlungserfolgs beeinflussen wiederum, ob sie bei der Aufnahme einer Psychotherapie unterstützen (Kammerer u. a. 2016). Insbesondere Hochaltrige werden kaum psychotherapeutisch

behandelt (Kessler 2014). Dabei wäre es wichtig, auch Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen den Zugang zu professioneller Therapie zu ermöglichen. Pflegebedürftige sind nicht nur durch den oft ungewollten Umzug in eine Pflegeeinrichtung belastet, sondern häufig zusätzlich noch durch die damit einhergehende Veränderung der Lebensbedingungen.

Hausärzte und Hausärztinnen kennen Familien häufig über einen längeren Zeitraum. Sie begleiten Personen noch im aktiven Erwerbsleben, beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit und idealerweise im Sterbeprozess und betreuen oft auch die pflegenden Angehörigen und Hinterbliebenen medizinisch. Häufig erfolgt in den Hausarztpraxen zusätzlich zu der medizinischen auch eine einfache psychosoziale Betreuung. So berichten etwa 42 % der von Geyer u. a. (2005) befragten, verwitweten Frauen über trauerspezifische Interventionen in Hausarztpraxen, wobei es sich vor allem um Gespräche handelte. Zum Spektrum solcher Interventionen kann auch die Vermittlung positiver, gesundheitsförderlicher Bewältigungsstrategien gehören. Darüber hinaus stellt die Suchtberatung bzw. eine Kontrolle von Abhängigkeitssymptomen angesichts des steigenden Psychopharmaka- und Suchtmittelkonsums nach kritischen Lebensereignissen eine wichtige ärztliche Aufgabe dar. Wie oben beschrieben sind außerdem das Erkennen von psychischen Erkrankungen älterer Menschen und die Weiterleitung an entsprechende Fachstellen Aufgaben, die sich unter anderem Hausärztinnen und Hausärzten, aber auch dem Krankenhaus- und Pflegepersonal stellen.

Qualifizierte Ärztinnen und Ärzte sowie kompetentes medizinisches Personal in den Praxen, die kritische Lebensereignisse früh wahrnehmen, kompetent begleiten und Betroffene an andere Einrichtungen vermitteln können, stellen eine wertvolle Ressource im Quartier dar. Ihre Beteiligung an Präventionsnetzwerken kann eine

hilfreiche Strategie sein. Förderlich für eine solche Einbindung der Primärversorgung in Netzwerke und Quartiersentwicklung wären eine entsprechende Weiterentwicklung des professionellen Selbstbildes der Allgemeinmedizin und vor allem die Schaffung der notwendigen organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen für dessen Verwirklichung.

Ist eine erfolgreiche Bewältigung eines kritischen Lebensereignisses durch bereits bestehende gesundheitliche Einschränkungen bedroht, sollten präventive Maßnahmen derart gestaltet sein, dass ein Fortschreiten der Erkrankung verhindert bzw. eine weitere Ausweitung der Symptome vermindert wird. Medizinische und beratende Angebote sind wichtige Säulen zur Erhaltung der Lebensqualität. Frühdiagnostische Angebote sowie Rehabilitationsmaßnahmen zur Reduktion von Gesundheitsrisiken und zur Kompensation von psychischen oder physischen Einschränkungen spielen hier eine wichtige Rolle. Rehabilitative Maßnahmen dienen der Linderung, Verlangsamung oder Beseitigung der Folgen einer chronischen Erkrankung oder eines akuten Ereignisses. Dabei sind vor allem Maßnahmen geeignet, die gezielt Alltagskompetenzen fördern und funktionale Fähigkeiten wiederherstellen. Die Rehabilitation sollte zur Förderung von Teilhabe und Autonomie, aber auch zur Verbesserung der Stressbewältigung und des Selbstmanagements sowohl der Betroffenen als auch ihrer Angehörigen beitragen (Menzel-Begemann u. a. 2014).

Als Begleitung während schwieriger Übergänge sind auch Selbsthilfegruppen ein wichtiges und hilfreiches Angebot. Initiativen für Ruheständlerinnen und Ruheständler, Gruppen für pflegende Angehörige oder Trauergruppen bieten die Möglichkeit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und Erfahrungen zu teilen. Sie können zugleich Informationen zu fachlichen und rechtlichen Aspekten weitergeben, Hilfestellungen zur Bewältigung vermitteln und auch nur die Möglichkeit zur sozialen

Teilhabe geben. Durch sozialen Austausch und ggf. ergänzende Unterstützung durch psychosoziale Beratungs- und Therapieangebote können Betroffene lernen, den jeweiligen Übergang als ambivalentes Lebensereignis mit Gewinnen und Verlusten zu verstehen und zu akzeptieren. Hier bleibt es allerdings eine Herausforderung jene Älteren einzubeziehen, die es wenig gewohnt sind sich sprachlich auszudrücken und über sich selbst zu sprechen.

Förderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe

Einsamkeit und soziale Isolation bilden im Kontext der Übergänge besondere Risiken für die Lebensqualität und Gesundheit der Betroffenen. Soziale Beziehungen sind hingegen eine wichtige Ressource bei der Bewältigung von kritischen Lebensereignissen. Daher kommt der Förderung von sozialer und gesellschaftlicher Teilhabe eine herausgehobene Bedeutung sowohl im Vorfeld von Übergängen, als auch nach dem Erleben eines Übergangs zu. Ein Schwerpunkt könnte hierbei in der Phase des Austritts aus dem Erwerbsleben liegen. In dieser Zeit ändern sich die sozialen Bezüge und es eröffnen sich neue zeitliche Freiräume. Neue Kontakte, die sich in dieser Zeit bilden, können sich zu belastbaren sozialen Beziehungen entwickeln. Dabei muss berücksichtigt werden, dass der Eintritt in den Ruhestand aus ganz unterschiedlichen Lebenszusammenhängen erfolgt, z. B. aus Erwerbslosigkeit, häuslicher Tätigkeit, Teil- oder Vollzeitbeschäftigung in einem Unternehmen oder aus einer selbstständigen Tätigkeit. Diese Unterschiede, die zugleich teilweise geschlechtsspezifisch sind, gilt es bei der Gestaltung von Angeboten zu beachten.

Wichtige Impulse zur sozialen Teilhabe entstehen in Nachbarschaften und Kommunen. Begegnungsangebote und -orte im Wohnumfeld können niedrig-

schwellig und lebensweltnah alten und belasteten Menschen den Kontakt zu ihren Nachbarinnen und Nachbarn ermöglichen. Diese sind häufig, neben den Angehörigen, diejenigen, die problematische Lebenssituationen als erstes bemerken. Ein gut funktionierendes nachbarschaftliches Netzwerk kann Zugänge zu Unterstützung bieten oder auch nur solidarisch mit kleinen Gesten helfen und ein Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln. Gute Nachbarschaften entstehen jedoch nicht überall von selbst, sondern bedürfen gerade in belasteten Stadtteilen der gezielten Förderung. Eine Öffnung der Pflegeeinrichtungen in das Quartier ermöglicht auch Pflegebedürftigen die Teilhabe an nachbarschaftlichen Aktivitäten und den Aufbau sozialer Beziehungen (Kümpers und Wolter 2015). Auch hier müssen sowohl auf Seiten der Einrichtungen, als auch auf Seiten der Quartiersakteure und der Bewohnerschaft Toleranz, die Bereitschaft für gemeinsame Aktivitäten und ausreichende Ressourcen für die Umsetzung (z. B. personelle Ressourcen, Mobilitätshilfe etc.) bestehen.

Bildungs- und Freizeitangebote können zu neuen positiven Erfahrungen von Selbstwirksamkeit führen und damit Gefühlen von innerer Leere oder Sinnlosigkeit nach einem Verlust entgegenwirken. Freiwillige und flexible Gesundheits- und Bewegungsangebote tragen sowohl zur sozialen Integration als auch zum körperlichen Wohlbefinden bei (Strobl u. a. 2010). Auch diese Angebote sollten gemeinsam mit den jeweiligen Zielgruppen entwickelt, in der Lebenswelt angesiedelt und leicht zugänglich sein. Aktivitäten wie Spaziergangsgruppen, Kochzirkel oder Seniorenwerkstätten tragen zur sozialen Teilhabe bei und fördern zugleich die Gesundheit. Gesellschaftliches Engagement, wie beispielsweise die in Kapitel >> 03.1 beschriebenen Mentoringprogramme von Älteren für jüngere Menschen oder auch in Seniorenvertretungen, können jenen, die von kritischen Lebensereignis-

sen belastet sind, das Erleben von Wertschätzung und Bedeutsamkeit vermitteln.

Grundsätzlich sollten gesellige Anlässe in der Nachbarschaft, Freizeitaktivitäten oder Anlässe für Engagement an den Interessen und Bedarfen der jeweiligen Zielgruppen ansetzen. Häufig sprechen Angebote für Engagement sowie Bildungs- und Freizeitaktivitäten eher Angehörige mittlerer oder höherer Bildungsschichten an (Naumann und Romeo-Gordo 2010). Mit zunehmendem Alter verringern sich zudem Aktivitäten und Engagement kontinuierlich, wie unter anderem der Freiwilligensurvey 2009 zeigt (BMFSFJ 2011, S. 8). Allerdings weist die Hochaltrigenstudie 85+ (Generali Zukunftsfonds und Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg 2014) auch darauf hin, dass für hochaltrige Menschen kaum Angebote für Engagement und Teilhabe bestehen.

Je nach Zielstellung und Inhalt der Angebote ist es daher sinnvoll, diese geschlechts-, kultur- und bildungsspezifisch auszurichten und ausdrücklich auch alte und hochbetagte Menschen anzusprechen. Eine Voraussetzung ist hierbei u. a. die soziale und räumliche Zugänglichkeit der Orte für Teilhabe und Engagement. Dazu gehören beispielsweise die Barrierefreiheit der öffentlichen Räume und Angebote zur Mobilitätsunterstützung, eine der jeweiligen Zielgruppe entsprechende Organisation von Angeboten sowie die Möglichkeit, ohne finanziellen und organisatorischen Aufwand teilnehmen zu können.

Vor allem sozial benachteiligte und zurückgezogene lebende alte Menschen, die durch Übergänge belastet sind, benötigen einen einfachen Zugang zu Teilhabe und Engagement. Erst dann bietet sich ihnen die Möglichkeit darüber zu entscheiden, ob sie an sozialen Aktivitäten teilnehmen oder nicht.

