

ZUR GESTALTUNG VON ÜBERGÄNGEN IM ALTER

Zusammenfassung

Insbesondere im Alter ist es immer weniger möglich, alle Lebensübergänge eindeutig zu markieren. Die Lebensrealität Älterer ist ungemein vielfältig und die einzelnen Phasen im Alter gehen oft schleichend ineinander über. Übergänge in die Nacherwerbsphase, in neue Wohnformen oder in die Pflege finden nicht in einer festen Reihenfolge, sondern neben- und nacheinander statt oder entfallen teilweise ganz. Mit den Übergängen sind besondere Herausforderungen und Chancen für Gesundheitsförderung und Prävention verbunden.

Das Arbeitspapier ist wie folgt aufgebaut: Nach einem einführenden Teil werden ausgewählte Übergänge mit besonderer Relevanz im Alter zunächst kurz beschrieben. Daneben werden Risiken, Potentiale und Handlungsoptionen (v. a. Gestaltungsmöglichkeiten auf Ebene der Kommunen) formuliert. Ein kommunales Beispiel erweitert die Darstellungen der Übergänge jeweils um eine praktische Perspektive.

Inhalt

1. Einleitung

2. Kurzbeschreibungen zur Gestaltung von Übergängen

- a. Übergang vom Erwerbsleben in die Nacherwerbsphase
- b. Übergang in bürgerschaftliches Engagement
- c. Übergang in eine singularisierte Lebensführung
- d. Übergang aus oder in stationäre Versorgung
- e. Übergang in chronische Krankheit
- f. Übergang in eine neue Wohnform
- g. Übergang in Pflege-/Hilfebedürftigkeit
- h. „Übergang“ am Lebensende

Kontakt

Literatur

Der Partnerprozess „Gesundheit für alle“ wird durch die kommunalen Spitzenverbände Deutscher Städtetag, Deutscher Städte- und Gemeindebund und Deutscher Landkreistag sowie durch das Gesunde Städte-Netzwerk unterstützt.



Der Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit wurde 2003 auf Initiative der BZgA gegründet und wird maßgeblich durch die BZgA getragen. Ihm gehören über 60 Partnerorganisationen an.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – Maarweg 149-161, 50825 Köln-Ehrenfeld, Tel. +49 221 8992-0 / Fax -300

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

1. Einführung

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland hat sich im letzten Jahrhundert fast verdoppelt. Heute werden im Ruhestand häufig mehr als 20 Lebensjahre verbracht. Aus der Perspektive des Einzelnen bedeutet die höhere Lebenserwartung einen Gewinn an Lebensjahren und vielfältige Möglichkeiten, denn die hinzukommende Lebenszeit wird heute häufiger denn je in guter Gesundheit verbracht. Hilfebedürftigkeit tritt oftmals erst in der Phase der Hochaltrigkeit ein¹ (BMFSFJ 2016). Die Menschen altern dabei unterschiedlich: „Die individuelle Variabilität steigt mit zunehmendem Alter und nimmt nicht etwa ab.“ (Schneider 2014, S. 1)

„Seit Mitte des 20. Jahrhunderts erleben immer mehr Menschen ein höheres und sogar sehr hohes Lebensalter. Dieser Wandel bringt eine Vielzahl von Chancen für Individuen und Gesellschaft mit sich. Durch eine verbesserte Gesundheit und durch die länger werdende nachberufliche Lebensphase ist es vielen Menschen in Deutschland möglich, ein gutes Leben im Alter zu führen und dabei ihre Lebensumstände bis ins hohe Alter aktiv mitzugestalten. Allerdings sind neben diesen Chancen auch individuelle und gesellschaftliche Herausforderungen zu nennen: Das veränderte Verhältnis von Alten zu Jungen (...) wirft neue Fragen hinsichtlich der Finanzierung von Renten-, Gesundheits- und Pflegeversicherung auf. Weil immer mehr Menschen das hohe und sehr hohe Alter erleben, sind auch mehr Menschen von Mehrfacherkrankungen oder Pflegebedürftigkeit betroffen. Dies stellt Politik und Gesellschaft in Deutschland vor die Herausforderung, soziale Teilhabe und Integration für die verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen gleichermaßen zu gewährleisten.“ (Mahne et al. 2016, S. 5)

Die Übernahme von Pflegetätigkeiten bei älteren Menschen betrifft häufig bereits Personen im mittleren Lebensalter ab 40 Jahren – insbesondere wenn die eigenen Eltern pflegebedürftig werden. Die Altersgruppe von Menschen über 65 Jahren führt diese übernommene Pflegetätigkeit häufig fort bzw. es steigt die Abhängigkeit gegenüber Personen, die Pflegetätigkeiten übernehmen. Diese Perspektive wird in den einzelnen Übergängen mit betrachtet.

Die Belastungen und Ressourcen im Lebensverlauf beeinflussen die Chancen auf ein gesundes Altern ebenso wie die aktuelle Lebenslage, das Wohnumfeld, die Qualität der Versorgung im Quartier bzw. in der Gemeinde, die Möglichkeiten der sozialen Teilhabe sowie das eigene Gesundheitsverhalten. Wohnen, Mobilität, Pflege und Bewegung sind dabei wichtige kommunale Aufgaben, die Akteure im Bereich Gesundes Altern gestalten.