Fazit

Das Konzept des Präventionsnetzes ermöglicht es, in einer Kommune eine Struktur zu schaffen, in die Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen eingebettet und in einen sinnvollen Bezug zueinander gesetzt werden können. Die Übergänge im Alter sind einerseits Ereignisse, in deren Kontext der Kontakt mit unterschiedlichen Akteuren, wie Ärztinnen und Ärzten, Versicherungen, Ämtern etc. unvermeidlich ist. Zugleich bergen die Ereignisse ein gesundheitsgefährdendes Potenzial. Daher bietet es sich an, die Handlungsfelder eines Präventionsnetzes auf die Übergänge zu beziehen.

Die Entwicklung gezielter Angebote zur Vorbereitung auf und zur Bewältigung von Übergängen im Alter sowie die Gestaltung von räumlichen, strukturellen und institutionellen Schnittstellen, die in Übergangsphasen zusätzliche Risikofaktoren darstellen können, sind Aufgaben, die sich einem Präventionsnetz stellen. Die Beteiligung von Akteuren aus unterschiedlichen Feldern, wie der Gesundheits-, Pflege- oder Wohnungswirtschaft, der Kommunalverwaltung, der offenen Altenhilfe und weiteren Bereichen, ermöglicht es, ein Präventionsnetz auf eine breite Basis zu stellen und der Heterogenität der Lebenslagen und Übergangsverläufe im Alter gerecht zu werden.

Niedrigschwellige, das heißt gut verständliche, interessante und nicht diskriminierende Angebote zur Information und Aufklärung können bereits deutlich vor dem möglichen oder wahrscheinlichen Eintritt von Übergängen ansetzen. Sie sollten

zur Vorbereitung auf den Übergang anregen, auf Risiken in Verläufen hinweisen und Möglichkeiten zur Unterstützung in Krisensituationen bekannt machen. Angebote zur Beratung, Begleitung und Therapie können in diesem Zusammenhang beworben werden. Eine ausreichende Zahl an Angeboten, einfache Zugänge für Betroffene und eine unkomplizierte Weiterleitung erleichtern es, in kritischen Situationen Unterstützung zu suchen. Zugehende Maßnahmen, wie präventive Hausbesuche, können dabei eine Strategie sein. Die Förderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe, insbesondere gefährdeter und belasteter alter Menschen, sollte außerdem durch das Knüpfen sozialer Netzwerke erreicht werden, durch die der Einzelne Unterstützung, Anteilnahme und Solidarität erfahren sowie einen einfachen Zugang zu Informationen und professionellen Angeboten finden kann. Präventionsnetze sollten deshalb kommunal gesteuert und in den Nachbarschaften verankert sein, um die alten Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen.

Bestehende gute Beispiele für intersektorale Zusammenarbeit und Vernetzungen in Kommunen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere sollten öffentlich kommuniziert und der Austausch zwischen Kommunen und Akteuren in diesem Bereich gefördert werden. Vorbildlich für den Wissenstransfer zwischen Kommunen sind bestehende Netzwerke, z. B. im Rahmen des Programms der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »PartnerProzess »Gesundheit für alle« oder der Bundesinitiative Frühe Hilfen (www.inforo-online.de), ebenso wie das Gesunde Städte-Netzwerk (www.gesunde-staedte-netzwerk.de).

05

» Zusammenfassung

Übergänge gehören zu den Wechselspielen des Lebens, sie bilden Schnittstellen zwischen Entwicklungs- oder Lebensphasen und beinhalten damit immer auch die Chance für eine Weiterentwicklung, das Ausprobieren anderer Wege oder das Setzen neuer Ziele. Übergänge können aber, das hat das Fachheft ausführlich beschrieben, die Betroffenen und ihr nahes soziales Umfeld auch sehr belasten und zu tiefen Krisen führen. In diesen Fällen wird ein Übergang als kritisches Lebensereignis erlebt, das einen gravierenden Einschnitt in den gewohnten Lebensalltag darstellt, Lebensplanung und -ziele in Frage stellt und die Betroffenen überfordert. Übergänge, die als kritische Lebensereignisse wirken, können die Gesundheit der Betroffenen nachhaltig gefährden und psychisch belastend sein. Aus diesem Grund sollte die Gestaltung von

Übergängen ein Handlungsfeld für Gesundheitsförderung und Prävention sein.

Die Wirkung eines Übergangs als kritisches Lebensereignis hängt nicht nur von der Art des Übergangs, z. B. dem besonders belastenden Ereignis »Verwitwung« ab, sondern auch von dem subjektiven Erleben des Ereignisses, den individuellen Widerstandsressourcen und den Kontextbedingungen. Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) bietet mit seinem umfassenden Konzept von Gesundheit eine gute Basis zum Verständnis der Wirkung kritischer Lebensereignisse. Insbesondere der Begriff des »Kohärenzgefühls«, unteretzt durch die Kategorien Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, ermöglicht es, das Zusammenspiel von individuellen Voraussetzungen und objektiven Gegebenheiten darzustellen. Das

Modell beschreibt in diesem Zusammenhang wichtige Ressourcen materieller und immaterieller Art wie Geld, Wissen oder soziale Beziehungen, an die Konzepte der Gesundheitsförderung und Prävention gut anknüpfen können.

Der Einfluss des räumlichen und sozialen Kontextes auf das Erleben und die Wirkung eines Übergangs wird mit dem Modell der Mensch-Umwelt-Beziehung (Lawton und Nahemow 1973; Wahl u. a. 2012) beschrieben. Nach diesem Modell befindet sich das Individuum immer in einem wechselseitigen Austausch mit der Umwelt. Räumliche, soziale und gesellschaftliche Umweltfaktoren beeinflussen den Eintritt und den Verlauf eines Übergangs ebenso wie die Voraussetzungen für die Betroffenen, das Erlebte zu bewältigen. Zugleich verändert der Mensch durch sein Handeln und seine Reaktion auf ein Ereignis die Umwelt und die zur Verfügung stehenden Ressourcen zur Bewältigung. Das Passungsgefüge zwischen Mensch und Umwelt kann durch einen Übergang massiv verändert werden. Aus der Perspektive der Gesundheitsförderung stellt sich damit vor allem die Aufgabe, sowohl auf der Seite des Individuums, als auch auf jener der Umwelt die Voraussetzungen zu schaffen, um ein möglichst stabiles Gleichgewicht erreichen zu können.

Übergänge wirken insbesondere dann besonders belastend, wenn sie überraschend erfolgen, wenn sicher geglaubte Verhältnisse, Beziehungen, Ressourcen oder Kompetenzen verloren und bewährte Strategien der Lebensführung in Frage gestellt werden. Die Ereignisse können dann als Kontrollverlust erlebt und von existenziellen Ängsten begleitet werden. Die Beziehung zwischen dem Menschen und seiner Umwelt gerät aus dem Gleichgewicht, und das Kohärenzgefühl wird nachhaltig beeinträchtigt. Im Alter werden Übergänge wahrscheinlicher, die ein besonders hohes Belastungspotenzial besitzen. Die in diesem Fachheft besprochenen Übergänge, der Eintritt in den Ruhestand, der

Beginn von Pflegebedürftigkeit und die Verwitwung, sind Ereignisse, die im Alter zwar nicht zwangsläufig, aber trotzdem von einem großen Teil der Älteren erlebt werden.

Der Eintritt in den Ruhestand erzeugt im Vergleich der drei Ereignisse zunächst vor allem positive Assoziationen. Allerdings ist dieser Übergang für viele Betroffene ein ambivalentes Lebensereignis mit sowohl positiven als auch negativen Effekten. Er stellt im Allgemeinen keinen Risikofaktor für eine Verschlechterung der Gesundheit oder eine erhöhte Sterblichkeit dar. Mit dem Eintritt in den Ruhestand werden grundsätzlich gute Voraussetzungen für ein höheres körperliches und seelisches Wohlbefinden geschaffen: Arbeitsbedingte Stressfaktoren entfallen und eine unabhängige Zeitgestaltung ermöglicht die Aufnahme neuer Aktivitäten und das Stecken neuer Ziele.

Dennoch gefährden bestimmte Risikofaktoren die individuelle Gesundheit und das Wohlbefinden und können aus der Verrentung ein kritisches Lebensereignis für die Betroffenen machen. Ein niedriger sozio-ökonomischer Status und brüchige Erwerbsbiografien bzw. langjährige Erwerbslosigkeit können den Eintritt in den Ruhestand zu einem endgültigen Schritt in die Armut mit den entsprechenden gesundheitsgefährdenden Folgen machen. Ein unfreiwilliger und vorzeitiger Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit kann dazu führen, dass die Betroffenen perspektivlos und in ihrem Selbstwertgefühl nachhaltig gekränkt in den Ruhestand gehen. Gepaart mit einer fehlenden sozialen Integration oder Problemen in der Partnerschaft können beispielsweise Rückzug und gesundheitsschädigendes Verhalten die Folge sein.

Präventive und gesundheitsfördernde Interventionen können hier eine positive Entwicklung beeinflussen – sowohl im Vorfeld der Verrentung als auch begleitend. Diese können an unterschiedlichen Punkten ansetzen und durch entsprechende

Maßnahmen den Aufbau von Widerstandsressourcen gegen Stress, wie Selbstwirksamkeit und Kompetenzerleben, unterstützen. Dazu gehören eine frühzeitige Vorbereitung auf den Ruhezustand, die aktive Suche nach neuen Rollen sowie die Förderung von sozialer Teilhabe und eines körperlich aktiven und gesunden Lebensstils. Mit Blick auf die besonders schwierige Lage von sozial benachteiligten alten Menschen sind vor allem settingbezogene, integrative Unterstützungs- und Teilhabeangebote sowie Maßnahmen gegen Altersarmut und ihre Folgen gefragt.

Ebenso wie die anderen Übergänge wird der Beginn einer Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund individuell unterschiedlicher Risiko- und Ressourcenkonstellationen erlebt. Pflegebedürftigkeit kann graduell und unter guter Verfügbarkeit benötigter Ressourcen eintreten oder plötzlich und unerwartet mit zudem ungenügenden materiellen und immateriellen Ressourcen bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit kann sich dabei negativ auf Autonomie und Kompetenz auswirken und in eine weitere Verschlechterung der Gesundheit führen sowie die Wohn- und Versorgungssituation, finanzielle Lage und soziale Teilhabe beeinträchtigen.

Neben biografischen, familialen Konflikten (u. a. Suchtkrankheiten, psychische Erkrankungen oder Gewalthandlungen), führen insbesondere soziale Disparitäten und durch schlechte nähräumliche Infrastruktur vernachlässigte Quartiere zu einem sozial ungleich verteilten Risiko für Pflegebedürftigkeit als kritischem Lebensereignis. Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit belastet nicht nur die Pflegebedürftigen, sondern auch die Pflegenden, vor allem die pflegenden Angehörigen, erheblich. Auch durch ihre Überforderung können die Bewältigung der Pflegebedürftigkeit und die Gestaltung dieses Übergangs zu einem kritischen Ereignis für die Betroffenen werden. Unterstützende Maßnahmen

im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention sollten daher sowohl die Pflegebedürftigen, als auch die Pflegenden erreichen. Sie sollten sich jedoch in besonderem Maße auf jene konzentrieren, die einem erhöhten Risiko für das Erleben von Pflegebedürftigkeit als kritischem Lebensereignis ausgesetzt sind bzw. über geringe Ressourcen zur Kompensation von Einschränkungen verfügen.

Vor allem der Beginn von Pflegebedürftigkeit im sehr hohen Lebensalter kann zu einschneidenden Veränderungen in vertrauten Lebensbezügen führen und die Betroffenen zutiefst verunsichern und belasten. Ein sektorenübergreifendes Case-Management, Autonomie fördernde Wohn- und Versorgungsangebote und eine bessere Integration Pflegebedürftiger und Pflegenden in das gesellschaftliche Leben können das Risiko von unerwünschten Entwicklungen reduzieren und eine Unterstützung bei der Bewältigung von Übergängen bieten. Oberstes Ziel sollte sein, dass Ressourcen und Hilfen für unterschiedliche Personengruppen zeitnah dort verfügbar sind, wo sie benötigt werden. Damit kann beim Eintritt von Pflegebedürftigkeit bestehende gesundheitliche Ungleichheit gezielt in der Hilfeplanung adressiert werden.

Die Verwitwung ist ein Übergangsergebnis, das als besonders belastend erlebt wird und meistens einen massiven Einschnitt im Leben der verwitweten Person darstellt. Der Verlust der Partnerin oder des Partners ist häufig auch von dem Verlust wichtiger Ressourcen begleitet, wie finanziellen Mitteln oder sozialer Unterstützung. Das Ereignis kann das Kohärenzgefühl nachhaltig erschüttern und die psychische Gesundheit angreifen.

Eine Verwitwung trifft aufgrund ihrer längeren Lebenserwartung durchschnittlich öfter alte und hochaltrige Frauen, es stellt für sie damit ein mehr oder weniger erwartbares Ereignis dar. Durch den Tod des Partners können aber insbesondere in einkommensarmen Haushalten und gerade für Frauen,

die über keine eigene ausreichende Rente verfügen, prekäre finanzielle Schieflagen entstehen und sich soziale Benachteiligung noch verstärken. Männer sind hingegen bei einer Verwitwung öfter der Gefahr einer psychischen Erkrankung bis hin zur Suizidalität ausgesetzt.

Insgesamt besteht nach einer Verwitwung die Gefahr des Rückzugs und der Vereinsamung sowie eines gesundheitsschädigenden Bewältigungsverhaltens, etwa durch die Einnahme von Psychopharmaka oder Schlafmitteln. Eine respektvolle, anteilnehmende Begleitung im Trauerprozess, psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützungsangebote sowie die Förderung der sozialen Teilhabe sind Komponenten einer gesundheitsförderlichen und präventiven Strategie zur Unterstützung besonders belasteter Betroffener. Geschlechtsspezifische Angebote, mit denen die verlorenen Kompetenzen der Partnerin oder des Partners angeeignet werden können, wie z. B. Kochen oder handwerkliche Tätigkeiten, können eine alltagsnahe Hilfe sein.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention können alte Menschen, die mit der Bewältigung der hier vorgestellten Übergänge überfordert und Gefährdungen der physischen oder psychischen Gesundheit ausgesetzt sind, unterstützen und stärken. Bezogen auf die unterschiedlichen Übergänge wurden in diesem Fachheft konkrete Anknüpfungspunkte vorgestellt, die alte Menschen vor dem Eintritt eines Übergangs stärken und vorbereiten oder sie während des Übergangs begleiten und unterstützen können. Übergeordnete Ziele sollten hierbei sein, das Kohärenzgefühl der Betroffenen zu stärken, das Ereignis verstehbar und die Bewältigung gestaltbar zu machen. Deutlich wurde, dass die Kontextbedingungen in den wichtigen Settings und die soziale Einbindung der Betroffenen zentrale Einflussfaktoren für die Wahrscheinlichkeit bzw. Art des Eintretens und die Risiken bei der Bewältigung

der Übergänge darstellen. Mit Hilfe von sozial- und gesundheitspolitischen sowie sozialraumorientierten Strategien können die Rahmenbedingungen für eine Bewältigung von Übergängen, gerade auch mit Blick auf besonders gefährdete bzw. belastete Zielgruppen, verbessert werden.

Ansetzend an den Übergängen im Alter kann ein kommunal ausgerichtetes Präventionsnetz gesponnen werden, das Akteure und Angebote, die an der Gestaltung der Übergänge beteiligt sind, miteinander verbindet. In einem Präventionsnetz können Schnittstellen gestaltet werden, an denen problematische Verläufe in Übergangsphasen erkannt und betroffene Personen in fachkundige Hilfe weitergeleitet werden können. Wichtige Akteure und Einrichtungen im Kontext der hier beschriebenen Übergänge, wie Versicherungsträger, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Bereiche der Kommunalverwaltung oder Hausarztpraxen, können – über ihre unmittelbaren Aufgaben hinaus – in einem Präventionsnetz eine bedeutende Rolle spielen, insbesondere beim Wissenstransfer und der Weiterleitung in Unterstützungsangebote oder Therapie. Interessante Anknüpfungspunkte für Interventionen kann die Kooperation mit weiteren Akteuren, wie Beerdigungsinstituten, Kirchen, Gesundheitsdienstleistern oder Jobcentern bieten.

Regelhafte, präventive Hausbesuche können einen zentralen Baustein darstellen, gerade um der Gefahr von Rückzug und Vereinsamung nach einem belastenden Übergang zu begegnen. Zugehende Angebote können soziale Kontakte aufbauen, Informationen und Unterstützung aktiv anbieten und belasteten Personen einen niedrigschwelligen Zugang zu Hilfe ermöglichen. Einfache Zugänge zu Präventionsangeboten können außerdem an sichtbaren und alltagstauglichen Orten in der Gemeinde oder dem Quartier geschaffen werden, z. B. auf Wochenmärkten, in Einkaufszentren oder beim Friseur.

Die Kommune wäre ein gut geeigneter Partner, um den Aufbau von Präventionsnetzen zu steuern und die sektorenübergreifende Zusammenarbeit sowie das Ineinandergreifen unterschiedlicher Angebote zu koordinieren. Die Kommune hat die Möglichkeit, neutral und vermittelnd, unter Berücksichtigung benachteiligter Älterer und problematischer Quartiere ein Präventionsnetz angemessen und sozial gerecht auszustatten. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit unterschiedlicher kommunaler Abteilungen, wie der Fachbereiche Gesundheit, Soziales, Arbeit und Stadtentwicklung, kann ein Präventionsnetz fachlich und strukturell solide verankern. Von Vorteil wäre die Ansiedelung der Steuerungskompetenz an zentraler, übergeordneter und weisungsberechtigter Stelle, beispielsweise im (Ober-)Bürgermeisteramt. Unterstützung sollte hierbei durch die Akteure der Gesundheitsförderung erfolgen, die mit Aufklärung, Beratung und Präventionsaktivitäten die kommunalen Maßnahmen flankieren und ausgestalten können.

Bei der Darstellung der unterschiedlichen Übergänge, der mit ihnen verbundenen Belastungen und Risiken sowie den hilfreichen Ressourcen für eine gelungene Bewältigung wurde deutlich, dass eine Stärkung und Unterstützung der betroffenen Menschen idealerweise bereits vor dem (mögli-

chen) Eintritt des jeweiligen Ereignisses einsetzt, damit im Erleben eines Überganges die notwendigen Ressourcen verfügbar sind. Übergreifend über alle Übergänge wurde die Bedeutung von sozialen Beziehungen, ökonomischen Ressourcen, gutem Gesundheitsstatus und Wissen über Hintergründe und Zusammenhänge eines Überganges sichtbar.

Wenn diese Ressourcen dem betroffenen Menschen zur Verfügung stehen, ist dieser grundsätzlich in der Lage, einen Übergang zu verstehen, zu handhaben und (im Sinne der Bedeutsamkeit) motiviert zu sein, sich mit dem Ereignis auseinanderzusetzen.

Weiter wurde deutlich, dass die Voraussetzungen in der jeweiligen Lebenswelt, in der sich ein Übergang ereignet, sowie die gesellschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen ebenfalls wesentliche Einflussfaktoren für die Chance sind, einen Übergang gut zu bewältigen.

Die Gestaltung von Übergangsphasen und die Vermeidung kritischer Entwicklungen kann nicht allein durch das Individuum geleistet werden, sondern stellt sich damit als gesamtgesellschaftliche, interdisziplinäre Aufgabe dar.

06

» Anhang

» 06.1 Literatur

Aleksandrowicz, P.; Fasang, A.; Schömann, K.; Staudinger, U. M. (2010): Die Bedeutung der Arbeit beim vorzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(5), S. 324–329. DOI 10.1007/s00391-009-0068-y.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. Auflage. Arlington.

Aner, K. (2004): Zivilgesellschaftliches Handeln im nachberuflichen Leben. Perspektiven kritischer Gerontologie. In: Psychologie & Gesellschaftskritik, 35(1), S. 50–65.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being. San Francisco.

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

Antonovsky, A.; Sagy, S. (1990): Confronting developmental tasks in the retirement transition. In: The Gerontologist, 30(3), S. 362–368.

Arber, S.; Davidson, K.; Ginn, J. (Hg.) (2003): Gender and ageing: changing roles and relationships. Maidenhead.