Eine ganz wesentliche Rolle spielen auch soziale und gesellschaftliche Veränderungen. Dazu gehören gestiegene Bildungshintergründe und ein verbesserter Gesundheitszustand sowie höhere Alterseinkommen. Allerdings sind damit auch eine Spreizung der Alterseinkommen und die steigende Altersarmut einzelner Gruppen verbunden. Auch innerhalb einer Altersphase bestehen signifikante Unterschiede in wichtigen Dimensionen wie Geschlecht, Familienstand, soziale Lage, gesellschaftliche Teilhabe oder ethnisch-kulturelle Herkunft.

In der Diskussion steht die strategische Neuausrichtung der Kommune von der klassischen Altenhilfe (Disengagement) zu aktivierender Seniorenarbeit (produktives Alter) und letztlich zu partizipativer Seniorenarbeit (Teil eines Active Ageing). Dazu gehören die Schaffung von Ermöglichungsstrukturen sowie die Stärkung und Einbindung der Potentiale älterer Menschen (Adams 2012). Dazu gehört aber auch, rechtzeitig Interesse für die eigene Versorgung im Alter zu wecken.

¹ Grundlage hierfür sind Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS), einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, die bundesweit seit dem Jahr 1996 im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt wird. Der DEAS bezieht Menschen ab dem Alter von 40 Jahren ein und befragt diese wiederholt, um Veränderungen in den Lebensverläufen nachvollziehen zu können (BMFSFJ 2016).

Übergangsgestaltung

Es gibt für den Begriff „Übergang“ keine einheitliche Definition². Die Übergänge sind in der Regel mit einem Abschied von Vertrautem verbunden und erfordern, sich auf Neues einzulassen – neue Personen, neue Einrichtungen, neue Abläufe, neue Rollen. Übergänge stellen längerfristige Prozesse dar (Griebel, Niesel 2011) und sind sowohl für die Einzelnen als auch für ihr (soziales) Umfeld mit Veränderungen und Herausforderungen verbunden. In Abhängigkeit der Bewältigung können sie sich positiv oder negativ auf die individuelle Entwicklung auswirken. Die Bedeutung von Übergängen für den Lebenslauf ergibt sich vor allem aus den übergangsbedingten Entwicklungsaufgaben, die sich für die Einzelnen und ihr soziales Umfeld stellen. Entsprechend müssen nicht nur das Individuum selbst, sondern auch diejenigen Akteure und Institutionen, die Übergänge begleiten, Anpassungsleistungen erbringen.

Im Hinblick auf die positive Gestaltung biographischer Übergänge stellt die Gesundheitsförderung eine Interventionsform mit viel Potenzial dar, denn sie fokussiert insbesondere auf die Ressourcen der Menschen. Ziel ist es, die Lebensbedingungen zu verbessern. Zugleich werden Menschen individuell befähigt, ihre „gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten“ zu stärken. Vor allem Menschen in schwieriger sozialer Lage sollen so erreicht werden (Hurrelmann, Laaser 2006).

Individuelle Merkmale, die mögliche Auswirkungen auf das Erleben der Übergänge im Alter haben, sind:

- das Lebensalter, in dem eine Person den Übergang erlebt,
- der frühere Erwerbsstatus,
- die Erwerbs- und Sozialversicherungsbiographie,
- die gesundheitliche Lage,
- das Geschlecht,
- die Arbeitssituation,
- die Freiwilligkeit des Übergangs,
- die Planbarkeit des Übergangs,
- das aktuelle Haushaltseinkommen,
- die Bildung,
- die soziale Integration einer Person,
- der kulturelle Hintergrund sowie
- die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen (Wurm, Engstler, Tesch-Römer 2009; Fehmel 2011).

Insbesondere im Alter ist es immer weniger möglich, alle Lebensübergänge eindeutig zu markieren. Die Lebensrealität Älterer ist sehr vielfältig (Wurm, Engstler, Tesch-Römer 2009). Die Phasen im Alter weisen eine sehr breite Spanne auf und gehen oftmals schleichend ineinander über.

² Zu den theoretischen Grundlagen von Übergangsbewältigungen wurde im Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ ein Papier mit dem Titel „Transitionen und Übergänge: Bedeutung und fachliche Konzepte“ erarbeitet, welches Aufschluss über begriffliche Abgrenzungen gibt.

„Die Vorstellung von Lebensläufen in streng segmentierten, aufeinander folgenden Phasen ist überholt. Lebensläufe sind verstärkt durch ein Nebeneinander und nicht mehr durch ein Nacheinander der Aktivitäten geprägt. Auch die abrupten und meist unumkehrbaren Übergänge zwischen den einzelnen Phasen verschwinden – an ihre Stelle treten fluide Formen des Hineingleitens in und des Herausgleitens aus Lebensphasen.“ (Schneider 2014, S. 1).

Diese Erläuterungen machen deutlich, dass die Übergänge keiner chronologischen Logik unterliegen und auch nicht zwangsläufig eintreten müssen. Die folgende Grafik bietet eine Übersicht altersspezifischer Übergänge, angelehnt an die Darstellung der Determinanten von Gesundheit (Dahlgren & Whitehead 1991). Die nebenstehend formulierten Fragen sollen zudem kommunale Akteure dabei unterstützen, die Übergänge jeweils situationsspezifisch entsprechend der kommunalen Bedingungen und Bedarfslagen einzuschätzen.