- Atchley, R. C. (1976):** The sociology of retirement. Cambridge/Massachusetts, New York.
- Bäcker, G. (2012):** Erwerbsminderungsrenten: Strukturen, Trends und aktuelle Probleme. Institut Arbeit und Qualifikation, Altersübergangs-Report 3, Duisburg.
- Bäcker, G.; Naegele, G.; Bispinck, R.; Hofemann, K.; Neubauer, J.; (2010):** Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Band 1: Grundlagen, Arbeit, Einkommen und Finanzierung. Band 2: Gesundheit, Familie, Alter und soziale Dienste. Wiesbaden.
- Backes, G. M. (1987):** Krisenbewältigung als Frauenarbeit – Zur Privatisierung der Folgen beruflicher Frühausgliederung. In: Backes, G. M.; Clemens, W. (Hg.): Ausrangiert!? Lebens- und Arbeitsperspektiven bei beruflicher Frühausgliederung. Bielefeld, S. 184–203.
- Backes, G. M.; Brauer, K.; Clemens, W. (2011):** »Früher oder später wird man nicht mehr gebraucht«: Biographische Perspektiven zum Übergang in den Ruhestand. Vechta, Berlin.
- Backes, G. M.; Clemens, W. (2008):** Lebensphase Alter: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim.
- Barnett, I.; Guell, C.; Ogilvie, D. (2012):** The experience of physical activity and the transition to retirement: a systematic review and integrative synthesis of qualitative and quantitative evidence. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, S. 9–97. DOI 10.1186/1479-5868-9-97.
- Bauer, U.; Büscher, A. (Hg.) (2008):** Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden. DOI 10.1007/978-3-531-91014-7.
- Baykara-Krumme, H. (2012):** Die Bedeutung der Migrationserfahrung für die soziale Einbindung im Alter. In: Baykara-Krumme, H.; Motel-Klingebiel, A.; Schimany, P. (Hg.): Viele Welten des Alterns. Alter(n) und Gesellschaft, Band 22. Wiesbaden, S. 255–287.
- Beehr, T. A.; Bowling, N. A. (2013):** Variations on a retirement theme: conceptual and operational definitions of retirement. In: Wang, M. (Hg.): The Oxford handbook of retirement. New York, S. 42–55. DOI 10.1093/oxfordhb/9780199746521.013.0034.
- Behnke, S. (2009):** How does retirement affect health? IZA discussion paper no. 4253.
- Bender, K. A. (2012):** An analysis of well-being in retirement: the role of pensions, health, and »voluntariness« of retirement. In: The Journal of Socio-Economics, 41, S. 424–433.
- Berger, U.; Der, G.; Mutrie, N.; Hannah, M. K. (2005):** The impact of retirement on physical activity. In: Ageing and Society, 25(2), S. 181–195.
- Bertelsmann Stiftung (2013):** Religionsmonitor. Gütersloh.
- Bertoni, M.; Brunello, G. (2014):** Pappa Ante Portas: The Retired Husband Syndrome in Japan. IZA-Discussion Paper No. 8350. Online verfügbar unter www.iza.org/de/webcontent/publications/papers/viewAbstract?dp_id=8350 [letzter Zugriff am 29.05.2016].
- Bischofberger, I.; Otto, U.; Franke, A. (2015):** Distance Caregiving: Wie Angehörige ihre pflegebedürftigen Nächsten unterstützen können. In: Competence 2015, 3, S. 28–29.
- Blinkert, B.; Klie, T. (2006):** Die Zeiten der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(3), S. 202–210. DOI 10.1007/s00391-006-0387-1.
- Blinkert, B.; Klie, T. (o. J.):** Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Online verfügbar unter www.fifas.de/publikationen/files/Pflegemilieu/pflegemilieu.php [letzter Zugriff am 28.04.2016].

BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend (Hg.) (2011):

Monitor Engagement (Nr. 4). Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Berlin.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015a): Entlassungsmanagement. Glossar Begriffe. Glossar E.

Online verfügbar unter www.bmg.bund.de/glossar/begriffe.html [letzter Zugriff am 25.06.2016].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2015b): Pflegekräfte. Pflegefachkräftemangel.

Online verfügbar unter www.bmg.bund.de/themen/pflege/pflegekraefte/pflegefachkraeftemangel.html [letzter Zugriff am 14.06.2016].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2011): Abschlussbericht zur Studie

»Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes«. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bauen und Wohnen (Hg.) (2011): Wohnen im Alter.

Forschungen, Heft 147. Bonn: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.

Bochow, M. (2005): Ich bin doch schwul und will das immer bleiben. Schwule Männer im Dritten

Lebensalter. Hamburg.

Bodenmann, G. (1995): Bewältigung von Stress in Partnerschaften. Der Einfluss von Belastungen auf die

Qualität und Stabilität von Paarbeziehungen. Bern.

Bodenmann, G. (2000): Stress und Coping bei Paaren. Göttingen.**Bodenmann, G.; Widmer, K. (2000):** Stressbewältigung im Alter: Ein Vergleich von Paaren jüngeren, mittleren und höheren Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33(3), S. 217–228.**Böhmer, M. (2011):** Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen.

Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. 4. Auflage, Frankfurt a. M.

Bonillo, M.; Heidenblut, S.; Philipp-Metzen, H. E.; Saxl, S.; Schacke, C.; Steinhusen, C.; Wilhelm, I.; Zank, S. (2013): Gewalt in der familialen Pflege. Prävention, Früherkennung, Intervention – ein Manual für die ambulante Pflege. Stuttgart.**Bonsang, E.; Klein, T. J. (2011):** Retirement and subjective well-being. In: Journal of Economic Behavior & Organization, 83(3), S. 311–329.**Borchert, L.; Rothgang, H. (2008):** Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer.

In: Bauer, U.; Büscher, A. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden, S. 215–237.

Börsch-Supan, A.; Wilke, C. B. (2009): Ruhestandseinkommen und Renteneintrittsalter im europäischen Vergleich. In: Börsch-Supan, A.; Hank, K.; Jürges, H.; Schröder, M. (Hg.): 50plus in Deutschland und Europa. Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Wiesbaden, S. 11–55. DOI 10.1007/978-3-531-91455-8_1.**Bosma, H. (2008):** Sozioökonomische Gesundheitsunterschiede und die Rolle der Kontrollüberzeugungen. In: Siegrist, J.; Marmot, M. (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgen. Bern, S. 195–211**Bowers, B. J. (1987):** Intergenerational caregiving: adult caregivers and their aging. In: Advances in Nursing Science, 9(2), S. 20–31.**Bowlby, J. (1961):** Process of mourning. In: International Journal of Psychoanalysis (42), S. 317–340.

- Brach, C.; Keller, D.; Hernandez, L. M.; Baur, C.; Parker, R.; Dreyer, B. u. a. (2012):** Ten attributes of health literate health care organizations. Online verfügbar unter www.ahealthyunderstanding.org/Portals/0/Documents1/IOM_Ten_Attributes_HL_Paper.pdf [letzter Zugriff am 07.10.2015].
- Brzoska, P.; Razum, O. (2014):** Migration und Pflege. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim, Basel, S. 429–446.
- Bubolz-Lutz, E.; Kricheldorf, C. (2011):** Pflegebegleiter. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Band 6. Berlin.
- Buchebner-Ferstl, S. (2002):** Partnerverlust durch Tod. Eine Analyse der Situation nach der Verwitwung mit besonderer Berücksichtigung von Geschlechtsunterschieden. Working Paper 28. Wien.
- Burzan, N. (2002):** Zeitgestaltung im Alltag älterer Menschen. Opladen.
- Büscher, A.; Holle, B.; Emmert, S.; Fringer, A. (2010):** Beratungsbesuche nach § 37 Abs. 3 SGB XI. Eine empirische Bestandsaufnahme. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW). Online verfügbar unter www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/ipw/ver%C3%B6ffentlichungsreihe.html [letzter Zugriff am 28.04.2016].
- Büscher, A.; Schnepf, W. (2014):** Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Studienausgabe. Weinheim, Basel, S. 469–487.
- Butrica, B.; Schaner, S. (2005):** Satisfaction and engagement in retirement. In: Perspectives on Productive Aging, 2, Washington, DC.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2001):** Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Autorinnen und Autoren: Bengel, J.; Strittmacher, R.; Willmann, H. Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2012):** Die Rolle der Selbstwirksamkeit und Achtsamkeit bei der Gesundheitsförderung von sozial benachteiligten Menschen – eine Projektdokumentation. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 39. Autorinnen und Autoren: Dlugosch, G. E.; Dahl, C. Köln.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2015):** Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren. Autorinnen und Autoren: Amrhein, L.; Heusinger, J.; Ottovay, K.; Wolter, B. Köln.
- Calvo, E.; Haverstick, K.; Sass, S. A. (2009):** Gradual retirement, sense of control, and retirees' happiness. In: Research on Aging, 31(1), S. 112–135.
- Calvo, E.; Sarkisian, N.; Tamborini, C. R. (2013):** Causal effects of retirement timing on subjective well-being: the role of cultural norms and institutional policies. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 68(1), S. 73–84.
- Carp, F. M. (1967):** Retirement crisis. In: Science, 157(3784), S. 102–103.
- Carp, F. M. (1987):** Environment and aging. In: Stokols, D.; Altman, I. (Hg.): Handbook of environmental psychology. New York, S. 330–360.
- Claßen, K.; Oswald, F.; Doh, M.; Kleinemas, U.; Wahl, H.-W. (Hg.) (2014):** Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien. Stuttgart.

- Clemens, W. (1997):** Frauen zwischen Arbeit und Rente: Lebenslagen in später Erwerbstätigkeit und frühem Ruhestand. Opladen.
- Clemens, W. (2008):** Sozialwissenschaftliche Aspekte des Alter(n)s. In: Kuhlmei, A.; Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern, S. 33–45.
- Coe, N. B.; Zamarro, G. (2011):** Retirement effects on health in Europe. In: *Journal of Health Economics*, 30(1), S. 77–86.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M. (2007):** European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. WHO Regional Office for Europe (Hg.). Copenhagen.
- Dave, D.; Rashad, I.; Spasojevic, J. (2006):** The effects of retirement on physical and mental health outcomes. Working paper 12123. Cambridge.
- DEAS – Deutscher Alterssurvey 2014:** Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin. Online verfügbar unter www.gerostat.de [letzter Zugriff am 11.10.2016].
- Depner, A. (2015):** Dinge in Bewegung. Zum Rollenwandel materieller Objekte. Eine ethnographische Studie über den Umzug ins Altenheim. Bielefeld.
- Deutsche Gesellschaft für Care- und Case-Management (o. J.):** Was ist CM? Offizielle Definition der DGCC. Online verfügbar unter www.dgcc.de/case-management/ [letzter Zugriff am 28.04.2016].
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016):** Rentenversicherung in Zahlen 2016. Berlin.
- Deutscher Bundestag (2016):** Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung, BT Drucksache 18/10210, 02.11.2016, Berlin.
- Dräger, D. (2015):** Die Einbindung der Angehörigen von Pflegebedürftigen. In: Jacobs, K.; Kuhlmei, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hg.): *Pflege-Report 2015. Schwerpunkt: Pflege zwischen Heim und Häuslichkeit*. Stuttgart, S. 121–134.
- van Dyk, S.; Lessenich, S.; Denninger, T.; Richter, A. (2010):** Die »Aufwertung« des Alters. Eine gesellschaftliche Farce. In: *Mittelweg*, 36(5), S. 15–33.
- Dykstra, P. A.; de Jong-Gierveld, J. (2004):** Gender and marital-history differences in emotional and social loneliness among dutch older adults. In: *Canadian Journal on Aging*, 23(2), S. 141–155.
- Dykstra, P. A.; Tilburg, T. G. v.; Gierfeld, J. d. J. (2005):** Changes in older adults loneliness. Results from a seven-year longitudinal study. In: *Research on Aging*, 27(6), S. 725–747.
- Eichhorst, W. (2011):** The transition from work to retirement. In: *German policy studies*, 7(1), S. 107–133.
- Ekerdt, D. J. (1989):** Retirement preparation. In: Powell Lawton, M. (Hg.): *Annual review of gerontology and geriatrics*, Band 9. Berlin, Heidelberg, S. 321–356.
- Falk, K. (2012):** Selbstbestimmung bei Pflegebedarf im Alter – Wie geht das? Kommunale Handlungsspielräume zur Versorgungsgestaltung. In: Kümpers, S.; Heusinger, J. (Hg.): *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*. Bern, S. 39–75.
- Falk, K.; Heusinger, J.; Kammerer, K.; Khan-Zvorničanin, M.; Kümpers, S.; Zander, M. (2011):** Arm, alt, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier. Berlin.
- Feldhaus-Plumin, E. (o. J.):** Paare und Pflege – Wie verändert sich die Paarbeziehung durch Pflegebedürftigkeit? Evangelische Arbeitsgemeinschaft Familie. Online verfügbar unter www.eaf-bund.de/documents/Paare_Navipunkte/4_Info_Text5_Pflege.pdf [letzter Zugriff am 21.09.2015].