Zwar bestehen bei den jeweiligen Übergängen Risiken. Mit dem Eintritt in eine andere Lebensphase können z. B. Kontakte wegfallen. Viele der bisherigen Netzwerke verlieren durch veränderte Lebensumstände (z. B. Umzug oder Pflegebedürftigkeit) an Bindungskraft und Konstanz. Andererseits sind die Kompetenzen gerade auch älterer Menschen als Ressourcen einzubeziehen, was wiederum auch Chancen bietet. Bei den „Sollbruchstellen“ der Übergänge kommen zudem unterschiedliche Akteure ins Spiel, deren Abstimmung in einem Netzwerk wichtig ist.

Die Thematisierung der Übergänge schärft den Blick für Möglichkeiten und Handlungsoptionen in diesen Phasen. Gerade an den Übergängen besteht eine hohe Bereitschaft der Menschen, Angebote wahrzunehmen bzw. gibt es häufig Kontakt zu Akteuren (wie der Rentenversicherung, der Pflegeversicherung, Bestattungsunternehmen etc.), die Angebote kommunizieren und Bedarfe identifizieren können.

Der Fokus auf die Übergänge ermöglicht es, präventiv und gesundheitsfördernd tätig zu werden. Ein Ziel wird zumeist sein, den Übergang so zu gestalten, dass er kohärent und weniger als risikohaft Bruch im Lebensverlauf erlebt wird.

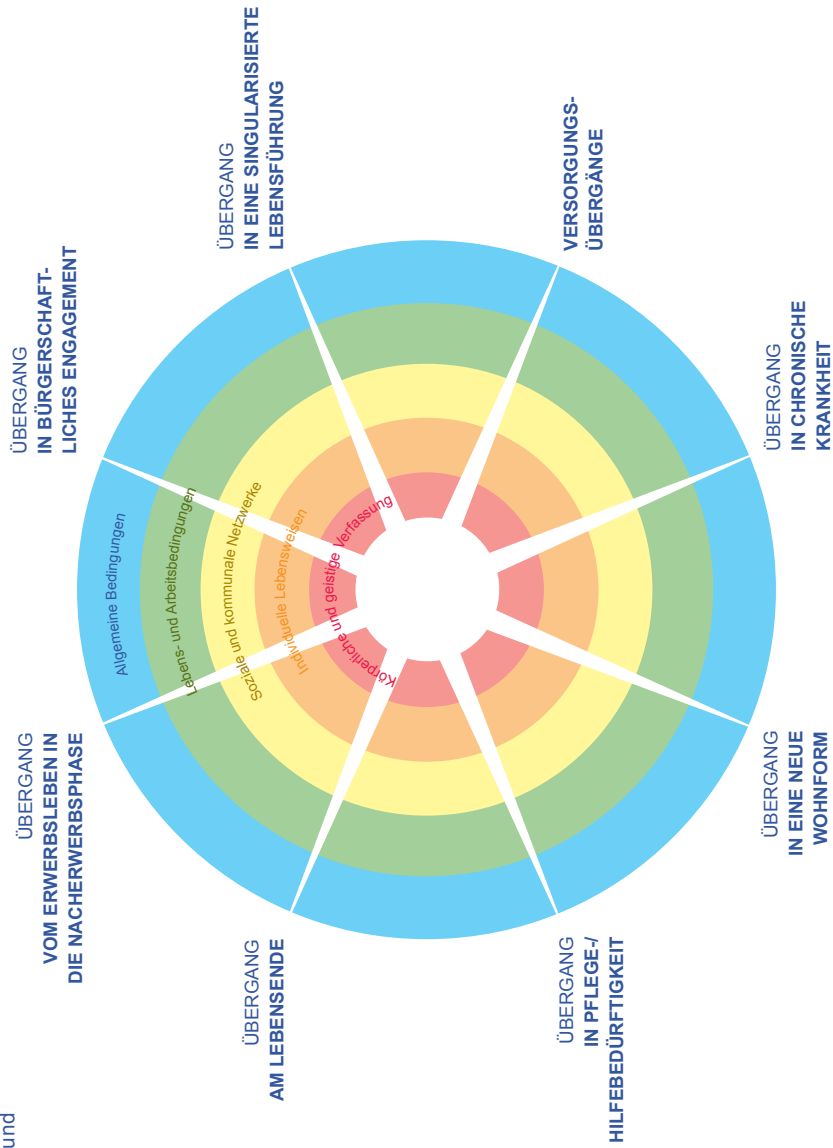
Das folgende Kapitel beinhaltet Kurzbeschreibungen ausgewählter Übergänge mit besonderer Relevanz im Alter. Diese sind unterteilt in eine Beschreibung des Übergangs sowie die Darstellung von Risiken, Potentialen und Handlungsoptionen (v. a. Gestaltungsmöglichkeiten auf Ebene der Kommunen). Ein kommunales Beispiel erweitert die Darstellungen der Übergänge jeweils um eine praktische Perspektive.

DIE ÜBERGÄNGE IM ALTER

Folgende Fragen können kommunale Akteure dabei unterstützen, die Übergänge jeweils situationsspezifisch, entsprechend der kommunalen Bedingungen und Bedarfslagen, einzuschätzen.

FRAGEN

- ▶ **Wie häufig** tritt dieses Ereignis im Alter ein?
- ▶ **Wie gesichert** sind die Unterstützungsstrukturen bzgl. des Überganges in Ihrer Kommune?
- ▶ **Wie hoch ist der kommunale Einfluss** auf die Gestaltung des Überganges?
- ▶ **Wie hoch ist die Zwangsläufigkeit** bzw. Freiwilligkeit des Eintretens zu bewerten?
- ▶ **Wie kritisch ist der Übergang einzuschätzen**, bezogen auf die Betroffenen selbst?



KURZBESCHREIBUNGEN ZUR GESTALTUNG VON ÜBERGÄNGEN

a. Übergang vom Erwerbsleben in die Nacherwerbsphase

Die Übergänge in die Nacherwerbsphase haben sich in den letzten Jahren vielfältig verändert. Dies betrifft sowohl den Zeitpunkt des Renteneintritts als auch den konkreten Zeitpunkt des Erwerbsausstiegs. Darüber hinaus wandeln sich Rentenübergangsformen. Es stellt sich die Frage, ob ein direkter Übergang in den Ruhestand gelingt.

Zwar empfinden viele Rentnerinnen und Rentner die Nacherwerbsphase als einen Gewinn an Freiheit, gleichzeitig wollen viele aber in reduzierter und flexibler Form weiter aktiv sein. Dabei liegt der Anteil der Befragten, die gern aktiv wären, höher als der Anteil derer, die dies tatsächlich umsetzen, denn nicht alle der aktuellen Rentnerinnen und Rentner können diesen Wunsch auch praktisch realisieren (ebd. 2011a).

Risiken: Der Übergang vom Erwerbsleben in die Nacherwerbsphase kann mit einem Verlustgefühl einhergehen, z.B. wegen fehlender sozialer Einbindung, wegfallender Strukturierung des Alltags, Altersarmut durch geringe Rente sowie fehlender beruflicher Stellung, biografischer Identität und Kontinuität. Wenn der Ruhestand als Belastung erlebt wird, sind eher negative gesundheitliche Folgen zu erwarten (Wurm, Engstler, Tesch-Römer 2009).

Potentiale: Gleichwohl kann der Übergang aufgrund der selbstbestimmten Zeitverwendung und des Wegfalls von Belastungen durch das Erwerbsleben (u. a. zeitliche und hierarchische Zwänge sowie Anstrengung und Stress) als Gewinn wahrgenommen werden. In dem Moment, wo der Ruhestand Entlastung ist, sind eher positive gesundheitliche Folgen zu erwarten. Es steht zudem mehr Zeit zur Verfügung, Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention wahrzunehmen.

Handlungsoptionen: Für eine Kommune ist die Schaffung von Ermöglichungsstrukturen, die den Aufbau sozialer Kontakte und Teilhabe im Ruhestand unterstützen, eine maßgebliche Handlungsoption.

Die Übergangsphase zwischen Erwerbsarbeit und Ruhestand ist weniger stark als früher gesellschaftlich normiert, die Strukturierung unterliegt eher personalen (individuellen, familialen) und institutionellen Bedingungen (gesetzlichen, tariflichen, betrieblichen). Es wird eine Bedeutungszunahme von einzelbetrieblichen Aushandlungsbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten für individuelle Handlungsoptionen beim Rentenübergang beobachtet (Fehmel 2011).

Praxisbeispiel: Beim Beispiel „ZWAR – Zwischen Arbeit und Ruhestand“ steht die Idee im Vordergrund, dass Menschen der Altersgruppe über 50 Jahre sich selbstorganisiert treffen, um ihre Freizeit aktiv zu gestalten. Die ZWAR-Zentralstelle unterstützt Kommunen darin, ZWAR-Netzwerke aufzubauen, sie gibt „Starthilfe“, Qualifizierungen für Netzwerkteilnehmende und bietet Vernetzungsveranstaltungen an. So z. B. im Generationennetz Gelsenkirchen e. V.: Der Verein fördert die Lebensqualität und eine lange Selbstständigkeit Älterer. Die Herausforderungen bei Übergängen in andere Lebensabschnitte werden angegangen. Innerhalb des Netzwerkes sollen Partizipation und Empowerment zu Fragen der Gesundheitsförderung mit Hilfe von wertschätzenden und kostenfreien Strukturen ermöglicht werden. Durch die Förderung des Engagements und entsprechender Schulungen werden diese Komponenten vermittelt. Stabilität und Funktionalität erhält das Netzwerk durch den Aufbau verlässlicher Strukturen, durch feste Ansprechpartnerinnen und -partner, gut erreichbare Räume und Kooperationen verschiedener Zuständigkeitsbereiche.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.zwar.org/de/start

b. Übergang in bürgerschaftliches Engagement

Mit der Perspektive, dass Personen mit dem Eintritt in den Ruhestand noch rund ein Viertel ihrer Lebenszeit vor sich haben, stellt sich für immer mehr ältere Menschen die Frage nach Alternativen für eine sinnvolle Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase, z. B. durch bürgerschaftliches Engagement. Hier besteht die Möglichkeit, im Berufsleben erworbene Kompetenzen und Erfahrungen einzubringen (BMFSFJ 2011a). Hier geht es jedoch nicht um ein stetiges Aktivierungspotential von älteren Menschen. Eine große Gruppe möchte den Ruhestand auch ohne weitere Verpflichtungen genießen.

Über die Hälfte der 55- bis 70-Jährigen zeigt nach dem Freiwilligensurvey³ die Bereitschaft, sich bürgerschaftlich zu engagieren. Neben der Bedeutung zivilgesellschaftlicher und anderer Organisationsformen – als Rahmen für das Engagement – engagieren sich Ältere vielfach im Kontext von Unterstützungsnetzwerken im Freundeskreis, in der Nachbarschaft und/oder anderen Bekannten (ebd. 2011b).