- Feldman, D. C.; Beehr, T. A. (2011):** A three-phase model of retirement decision making. In: *American Psychologist*, 66(3), S. 193–203. DOI 10.1037/a0022153.
- Feuerstein, C.; Leeb, F. (2015):** Generationen Wohnen. Neue Konzepte für Architektur und soziale Interaktion. Berlin, Boston.
- Filipp, S. (1990):** Kritische Lebensereignisse. München.
- Filipp, S.; Aymanns, P. (2010):** Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens. Stuttgart.
- Forman-Hoffman, V. L.; Richardson, K. K.; Yankey, J. W.; Hillis, S. L.; Wallace, R. B.; Wolinsky Fredric D. (2008):** Retirement and weight changes among men and women in the Health and retirement study. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(3), S. 146–153.
- Franke, A. (2008):** Modelle von Gesundheit und Krankheit. Bern.
- Franke, A. (2012):** Gründungsaktivitäten in der zweiten Lebenshälfte. Eine empirische Untersuchung im Kontext der Altersproduktivitätsdiskussion. Wiesbaden. DOI 10.1007/978-3-531-19377-9.
- Franke, A. (2014):** »Die Planung des eigenen Ruhestands: Die Perspektive älterer Selbständiger im internationalen Vergleich«. Vortrag auf dem 12. Kongress der DGGG u. a. »Stress und Altern – Chancen und Risiken« vom 24. bis 27. September 2014 in Halle an der Saale.
- Gayman, M. D.; Pai, M.; Kail, B. L.; Taylor, M. G. (2013):** Reciprocity between depressive symptoms and physical limitations pre- and postretirement: exploring racial differences. In: *Journal of Aging and Health*, 25(4), S. 555–573. DOI 10.1177/0898264313480239.
- Generali Deutschland AG (Hg.) (2017):** Generali Altersstudie 2017. Wie ältere Menschen in Deutschland denken und leben. Berlin.
- Generali Zukunftsfonds, Universität Heidelberg (Hg.) (2014):** Der Ältesten Rat. Generali Hochaltrigenstudie: Teilhabe im hohen Alter. Eine Erhebung des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung des Generali Zukunftsfonds. Köln, Heidelberg.
- GeroStat – Deutsches Zentrum für Altersfragen Berlin (2015):** Online verfügbar unter www.gerostat.de [letzter Zugriff am 17.08.2015]. DOI 10.5156/GEROSTAT.
- Geyer, S.; Dreier, M.; Koch-Giebelmann, H. (2005):** Frauengesundheit nach Partnertod im Alter. Endbericht zum Forschungsprojekt. Hannover.
- Gilberg, R. (2000):** Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse des Bedarfs und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung (Studien und Berichte, 68). Berlin.
- GKV-Spitzenverband (2008):** Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 Satz 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 29.08.2008. Bonn.
- GKV-Spitzenverband (2017):** Soziale Pflegeversicherung. Bonn. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/pv_grundprinzipien/grundprinzipien.jsp [letzter Zugriff am 20.06.2017].
- Görgen, T.; Herbst, S.; Kotlenga, S.; Nägele, B.; Rabold, S. (2012):** Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben älterer Menschen. Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse einer Studie zu Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/publikationen,did=121348.html [letzter Zugriff am 21.09.2015].

- Görge, T.; Kreuzer, A.; Nägele, B.; Krause, S. (20029):** Gewalt gegen Ältere im persönlichen Nahraum: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Modellprojekts. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 217. Stuttgart. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/PRM-24194-SR-Band-217,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf [letzter Zugriff am 14.06.2016].
- Görres, S.; Hasseler, M. (2008):** Gesundheit und Krankheit vulnerabler älterer Bevölkerungsgruppen. In: Kuhlmei, A.; Schaeffer, D. (Hg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern, S. 175–189.
- Grabka, M. M.; Westermeier, C. (2014):** Anhaltend hohe Vermögensungleichheit in Deutschland. In: *DIW Wochenbericht*, 9, S. 151–164.
- Graefe, S.; van Dyk, S.; Lessenich, S. (2011):** Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 44(5), S. 299–305.
- Grenier, A. (2012):** *Transitions and the life course. Challenging the constructions of »growing old«*. Chicago.
- Grimm, V. (2014):** *Demenz und demografischer Wandel – Herausforderungen für den Gesundheitssektor*. Hamburg.
- Hatch, S. L.; Dohrenwend, B. P. (2007):** Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. In: *American Journal of Community Psychology*, 40(3–4), S. 313–332.
- Havighurst, R. J. (1953):** *Human development and education*. London.
- Heinemann-Knoch, M.; Dummert, S. (2014):** *Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Berlin*. Institut für gerontologische Forschung e. V. Berlin. Online verfügbar unter www.familienbeirat-berlin.de/fileadmin/Aktuelles/BBfF_Vereinbarkeit_Pflege_und_Beruf_Stellungnahme_und_Expertise_2014.pdf [letzter Zugriff am 07.10.2015].
- Heusinger, J. (2005a):** Die Bedeutung von Bewältigung für die Steuerung. In: Heusinger, J.; Klünder, M. (Hg.): *»Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!« Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements*. Frankfurt, S. 132–142.
- Heusinger, J. (2005b):** Die Einflüsse der Milieuzugehörigkeit auf Pflegeorganisation und Steuerung. In: Heusinger, J.; Klünder, M. (Hg.): *»Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!« Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements*. Frankfurt, S. 187–213.
- Heusinger, J. (2007):** Freundin, Expertin oder Dienstmädchen – Zu den Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Funktion professioneller Pflegekräfte in häuslichen Pflegearrangements. In: *Pflege und Gesellschaft, Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft*, 4/2007, S. 318–330. Online verfügbar unter www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/archives/category/alle/pflege-und-gesellschaft/2007 [letzter Zugriff am 05.10.2016].
- Heusinger, J. (2012):** *»Wenn ich wat nich will, will ick nich!«*. Milieuspezifische Ressourcen und Restriktionen für einen selbstbestimmten Alltag trotz Pflegebedarf. In: Kümpers, S.; Heusinger, J. (Hg.): *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*. Bern, S. 77–105.
- Heusinger, J.; Dummert, S. (2016):** *Genderspezifische Bedürfnisse von Pflegeheimbewohner_innen: Fokus Körperpflege*. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, Band 49, Heft 8, November 2016, S. 685–691. DOI 10.1007/s00391-016-1146-6.

- Heusinger, J.; Klünder, M. (2005):** »Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!«. Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt a. M.
- Ho, J.; Raymo, J. M. (2009):** Expectations and realization of joint retirement among dual-worker couples. In: *Research on Aging*, 31(2), S. 153–179.
- Hobfoll, S. E. (1989):** Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. In: *American Psychologist*, 44(3), S. 513–524.
- Hoffmann, E.; Romeu Gordo, L. (2013):** Haushaltsbudgets der Bevölkerung im Ruhestand. Report Altersdaten 1/2013. Berlin.
- Hoffmann, E.; Romeu Gordo, L.; Nowossadeck, S.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (2014):** Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. DZA-Fact Sheet. Online verfügbar unter www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Fact_Sheet_Lebenssituation_Aelterer_DZA_12-2014.pdf [letzter Zugriff am 20.05.2016].
- Hollstein, B. (2002):** Soziale Netzwerke nach der Verwitwung. Eine Rekonstruktion der Veränderungen informeller Beziehungen. Opladen.
- Höpfinger, F.; Spahn, S.; Perrig-Chiello, P. (2013):** Persönliche Bilanzierung der Herausforderungen einer Verwitwung im Zeit- und Geschlechtervergleich. In: *Zeitschrift für Familienforschung*, 25(3), S. 267–285.
- Horn, A.; Büscher, A. (2014):** Health Literacy bei pflegenden Angehörigen – Interventionserfordernisse. Internationales Symposium »Health Literacy: Strengthening Self-Management of People with Chronic Illness«, 30. und 31. Oktober 2014 in Bielefeld.
- Hornberg, C.; Pauli, A. (2012):** Soziale Ungleichheit in der umweltbezogenen Gesundheit als Herausforderung für Stadtplanung. In: Böhme, C.; Kliemke, C.; Reimann, B.; Süß, W. (Hg.): *Handbuch Stadtplanung und Gesundheit*. Bern.
- Horowitz, M.; Holen, A.; Milbrath, C.; Stinson, C. H. (1997):** Diagnostic criteria for complicated grief disorder. In: *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), S. 904–910.
- Jin, L.; Chrisatakis, N. A. (2009):** Investigating the mechanism of material mortality reduction: The transition to widowhood and quality of health care. In: *Demography*, 46(3), S. 605–625.
- Johnson, C. C. (1984):** The retired husband syndrome. In: *Western Journal of Medicine*, 141(4), S. 542–545.
- Jopp, D.; Rott, C.; Oswald, F. (2008):** Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. In: *The Gerontologist*, 48(5), S. 646–658.
- Jüchtern, J. (2002):** Die Auseinandersetzung mit dem Ende der Berufstätigkeit in Ost- und Westdeutschland nach der Wiedervereinigung. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Regensburg.
- Kammerer, K.; Falk, K.; Heintze, C.; Döpfmer, S.; Heusinger, J. (2016):** Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. In: *Das Gesundheitswesen*. DOI 10.1055/s-0042-116589.
- Kammerer, K.; Falk, K.; Heusinger, J. (2015):** Die Bedeutung von Altersbildern für den Zugang älterer Menschen zu Psychotherapie. Stand der Forschung und Leerstellen. In: *Journal für Psychologie*, 23(1), S. 131–150. Online verfügbar unter www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/333/387 [letzter Zugriff am 20.05.2016].

- Keck, W. (2008):** Pflege und arbeite! Familiäre Pflegeleistungen sind nur schwer mit dem Beruf vereinbar. In: WZB-Mitteilungen Heft 122, Dezember 2008, S. 10–13.
- Keene, J. R.; Prokos, A. H. (2008):** Widowhood and the end of spousal caregiving: wear and tear or relief? In: Ageing and Society, 28(4), S. 551–570.
- Kessler, E.-M. (2014):** Psychotherapie mit sehr alten Menschen. Überlegungen aus Sicht der Lebensspannenpsychologie. In: Psychotherapie im Alter, 11(2), S. 145–161.
- Khan-Zvorničanin, M. (2016):** Kultursensible Altenhilfe? Neue Perspektiven auf die Programmatik und Praxis gesundheitlicher Versorgung im Alter. Bielefeld.
- Kim, J. E.; Moen, P. (2002):** Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57(3), S. 212–222.
- Kirchen-Peters, S.; Nock, L.; Baumeister, P.; Mickley, B. (2016):** Pflegestützpunkte in Deutschland. WISO-Diskurs 7/2016 (Hg. Friedrich-Ebert-Stiftung). Berlin.
- Kleina, T.; Wingenfeld, K. (2007):** Die Versorgung demenzkranker älterer Menschen im Krankenhaus. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P07-135. Bielefeld.
- Knopf, D. (1999):** Menschen im Übergang von der Erwerbsarbeit in den Ruhestand. Eine Herausforderung für die Erwachsenenbildung. Bonn.
- Kohli, M.; Künemund, H.; Motel, A.; Szydlík, M. (2000):** Soziale Ungleichheit. In: Kohli, M.; Künemund, H. (Hg.): Die zweite Lebenshälfte: Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 318–336.
- Kolland, F. (1988):** Nach dem Arbeitsleben Konzentration auf die Familie? In: Kolland, F.; Rosenmayr, L. (Hg.): Arbeit – Freizeit – Lebenszeit: Neue Übergänge im Lebenszyklus. Opladen, S. 75–92.
- Kornadt, A. E.; Rothermund, K. (2011):** Dimensionen und Deutungsmuster des Alterns: Vorstellungen vom Altern, Altsein und der Lebensgestaltung im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44, S. 291–298. DOI 10.1007/s00391-011-0192-3.
- Kricheldorf, C.; Klott, S.; Tonello, L. (2015):** Sorgende Kommunen und lokale Verantwortungsgemeinschaften. Modellhafte Ansätze zur Sicherung von gelingendem Altern und Pflege im Quartier. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(5), S. 408–414. DOI 10.1007/s00391-015-0914-z.
- Kuhlmey, A. (2005):** Tatort Familie: Gewalt gegenüber alten Menschen in der häuslichen Pflege. In: Kuhlmey, A. (Hg.): Tabus in Medizin und Pflege. Frankfurt a. M., Berlin u. a., S. 137–151.
- Kümpers, S.; Heusinger, J. (Hg.) (2012):** Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern.
- Kümpers, S.; Wolter, B. (2015):** Soziale Teilhabe pflegebedürftiger älterer Menschen in innovativen Wohnformen. In: Jacobs, K.; Kuhlmey, A.; Greß, S.; Schwinger, A. (Hg.): Pflegereport 2015. Stuttgart, S. 135–146.
- Lahti, J.; Laaksonen, M.; Lahelma, E.; Rahkonen, O. (2011):** Changes in leisure-time physical activity after transition to retirement: a follow-up study. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 8(36). DOI 10.1186/1479-5868-8-36.
- Lancee, B.; Radl, J. (2012):** Social connectedness and the transition from work to retirement. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 67(4), S. 481–490.

- Lang, F. R.; Carstensen, L. L. (2002):** Time counts: future time perspective, goals, and social relationships. In: *Psychology and Aging*, 17(1), S. 125–139.
- Lang, I. A.; Rice, N. E.; Wallace, R. B.; Guralnik, J. M.; Melzer, D. (2007):** Smoking cessation and transition into retirement: analyses from the english longitudinal study of ageing. In: *Age and Ageing*, 36(6), S. 638–643.
- Lawton, M. P.; Moss, M.; Hoffman, C.; Kleban, M. H.; Ruckdeschel, K.; Winter, L. (2001):** Valuation of life: a concept and a scale. In: *Journal of Aging and Health* 13(1), S. 3–31.
- Lawton, M.P.; Nahemow, L. (1973):** Ecology and the aging process. In: Eisdorfer, C.; Lawton, M.P. (Hg.): *The psychology of adult development and aging*. Washington D.C., S. 619–674. DOI 10.1037/10044-020.
- Lazarus, R. S. (1999):** *Stress and emotion: a new synthesis*. New York.
- Lehr, U. (1988):** Arbeit als Lebenssinn auch im Alter. Positionen einer differentiellen Gerontologie. In: Rosenmayr, L. und Kolland, F. (Hg.): *Arbeit – Freizeit – Lebenszeit. Neue Übergänge im Lebenszyklus*. Opladen, S. 29–45.
- Leipold, B.; Schacke, C.; Zank, S. (2006):** Prädiktoren von Persönlichkeitswachstum bei pflegenden Angehörigen demenziell Erkrankter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(3), S. 227–232. DOI 10.1007/s00391-006-0375-5.
- Lessenich, S. (2015):** Auf der Suche nach dem verschenkten Potenzial. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(8), S. 703–706.
- LVGAFS – Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (Hg.) (2013):** *Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen*. Hannover.
- Märting, S.; Zollmann, P. (2013):** Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko: Empirische Befunde zur sozioökonomischen Situation von Personen mit Erwerbsminderung. In: *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 49, S. 1–5.
- Mahne, K.; Wolff, J. K.; Simonson, J.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2017):** *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey*. Wiesbaden.
- Mayring, P. (2000):** Pensionierung als Krise oder Glücksgewinn? Ergebnisse aus einer quantitativ-qualitativen Längsschnittuntersuchung. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(2), S. 124–133.
- Menzel-Begemann, A.; Klünder, B.; Wippermann, K.; Schaeffer, D. (2014):** Ein neues Versorgungsmodell für den Übergang von der stationären Rehabilitation in die häusliche (Selbst-)Versorgung bei Pflegebedürftigkeit – das Konzept ProPASS. In: *Das Gesundheitswesen*, 76, A111. DOI 10.1055/s-0034-1386961.
- Mielck, A. (2005):** *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern.
- Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2013):** *Wissenschaftliche Evaluation des Konzeptes der vernetzten Pflegeberatung im Land Sachsen-Anhalt. Berichtsteil I. Endbericht*. Verfasst von Böttcher, S.; Buchwald, C.; Kohte, W. Magdeburg. Online verfügbar unter www.ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Pflege_2014/bericht_pflegerberatung_neu.pdf [letzter Zugriff am 23.01.2017].
- Moon, R. J.; Glymour, M. M.; Subramanian, S.; Avendaño, M.; Kawachi, I. (2012):** Transition to retirement and risk of cardiovascular disease: prospective analysis of the US health and retirement study. In: *Social Science & Medicine*, 75(3), S. 526–530. DOI 10.1016/j.socscimed.2012.04.004.

- Motel-Klingebiel, A.; Engstler, H. (2008):** Einkommensdynamiken beim Übergang in den Ruhestand. In: Kühnemann, H.; Schroeter, K. R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede in Lebenslauf und Alter – Fakten, Prognosen, Visionen. Wiesbaden, S. 141–159. DOI 10.1007/978-3-531-90815-1_8.
- Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.) (2010):** Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart.
- Naegele, G. (2004):** Zwischen Arbeit und Rente. Gesellschaftliche Chancen und Risiken älterer Arbeitnehmer. 2. Auflage, Augsburg.
- Naegele, G. (2010):** Potenziale und berufliches Leistungsvermögen älterer Arbeitnehmer/innen. In: Kruse, A. (Hg.): Potenziale im Altern: Chancen und Aufgaben für Individuum und Gesellschaft. Heidelberg, S. 251–270.
- Naumann, D.; Romeu Gordo, L. (2010):** Gesellschaftliche Partizipation: Erwerbstätigkeit, Ehrenamt und Bildung. In: Motel-Klingebiel, A.; Wurm, S.; Tesch-Römer, C. (Hg.): Altern im Wandel: Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart, S. 118–141.
- Neuman, K. (2008):** Quit your job and get healthier? The effect of retirement on health. In: Journal of Labor Research, 29(2), S. 177–201.
- Nolen-Hoeksema, S.; Ahrens, C. (2002):** Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. In: Psychology and Aging, 17(1), S. 116–124.
- Noone, J.; Stephens, C.; Alpass, F. (2009):** Preretirement planning and well-being in later life: a prospective study. In: Research on Aging, 31(3), S. 295–317. DOI 10.1177/0164027508330718.
- Nowossadeck, E. (2012):** Demografische Alterung und Folgen für das Gesundheitswesen. In: Robert Koch-Institut (Hg.): GBE Kompakt, 3(2). Online verfügbar unter www.rki.de/gbe-kompakt [letzter Zugriff am 14.09.2015].
- Nowossadeck, S.; Engstler, H. (2013):** Familie und Partnerschaft im Alter. GeroStat Report Altersdaten 03/2013. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.
- Nuttman-Shwartz, O. (2004):** Like a high wave: adjustment to retirement. In: The Gerontologist, 44(2), S. 229–236. DOI 10.1093/geront/44.2.229.
- O’Rand, A. M.; Farkas, J. I. (2002):** Couples’ retirement timing in the United States in the 1990s: the impact of market and family role demands on joint work exits. In: International Journal of Sociology, 32, S. 11–29.
- Oksanen, T.; Vahtera, J.; Westerlund, H.; Pentti, J.; Sjösten, N.; Virtanen, M.; Kawachi, I.; Kivimäki, M. (2011):** Is retirement beneficial for mental health? Antidepressant use before and after retirement. In: Epidemiology, 22(4), S. 533–559. DOI 10.1097/EDE.0b013e31821c41bd.
- Oswald, F. (2012):** Umzug im Alter. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. (Hg.): Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S. 569–575.
- Oswald, F.; Claßen, K.; Wahl, H.-W. (2009):** Die Rolle von Technik bei kognitiven Einbußen im Alter. In: Landesstiftung Baden-Württemberg gGmbH (Hg.): Training bei Demenz. Schriftenreihe der Landesstiftung Baden-Württemberg, 42. Stuttgart, S. 104–143.