Risiken: Unsicherheiten über künftige Altersbezüge wirken sich eher negativ auf die Engagementbereitschaft älterer Menschen aus. „Zeitwohlstand“ im Rentenalter als relativ frei verfügbare Zeit ist keine hinlängliche Bedingung für ein aktives Engagement, da immer auch Alternativen der Zeitverwendung existieren (ebd. 2011b). Ein Risiko kann aber auch die generelle physische oder psychische Überforderung durch ein Ehrenamt sein.

Potentiale: Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Befinden und der Engagementbeteiligung belegen, dass Engagierte ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Nichtengagierten als wesentlich besser einschätzen. Somit steigt das subjektive Wohlbefinden durch ein ehrenamtliches Engagement. Das hat auch mit dem hohen sozialen Integrationspotential der engagierten Person zu tun. Gerade in einer alternden Gesellschaft – und angesichts geringer werdender familiärer Unterstützung – hilft vor allem das informelle Engagement, die Teilhabe älterer Menschen am gesellschaftlichen Leben zu sichern. Dadurch sind vielfältige und flexible Formen der Selbstorganisation möglich, die der Lebenssituation älterer Menschen angemessen sind und ihre soziale Integration stärken (ebd.). Allerdings engagieren sich gesunde ältere Menschen auch eher als gesundheitlich beeinträchtigte Ältere.

Handlungsoptionen: Im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements nennt etwa ein Fünftel (21 Prozent) der Befragten „fehlende Informationen“ als Grund für die Nichtaufnahme eines bürgerschaftlichen Engagements. Rund 60 Prozent der Befragten wünschen sich in dieser Hinsicht auch Informationen über lokale Möglichkeiten des Engagements⁴ (ebd. 2011a). In Kommunen können Rahmenbedingungen für die Mitverantwortung von älteren Bürgerinnen und Bürgern in ihrem Gemeinwesen geschaffen werden (Marzluff, Klie 2010). Über die Hälfte der befragten aktuellen und zukünftigen Rentnerinnen und Rentner wünscht sich Informationen zu lokalen Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements als Voraussetzung für den Schritt in ein nachberufliches Engagement (BMFSFJ 2011a).

Praxisbeispiel: Der Landkreis Havelland im Land Brandenburg bietet über die Agentur für Bürgerschaftliches Engagement im „Kompetenzzentrum Havelland“ Engagementmöglichkeiten für ältere Bürgerinnen und Bürger und unterstützt das Projekt „Gesund Altern – Selbstbestimmt Leben im Havelland“ mit ehrenamtlichen Initiativen. Das umfasst eine ehrenamtliche Alltagsbegleitung im häuslichen Bereich, ehrenamtliche Besuchsdienste in Seniorenwohnstätten und ehrenamtliche häusliche Besuchsdienste, um der Vereinsamung Älterer entgegenzuwirken.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.kompetenzzentrum-havelland.de

³ Der Freiwilligensurvey ist eine im Auftrag des BMFSFJ durchgeführte Untersuchung zum Engagement in Deutschland. Sie wurde bislang in drei Wellen – in den Jahren 1999, 2004 und 2009 – durchgeführt.

⁴ Für die Online-Befragung „Übergänge gestalten“ wurde 2009 eine Stichprobe von 556 Personen befragt.

c. Übergang in eine singularisierte Lebensführung

Insgesamt berichten nur wenige Personen in der zweiten Lebenshälfte, sich sehr einsam zu fühlen. Zwischen 1996 und 2008 ist bei Menschen in der zweiten Lebenshälfte ein leichter Rückgang der erlebten Einsamkeit zu beobachten. Die 70- bis 85-Jährigen sind dabei die größten Gewinnerinnen bzw. Gewinner, denn gerade die älteste Gruppe zeigt bei einer vergleichenden Betrachtung verschiedener Altersgruppen die positivste Entwicklung. Dies erklärt sich daraus, dass Menschen zwischen 70 und 85 Jahren objektiv besser sozial integriert sind, z. B. lebten sie im Jahre 2008 häufiger mit einer Partnerin bzw. einem Partner zusammen als noch im Jahre 1996 (Engstler, Tesch-Römer 2010). Die weitverbreitete These, dass die Lebensphase „Alter“ im Allgemeinen durch zunehmende „Entfamiliarisierung“ und „Singularisierung“ geprägt ist, wird zunehmend hinterfragt.

Risiken: Allerdings lässt sich nicht negieren, dass in längsschnittlichen Befragungen älterer Erwachsener ermittelt wurde, dass der Verlust der Partnerin bzw. des Partners eine deutlich zunehmende Einsamkeit zur Folge hat (Dykstra et al. 2005); diese Lücke scheint sich auch nicht durch andere soziale Beziehungen schließen zu lassen. Ein Ergebnis ist z. B., dass ältere Personen, die mit Kindern oder anderen Verwandten, aber ohne Partnerin oder Partner leben, sich oft genauso einsam fühlen wie ältere Personen, die allein leben (Greenfield, Russell 2011). Neben der Einsamkeit hat solch ein Verlust viele weitere Dimensionen, z. B. auch finanzielle.

Grundsätzlich reagiert das soziale Umfeld der Verwitweten zwar unterstützend auf deren Verlusterfahrung und die Anzahl enger Beziehungen mit regelmäßigem Kontakt nimmt nach einer Verwitwung zu. Der allgemeine Bedeutungszuwachs sozialer Beziehungen ist allerdings nicht von Dauer. Vielmehr konzentriert er sich auf die ersten beiden Jahre nach der Verwitwung.

Potentiale: Auch wenn bei dem spezifischen Übergang in die Verwitwung die Verlustorientierung überwiegt und oft pauschal für alle Verwitweten als „Ressourcen-Defizit“ eingestuft wird, so gibt es doch verschiedene Verlustreaktionen von chronischer Trauer über eine schnellere Regeneration bis hin zum positiven Wandel trotz des erlebten Verlustes. Frauen entwickeln öfter als Männer alternative Sichtweisen zur Verlustperspektive und erleben als Witwen ein persönliches Wachstum (Berger 2009).

Obschon das Paarerleben späterer Geburtsjahrgänge als brüchiger beschrieben wird, muss damit nicht eine zunehmende Einsamkeit im Alter für diese Generationen im Alter einhergehen. Nicht-familiale Netzwerke – also Freundschaften, Nachbarschaften und Bekannte – geraten mit vielfältigen Unterstützungsmöglichkeiten in den Fokus und können Einsamkeit entgegenwirken. Diese nehmen mit zunehmendem Alter allerdings auch eher ab.

Handlungsoptionen: Selbsthilfe- und Beratungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen können dabei helfen, sie (wieder) besser in die Gemeinschaft einzubinden. Allerdings wird Einsamkeit häufig von den betroffenen Menschen selbst als Makel erlebt. Dies kann dazu führen, dass sie sich weiter isolieren und die Erreichbarkeit erschwert wird.

Praxisbeispiel: Das „Programm gegen Einsamkeit“ im Kreis Böblingen ist eine kommunale Initiative durch den Kreissenorenrat. In Beratungen unter Beteiligung der Kommunen wurden vier Schritte festgelegt:

1. Beschreibung von bereits bestehenden und nachahmenswerten Projekten,
2. Verstärkung vorhandener und Aufbau neuer Besuchsdienste,
3. Einbeziehung von sog. „Sensitiven Mittlern“, die mit einsamen Menschen Kontakt haben, u. a. Entlass-Schwester in den Kliniken, Soziale Dienste mit Hausbesuchen, Ärztinnen und Ärzte etc.,
4. Aufbau einer Struktur für Aufnahme und Organisation von Besuchswünschen.

Mehr zu diesem Beispiel unter:

www.kreissenorenrat-boeblingen.de/unsere-aktivitaeten/programm-gegen-einsamkeit

d. Übergang aus oder in stationäre Versorgung

Der Übergang von der ambulanten bzw. häuslichen in die stationäre Versorgung ist ein sehr komplexer Vorgang. Aber insbesondere der Übergang von einer stationären Einrichtung in die ambulante und häusliche Umgebung ist häufig problembelastet. Vielfältige Interaktionen, Vernetzungen und Abstimmungen sind erforderlich. Beteiligt sind unterschiedliche Teilsysteme und Institutionen: das entlassende Krankenhaus mit Verwaltungs-, Ärzte- und Pflegesystem, die Familie, Partnerin bzw. Partner, Kinder, die Hausärztin bzw. der Hausarzt und entsprechende Fachärztinnen und -ärzte, Rehaeinrichtungen, Pflegedienste, Beratungsstellen (Wingenfeld 2005) sowie Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Übergangsbewältigung hängt davon ab, in welchen Versorgungssektor gewechselt wird. Das kann den beschriebenen Übergang in die generelle Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ebenso betreffen wie den Übergang in eine neue Wohnform, so z. B. in ein Pflegeheim oder eine andere neue Wohnform.

Risiken: Überraschende und ungeplante Wiedereinweisungen ins Krankenhaus besitzen dagegen ein hohes Belastungspotential (Anderson et al. 1999). Nach der Entlassung aus einem Krankenhaus werden die Probleme in der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen oft erst deutlich und stellen Herausforderungen an ein sektorenübergreifendes Denken (Binner et al. 2012).

Potentiale: Wenn Übergänge aus der stationären Versorgung (z. B. im Krankenhaus) in die häusliche Situation gelingen, erhöht sich die Lebenszufriedenheit älterer Menschen in der Regel wesentlich. Die übergeordnete Aufgabe besteht somit grundsätzlich darin, die mit dem Übergang verbundenen Risiken richtig einzuschätzen. Wenn den Patientinnen und Patienten gezielte Unterstützung für den Wechsel aus bzw. in die stationäre Betreuung angeboten werden kann, wird ein Risiko des Übergangs minimiert (Wingenfeld 2005).

Handlungsoptionen: Ressourcenstärkende Informations-, Schulungs- und Beratungsleistungen rund um den Entlassungsprozess können Sicherheit im Übergang aus der stationären Versorgung nach Hause vermitteln. Einher geht die Beratung und Behandlung der Patientinnen und Patienten mit kooperativen Angeboten anderer Leistungserbringer (Binner et al. 2012). Dabei sollten die Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten der Patientin bzw. des Patienten und seiner Angehörigen im Mittelpunkt stehen. Die Pflegestützpunkte leisten hierzu einen wichtigen Beitrag. Als Beratungsstelle für Menschen mit pflegerischem Hilfebedarf und für Angehörige koordinieren sie pflegerische, medizinische und soziale Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Praxisbeispiel: Die „Essener Leitlinie zur Patientenüberleitung“ ging aus einer kommunalen Initiative hervor, um ein interdisziplinäres und sektorenverbindendes Überleitungsmanagement zu entwickeln. Dieses soll Standards für die Kooperation zwischen Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten, stationären Pflegeeinrichtungen, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für eine ineinandergreifende medizinische, pflegerische und soziale Versorgung setzen. Ziel ist es, Versorgungsbrüche, gesundheitliche Risiken und unnötige Belastungen für Patientinnen und Patienten, Angehörige und Behandelnde zu vermeiden, Folgekosten durch Wiedereinweisungen zu verringern und eine individuell-bedarfsgerechte Versorgung in Essen sicher zu stellen.