- Oswald, F.; Franke, A. (2014):** Übergänge im höheren Erwachsenenalter am Beispiel der Themen Erwerbsleben und Wohnen. In: Hof, C.; Meuth, M.; Walter, A. (Hg.): Pädagogik der Übergänge – Übergänge in Lebenslauf und Biographie als Anlässe und Bezugspunkte von Erziehung, Bildung und Hilfe. Weinheim, München, S. 185–217.
- Oswald, F.; Jopp, D.; Rott, C.; Wahl, H.-W. (2011):** Is aging in place a resource for or risk to life satisfaction? In: *The Gerontologist*, 51(2), S. 238–250. DOI 10.1093/geront/gnq096.
- Oswald, F.; Kaspar, R.; Frenzel-Erkert, U.; Konopik, N. (2013):** »Hier will ich wohnen bleiben!« Ergebnisse eines Frankfurter Forschungsprojekts zur Bedeutung des Wohnens in der Nachbarschaft für gesundes Altern. Frankfurt a. M. Online verfügbar unter www.uni-frankfurt.de/54421039/Oswald-etal-2013-Hier-will-ich-wohnen-bleiben.pdf [letzter Zugriff am 29.05.2016].
- Oswald, F.; Konopik, N. (2015):** Bedeutung von außerhäuslichen Aktivitäten, Nachbarschaft und Stadtteilidentifikation für das Wohlbefinden im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 48(5), S. 401–407. DOI 10.1007/s00391-015-0912-1.
- Oswald, F.; Rowles, G. D. (2007):** Beyond the relocation trauma in old age: new trends in today's elders' residential decisions. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Hoff, A. (Hg.): *New dynamics in old age. Individual, environmental, and societal perspectives*. Amityville, S. 127–152.
- Ozawa, M. N.; Wai-On Law, S. W. (1991):** Health status of recently retired workers. In: *Social Work Research & Abstracts*, 27(4), S. 24–30.
- Pelikan, J. M.; Dietscher, C. (2014):** Gesundheitskompetente Krankenbehandlungsorganisationen – das Wiener Konzept. Vortrag im Rahmen der 19. Österreichischen Konferenz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Innsbruck am 18.09.2014.
- Pinkert, C.; Holle, B. (2012):** Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus. Literaturübersicht zu Prävalenz und Einweisungsgründen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(8), S. 728–734. DOI 10.1007/s00391-012-0319-1.
- Pospiech, S. (2014):** Gesundheitszieleprozess. Präventionskette und Gesundheitsziele. In: Bezirksamt Treptow-Köpenick von Berlin (Hg.): *Der Gesundheitszieleprozess in Treptow-Köpenick. Ein erfolgreicher Weg*. Berlin, S. 3–4.
- Prigerson, H.; Shear, M.; Jacobs, S.; Reynolds, S.; Maciejewski, P.; Davidson, J. u. a. (1999):** Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. In: *British Journal of Psychiatry*, 174, S. 67–73.
- Quadbeck, O.; Roth, W. L. (2008):** Das »Empty-Desk-Syndrom«. Die Leere nach der Pensionierung: Wie Führungskräfte nach Beendigung der Erwerbsarbeit ihre psychischen Probleme bewältigen. Wien.
- Radl, J. (2007):** Individuelle Determinanten des Renteneintrittsalters. Eine empirische Analyse von Übergängen in den Ruhestand. In: *Zeitschrift für Soziologie*, 36(1), S. 43–64.
- Razum, O.; Saß, A. (2008):** Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Razum, O.; Zeeb, H.; Meesmann, U.; Schenk, L.; Bredehorst, M. u. a. (2008):** Migration und Gesundheit: Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Rijs, K. J.; Cozijnsen, R.; Deeg, D. J. H. (2012):** The effect of retirement and age at retirement on self-perceived health after three years of follow-up in Dutch 55–64-year-olds. In: *Ageing and Society*, 32(2), S. 281–306.

- RKI – Robert Koch-Institut (Hg.) (2015):** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin.
- Roloff, J. (2004):** Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand und Veränderungen der subjektiven Gesundheit, dargestellt am Beispiel der westdeutschen Altersjahrgänge 1933 bis 1938. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, 29(2), S. 219–243.
- Rosenblatt, B.; van Steenberg, C. (2003):** Handbook for long-distance caregivers. An essential guide for families and friends caring for ill or elderly loved ones. Family Caregiver Alliance (eds.). San Francisco. Online verfügbar unter www.caregiver.org/content/pdfs/op_2003_long_distance_handbook.pdf [letzter Zugriff am 26.01.2017].
- Rosenmayr, L. (1983):** Die späte Freiheit: Das Alter – ein Stück bewußt gelebten Lebens. Berlin.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2010):** BARMER GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. In: Barmer GEK (Hg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 5. Schwäbisch Gmünd.
- Rothgang, H.; Iwansky, S.; Müller, R.; Sauer, S.; Unger, R. (2011):** BARMER GEK Pflegereport 2011. Schwerpunktthema: Zusätzliche Betreuungsleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. In: Barmer GEK (Hg.): Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin.
- Rowles, G. D. (1983):** Geographical dimensions of social support in rural Appalachia. In: Rowles, G. D.; Ohta, R. J. (Hg.): Aging and milieu. Environmental perspectives on growing old. New York, S. 111–129.
- Sauer, S.; Müller, R.; Rothgang, H. (2013):** Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: Zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48(2), S. 169–175. DOI 10.1007/s00391-013-0547-z.
- Saup, W. (1999):** Alte Menschen in ihrer Wohnung. In: Wahl, H.-W.; Mollenkopf, H.; Oswald, F. (Hg.): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie. Wiesbaden, S. 43–51.
- Schaan, B. (2009):** Verwitwung, Geschlecht und Depression im höheren Lebensalter. In: Börsch-Supan, A.; Hank, K.; Jürges, H.; Schröder, M. (Hg.): 50plus in Deutschland und Europa: Ergebnisse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Wiesbaden, S. 115–131.
- Scheibler, F.; Janßen, C.; Pfaff, H. (2003):** Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. In: Sozial- und Präventivmedizin, 48(1), S. 11–23. DOI 10.1007/s000380300002.
- Schimany, P.; Rühl, S.; Kohls, M. (2012):** Ältere Migrantinnen und Migranten: Forschungsbericht 18. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hg.). Nürnberg.
- Schmid, S. K. E. (2010):** Frauen nach der Verwitwung. Soziale Netzwerke als Hilfestellung für Verwitwete. Wien.
- Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (2008):** Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Stuttgart.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hg.) (2005):** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/root.html [letzter Zugriff am 02.09.2015].

- Schroer-Mollenschott, C. (2011):** Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten. In: GKV-Spitzenverband (Hg.): Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 7. Berlin.
- Schroeter, K. R. (2006):** Status und Prestige als symbolische Kapitalien im Alter? In: Schroeter, K. R.; Zängl, P. (Hg.): Aspekte der Vergemeinschaftung und Vergesellschaftung in der Lebensphase Alter. Wiesbaden, S. 27–61. DOI 10.1007/978-3-531-90148-0_3.
- Schulz-Nieswandt, F. (2006):** Sozialpolitik und Alter. Stuttgart.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2013):** Leitlinien der Berliner Seniorenpolitik. Berlin. Online verfügbar unter www.berlin.de/sen/soziales/themen/seniorinnen-und-senioren/leitlinien-seniorenpolitik/ [letzter Zugriff am 14.03.2016].
- Settersten, R. A.; Hagestad, G. (1996):** What the latest? II cultural age deadlines for educational and work transitions. In: *The Gerontologist*, 36, S. 602–613.
- Shiner, R. L.; Masten, A. S.; Roberts, J. M. (2003):** Childhood personality forshadows adult personality and outcomes two decades later. In: *Journal of Personality* 71(6), S. 1145–1170.
- Shultz, K. S.; Morton, K. R.; Weckerle, J. R. (1998):** The influence of push and pull factors on voluntary and involuntary early retirees' retirement decision and adjustment. In: *Journal of Vocational Behavior*, 53(1), S. 45–57.
- Siegrist, J.; Dragano, N. (2008):** Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben: Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (3), S. 305–312.
- Simonson, J.; Kelle, N.; Romeu Gordo, L.; Grabka, M. M.; Rasner, A.; Westermeier, C. (2012):** Ostdeutsche Männer um 50 müssen mit geringeren Renten rechnen. In: *DIW Wochenbericht*, 23, S. 3–13.
- Simonson, J.; Romeu Gordo, L.; Titova, N. (2011):** Changing employment patterns of women in Germany: How do baby boomers differ from older cohorts? A comparison using sequence analysis. In: *Advanced in Life Course Research*, 16(2), S. 65–82.
- Smith, J. A.; Braunack-Mayer, A.; Wittert, G.; Warin, M. (2007):** »I've been independent for so damn long!«: Independence, masculinity and aging in a help seeking context. In: *Journal of Aging Studies*, 21(4), S. 325–335. DOI 10.1016/j.jaging.2007.05.004.
- van Solinge, H.; Henkens, K. (2007):** Involuntary retirement: the role of restrictive circumstances, timing, and social embeddedness. In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(5), S. 295–303.
- Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB XI) (1994):** Soziale Pflegeversicherung. Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. Online verfügbar unter www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf [letzter Zugriff am 14.09.2015].
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2014):** Zensus 2011. Online verfügbar unter www.zensus2011.de/SharedDocs/Aktuelles/Ergebnisse/DemografischeGrunddaten.html?nn=3065474 [letzter Zugriff am 25.06.2015].