Mehr zu diesem Beispiel unter:

<https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/53/gesundheitskonferenz/prsentationpatientenberleitung.pdf>

e. Übergang in chronische Krankheit

Mit dem immer größer werdenden Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft dominieren chronische Krankheitsverläufe zunehmend das Krankheitsspektrum. Da für chronisch Erkrankte Heilung häufig unmöglich ist, müssen Betroffene ihr Leben teilweise grundlegend umgestalten. Dies gilt sowohl für die sozialen und beruflichen Bezüge wie auch für die erprobten Alltagsroutinen (Corbin, Strauss 2004).

Risiken: Chronisch Erkrankte sind oftmals körperlich weniger belastbar, nehmen häufig Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch und werden oft zunehmend hilfs- und pflegebedürftiger. Eine chronische Erkrankung kann die körperlichen Funktionen und die Leistungsfähigkeit plötzlich und dauerhaft beeinträchtigen. Der Umfang, die Art und der Schwierigkeitsgrad sowie der Zeitaufwand der zu leistenden Fürsorge sind nicht konstant, sondern müssen immer wieder neuen Herausforderungen angepasst werden (ebd.). Ältere chronisch Erkrankte erleben neben den Einschränkungen durch die chronische Erkrankung auch die generellen Alterserscheinungen wie z. B. nachlassende Sehkraft, die den Alltag zusätzlich erschweren.

Potentiale: Das Ziel der medizinischen Versorgung verschiebt sich von der Heilung auf die Verbesserung der Lebenssituation. Insbesondere bei den degenerativ verlaufenden Erkrankungen ist die subjektiv empfundene Lebensqualität relevant (Friedrich 2006). In ihrem Verlauf sind chronische Erkrankungen zwar nicht heilbar, aber grundsätzlich durch sekundärpräventive, gesundheitsfördernde und rehabilitative Maßnahmen beeinflussbar (Hurrelmann 2000).

„Mit der Verbreitung von chronischen, nicht heilbaren Krankheiten steigt der Bedarf an Information über Möglichkeiten der Krankheitsbewältigung, Stärkung verbliebener Gesundheitspotentiale und angemessene Behandlungs- und Betreuungsstrategien.“ (ebd. 2001, 43).

Bemessen lässt sich der Erfolg mittels des Konzeptes der subjektiv erlebten Lebensqualität. Zur Sicherung der Lebenszufriedenheit gehört ganz wesentlich, dass die häusliche Situation und ein Leben zu Hause gemeistert wird (Friedrich 2006).

Handlungsoptionen: Wenn alle Möglichkeiten des Versorgungssystems mit einem hohen Maß an Eigenverantwortung und Selbstmanagementkompetenzen ausgeschöpft werden, steigt die Wahrscheinlichkeit einer als hoch erlebten Lebensqualität. Da die Bewältigung chronischer Erkrankung überwiegend im familiären Umfeld stattfindet und durch im Krankheitsverlauf immer wieder neu auftretende Anpassungsleistungen gekennzeichnet ist (Corbin, Strauss 2004), ist die Vermittlung von Bewältigungsstrategien auf dieser Ebene besonders wichtig. Die Sozialdienste der Krankenhäuser und die Beratung durch die Pflegestützpunkte tragen dazu bei, die bestehenden vielfältigen Rehabilitations- und Unterstützungsangebote zu kommunizieren und bei der Suche nach dem passenden Angebot zu unterstützen.

Praxisbeispiel: Der Landkreis Göppingen entwickelt eine kommunale Gesundheitsstrategie. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen Zunahme chronischer Erkrankungen werden Gesundheitsförderung und Prävention immer mehr an Bedeutung gewinnen. Dabei sollen die Menschen wohnortnah erreicht werden. Ziel ist es, eine hohe Lebensqualität der Menschen im Landkreis zu erhalten. Die Teilnehmenden der kommunalen Gesundheitskonferenz verabschiedeten eine Kooperationsvereinbarung, in der sie den Landkreis Göppingen als Gesundheitsstandort gemeinsam voranbringen wollen.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.landkreis-goeppingen.de/Lde/start/Landratsamt/Kommunale+Gesundheitskonferenz.html

f. Übergang in eine neue Wohnform

Auch wenn die Vielfalt potentieller Wohnmodelle für ältere Menschen (z. B. betreute Wohngemeinschaft, Mehrgenerationenwohnhäuser, gemeinschaftliche Wohnprojekte, Senioren-WG oder Wohngruppen im Pflegeheim) stetig zunimmt, lebt dort bisher nur ein kleiner Anteil der über 65-Jährigen. Die Mehrzahl bleibt bis ins hohe Alter in ihrer privaten Wohnumgebung, häufig auch dann, wenn eine Pflegebedürftigkeit einsetzt (Schneekloth, Wahl 2006). Jedoch zeigt sich verstärkt der Wunsch nach individueller Lebensgestaltung, die sich auch auf mögliche Wohnformen auswirkt. So steigt die Nachfrage nach bedarfsgerechten Wohnformen, die pflegebedürftigen Menschen eine umfassende Betreuung bieten und gleichzeitig ein möglichst selbstbestimmtes Leben ermöglichen (www.wohnen-im-alter.de/seniorenratgeber-wohnen-wohnform.html). Ein Wohnungswechsel im Alter kann auch ohne das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit stattfinden, z. B. bei Auszug der Kinder, einer zu großen Wohnung oder bei Verlust des Partners bzw. der Partnerin.