- Statistisches Bundesamt (destatis) (2012):** Senioren in Deutschland: Überwiegend vital und finanziell abgesichert. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/WirtschaftsrechnungenZeitbudget/2012_12/EinkommenKonsumLebensbedingungen2012_12.html [letzter Zugriff am 25.06.2016].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2013):** Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2015a):** Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden. Online verfügbar unter www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/News/2015/PflegeDeutschlandergebnisse_2013.pdf [letzter Zugriff am 16.09.2015].
- Statistisches Bundesamt (destatis) (2015b):** Einkommens- und Verbrauchsstichprobe: Aufwendungen privater Haushalte für den privaten Konsum. Wirtschaftsrechnungen. Fachserie 15 (5).
- Statistisches Bundesamt (2016):** Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Ländervergleich – Pflegebedürftige 2013. Online verfügbar unter www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige.html [letzter Zugriff am 23.01.2017].
- Stauder, K. H. (1955):** Über den Pensionierungsbankrott. In: *Psyche. Eine Zeitschrift für psychologische und medizinische Menschenkunde*, 9, S. 481–497.
- von der Stein, B. (2014):** »Dann lass ich uns eine Polin kommen« – Transgenerationale Traumatisierungen, Ressentiments und Missverständnisse samt Reaktualisierung in Pflegesituationen. In: Fookan, I.; Heuft, G. (Hg.): *Das späte Echo von Kriegskindheiten. Die Folgen des Zweiten Weltkriegs in Lebensverläufen und Zeitgeschichte*. Göttingen, S. 125–134. DOI 10.13109/9783666404610.125.
- Strobl, H.; Brehm, W.; Tittlbach, S. (2010):** Körperlich-sportliche Aktivität in der Übergangsphase vom Beruf in den Ruhestand. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43 (5), S. 297–302.
- Stroebe, W.; Stroebe, M. (1987):** *Bereavement and health*. New York.
- Szinovacz, M. E.; Davey, A. (2005):** Retirement and marital decision making: effects on retirement satisfaction. In: *Journal of Marriage and Family*, 67 (2), S. 387–398.
- Tartler, R. (1961):** *Das Alter in der modernen Gesellschaft*. Stuttgart.
- Tesch-Römer, C. (2010):** *Soziale Beziehungen alter Menschen*. Stuttgart.
- Tesch-Römer, C.; Engstler, H. (2008):** Der Übergang in den Ruhestand: Konsequenzen für die Gesundheit und das soziale Netz. In: *Informationsdienst Altersfragen*, 35 (1), S. 2–7.
- Tesch-Römer, C.; Wiest, M.; Wurm, S.; Huxhold, O. (2014):** Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). In: *Informationsdienst Altersfragen*, 41 (1), S. 3–8.
- Tews, H. (1993):** Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. In: Naegele, G.; Tews, H. (Hg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik*. Opladen, S. 15–42. DOI 10.1007/978-3-322-99987-0_1.
- Thielhorn, U. (2012):** Partizipation in der Pflege. In: Rosenbrock, R.; Hartung, S. (Hg.): *Handbuch Partizipation und Gesundheit*. Bern, S. 381–390.
- Thygesen, E.; Saevaraid, H. I.; Lindstrom, T. C.; Engedal, K. (2009):** Psychological distress and its correlates in older care-dependent persons living at home. In: *Aging & Mental Health*, 13 (3), S. 319–327. DOI 10.1080/13607860802534591.

- TNS Infratest Sozialforschung (Kortmann, K.; Heckmann, J.) (2012):** Alterssicherung in Deutschland 2011 (ASID 11) – Zusammenfassender Bericht. Forschungsbericht Band 431/Z des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Berlin.
- Trojan, A.; Süß, W.; Lorentz, C.; Wolf, K.; Nickel, S. (Hg.) (2013):** Quartiersbezogene Gesundheitsförderung. Umsetzung und Evaluation eines integrierten lebensweltbezogenen Handlungsansatzes. Weinheim, Basel.
- Vogel, E.; Ludwig, A.; Börsch-Supan, A. (2012):** Aging and pension reform: extending the retirement age and human capital formation. In: MEA discussion papers 257. München.
- Volanen, S.-M. (2011):** Sense of coherence: determinants and consequences. Dissertation. Helsinki.
- Volanen, S.-M.; Suominen, S.; Lahelma, E.; Koskenvuo, K.; Koskenvuo, M.; Silventoinen, K. (2010):** Sense of coherence and intentions to retire early among Finnish women and men. In: BMC Public Health, 10, S. 22. DOI 10.1186/1471-2458-10-22.
- Wagner, B. (2013):** Komplizierte Trauer. Grundlagen, Diagnostik und Therapie. Berlin, Heidelberg. DOI 10.1007/978-3-642-37359-6.
- Wahl, H.-W. (2001):** Environmental influences on aging and behavior. In: Birren, J. E.; Schaie, K. W. (Hg.): Handbook of the psychology of aging. 5th ed. San Diego, S. 215–237.
- Wahl, H.-W.; Iwarsson, S.; Oswald, F. (2012):** Aging well and the environment: toward an integrative model and research agenda for the future. In: The Gerontologist, 52(3), S. 306–316. DOI 10.1093/geront/gnr154.
- Wahl, H.-W.; Oswald, F. (2010):** Environmental perspectives on ageing. In: Dannefer, D.; Phillipson, C. (Hg.): The SAGE handbook of social gerontology. London, S. 111–124. DOI <http://dx.doi.org/10.4135/9781446200933.n8>.
- Wang, X.; Steier, J. B.; Gallo, W. T. (2014):** The effect of retirement on alcohol consumption: results from the US Health and retirement study. In: European Journal of Public Health, 24(3), S. 485–489. DOI 10.1093/eurpub/cku027.
- Wanger, S. (2010):** Die Altersteilzeit im Zusammenspiel individueller und betrieblicher Einflussfaktoren. In: WSI-Mitteilungen 8/2010, S. 395–403.
- Wetzel, M.; Huxhold, O.; Tesch-Römer, C. (2016):** Transition into retirement affects life satisfaction: short- and long-term development depends on last labor market status and education. In: Social Indicators Research, 125(3), S. 991–1009. DOI 10.1007/s11205-015-0862-4.
- Wetzstein, M.; Rommel, A.; Lange, C. (2015):** Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: Robert Koch-Institut (Hg.): GBE Kompakt, 6(3). Berlin. Online verfügbar unter www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2015_3_pflegerische_angehoerige.pdf?_blob=publicationFile [letzter Zugriff am 07.10.2015].
- Wiesmann, U.; Rölker, S.; Hannich, H.-J. (2004):** Salutogenese im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37(5), S. 366–376.
- Wilhelm, I.; Zank, S. (2014):** Zweiter Weltkrieg und pflegerische Versorgung heute. Einfluss von Kriegstraumatisierungen auf professionelle Pflegesituationen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 47(5), S. 410–414. DOI 10.1007/s00391-013-0514-8.

- Williamson, G. M.; Shaffer, D. R. (2000):** The Activity Restriction Model of depressed affect: antecedents and consequences of restricted normal activities. In: Williamson, G. M.; Shaffer, D. R.; Parmelee, P. A. (Hg.): Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research and practice. Dodrecht, S. 173–200.
- Wingefeld, K. (2005):** Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern.
- Wingefeld, K.; Kleina, T. (2009):** Erfahrungen mit der Einführung von Case-Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts »Case- und Care-Management im Rahmen trägerneutraler Pflegeberatung«. Projektbericht. Berlin. Online verfügbar unter www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_unterseiten/case_and_care/Endbericht_Wissenschaftliche_Begleitforschung_10288.pdf [letzter Zugriff am 21.09.2015].
- Wolff, J. K.; Schüz, B.; Ziegelmann, J. P.; Warner, L. M.; Wurm, S. (2017):** Short-term buffers, but long-term suffers? Differential effects of negative self-perceptions of aging following serious health events. In: The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. Vol. 72, No. 3, S. 408–414
- Wortman, C.; Silver, R. C. (1990):** Successful mastery of bereavement and widowhood: a life-course perspective. In: Baltes, P.; Baltes, M. (Hg.): Successful aging. Perspectives from behavioral sciences. Cambridge, S. 225–264.
- Wurm, S.; Engstler, H.; Tesch-Römer, C. (2009a):** Ruhestand und Gesundheit. Expertise für die Akademien-Gruppe »Altern in Deutschland« der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften [acatech]. In: Kochsiek, K. (Hg.): Altern und Gesundheit. Stuttgart, S. 81–192.
- Wurm, S.; Lampert, T.; Menning, S. (2009b):** Subjektive Gesundheit. In: Böhm, K.; Tesch-Römer, C.; Ziese, T. (Hg.): Gesundheit und Krankheit im Alter (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Berlin, S. 79–91.
- Zähle, T.; Möhring, K.; Krause, P. (2009):** Erwerbsverläufe beim Übergang in den Ruhestand. In: WSI-Mitteilungen 11/2009, S. 586–595.
- Zander, M.; Heusinger, J. (2013):** Milieuspezifische Bewältigung prekärer Lebenslagen bei Pflegebedarf im Alter: Ausgewählte Befunde aus dem Projekt NEIGHBOURHOOD. In: Vogel, C.; Motel-Klingebiel, A. (Hg.): Altern im sozialen Wandel: Die Rückkehr der Altersarmut? Wiesbaden, S. 99–112.
- Zeman, P. (2008):** Informelle Netze und Selbsthilfe und ihr Beitrag zur Versorgung alter Menschen. In: Kuhlmeier, A.; Schaeffer, D. (Hg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Bern, S. 297–307.
- Zimbardo, P. G. (1999):** Psychologie. New York.
- ZQP – Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2014):** Versorgungsformen in Deutschland. Untersuchungen zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Hilfe- und Pflegebedarf. ZQP-Abschlussbericht. Autorinnen und Autoren: Naumann, D.; Schulze, E.; Geyer, J.; Korfhage, T. Online verfügbar unter www.zqp.de/upload/content.000/id00014/attachment01.pdf [letzter am 29.04.2016].

» 06.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: DREIKLANG-Modell (Quelle: Annette Franke)	S. 43
Abb. 2: Familienstände der Männer und Frauen ab 60 Jahren nach Altersgruppe, 2011 (Quelle: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 4.)	S. 76
Abb. 3: Zahl der Verwitwungsfälle ab 60 Jahre nach Altersgruppe und Geschlecht, 1991, 2000 und 2010 (Quelle: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 19.)	S. 77
Abb. 4: Anteile Alleinlebender nach Alter und Geschlecht, 2011 in Prozent (Quelle: Nowossadeck und Engstler 2013, S. 16.)	S. 77

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung nimmt sie sowohl Informations- und Kommunikationsaufgaben (Aufklärungsfunktion) als auch Qualitätssicherungsaufgaben (Clearing- und Koordinierungsfunktion) wahr.

Zu den Informations- und Kommunikationsaufgaben gehört die Aufklärung in Themenfeldern mit besonderer gesundheitlicher Priorität. In Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern werden zum Beispiel Kampagnen zur Aids-Prävention, Organ- und Gewebespende, Suchtprävention, Sexualaufklärung und Familienplanung durchgeführt. Auf dem Sektor der Qualitätssicherung gehören die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen, die Entwicklung von Leitlinien und die Durchführung von Marktübersichten zu Medien und Maßnahmen in ausgewählten Bereichen zu den wesentlichen Aufgaben der BZgA.

Im Rahmen der Qualitätssicherungsaufgaben führt die BZgA Forschungsprojekte, Expertisen, Studien und Tagungen zu aktuellen Themen der gesundheitlichen Aufklärung und der Gesundheitsförderung durch. Die Ergebnisse und Dokumentationen finden größtenteils Eingang in die wissenschaftlichen Publikationsreihen der BZgA, um sie dem interessierten Publikum aus den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsförderung zugänglich zu machen. Die Fachheftreihe »Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung« versteht sich, ebenso wie die themenspezifische Reihe »Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung«, als ein Forum für die wissenschaftliche Diskussion. Vornehmliches Ziel dieser auch in Englisch erscheinenden Fachheftreihe ist es, den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis zu fördern und Grundlagen für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung zu schaffen.