Risiken: Ein unfreiwilliger und/oder ungeplanter Wohnortwechsel bedeutet eine fundamentale Änderung der Lebensumstände und kann sich massiv auf die mentale und psychische Gesundheit eines Menschen auswirken. Ältere wie Angehörige sollten zwischen individuellen Wünschen und Risiken abwägen, die sich zwischen selbstbestimmter, sinnvoll erlebter, aktiver Alltagsgestaltung, Teilhabe, biografischer Kontinuität und sich abzeichnenden Versorgungsbedarfen bewegen.

Potentiale: Mittelfristig liegt der Vorteil von Pflegewohngruppen oder ambulant betreuten Wohngemeinschaften in einer selbständigen Lebensführung in einem häuslichen Umfeld mit einer garantierten Versorgung. Das Modell löst häufig das Dilemma vieler pflegender Angehöriger: sie benötigen physische und psychische Entlastung, möchten aber die hilfebedürftigen Familienmitglieder ungern in die Obhut eines Pflegeheims geben (Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2015).

Aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsformen müssen bei einer Entscheidung für oder gegen eine Wohnform neben dem bedarfsgerechten Angebot und der Qualität der Wohnform auch die jeweiligen Kosten berücksichtigt werden.

Handlungsoptionen: Grundsätzlich ist immer zu überlegen, ob eine Lebensführung im eigenen Haushalt oder in einer anderen/alternativen Wohnform möglich ist. Nachbarschaftshilfe, soziale Dienstleistungen sowie ein altersgerechter Umbau sprechen dafür, in den eigenen vier Wänden zu bleiben. Eine weitere Möglichkeit kann es sein, den Übergang zu erleichtern, indem die älteren Menschen die Möglichkeit haben verschiedene Wohnkonzepte kennen zu lernen, wenn sich die Einrichtungen in den Stadtteil öffnen. Eine wichtige Maßnahme wäre in diesem Feld auch ein Umzugsmanagement, das den Umzug vor- und vor allem nachbereitet (z. B. das Einleben an dem neuen Ort unterstützt).

In Quartierskonzepten und Stadtteilentwicklungsplänen gelangt man über den Aufbau niedrigschwelliger Begegnungs- und Beratungsstellen zu ganz praktischen Angeboten wie Fahr- und Einkaufsdiensten für ältere und pflegebedürftige Menschen. Gerade in ländlichen Regionen spielt der Aufbau solcher Unterstützungsangebote eine wichtige Rolle, um die Selbständigkeit in der häuslichen Umgebung so lange wie möglich zu erhalten.

Praxisbeispiel: In Hanau informieren und beraten mobile Beratungsteams Bürgerinnen und Bürger zu neuen Wohnformen im Alter. Diese wurden unter Einbeziehung freiwilligen Engagements bis 2010 in ausgewählten Regionen aufgebaut. Ziel ist es, Informationen und Orientierungshilfe für ältere Menschen über Wohnmöglichkeiten und -alternativen für ein selbstbestimmtes, sicheres Wohnen im Alter sowie über Fachdienste und Institutionen in diesem Bereich zu vermitteln.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.hanau.de/lih/gesellschaft/alter/projekte/013710

g. Übergang in Hilfe-/Pflegebedürftigkeit

Die demografischen Trends, insbesondere die wachsende Zahl an hochaltrigen Menschen, haben zu einem Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geführt. Für die nächsten Jahre ist im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft auch ein Anstieg der Pflegebedürftigen wahrscheinlich. Erwartet wird ein Anstieg von 2,25 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2007 auf 2,90 Millionen im Jahr 2020. Im Jahr 2030 sind etwa 3,37 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten (12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes).

Der Übergang von einem bereits bestehenden Unterstützungsbedarf zu einem pflegerelevanten Bedarf sollte weitgehend verhindert bzw. solange wie möglich hinausgezögert werden, um dem Wunsch älterer Menschen nach Selbstbestimmung und Autonomie lange gerecht zu werden.

Risiken: Sowohl Pflegebedürftige als auch pflegende Angehörige beschreiben die Umstellung alltäglicher Abläufe, das Zurückstellen von Gewohnheiten und eigenen Bedürfnissen sowie den emotionalen Umgang mit der neuen Situation der Hilfe-/Pflegebedürftigkeit als enorme Anstrengung. Pflege-Expertinnen und -Experten berichten ergänzend von unrealistischen Erwartungen, Unsicherheiten und häufigen Überforderungen, die von den Beteiligten nicht rechtzeitig erkannt werden und die sich belastend auf die Versorgungssituation auswirken (Menzel-Begemann et al. 2014).

Potentiale: Neben Prävention spielt Intervention, also frühzeitig ansetzende, rehabilitationsorientierte Beratungs- und Trainingsangebote, eine Schlüsselrolle (Schneekloth, Wahl 2006). Durch das Erlernen von Pflegehandeln und Stressbewältigungskompetenzen sowie die Weitergabe von Informationen kann ein Selbstmanagement gefördert werden, das sowohl den Pflegebedürftigen wie auch ihren pflegenden Angehörigen zugute kommt. Das führt zur Sicherung der Versorgungsqualität und der Verhinderung von Pflegebedürftigkeit bzw. ihrer Verschlimmerung (Menzel-Begemann et al. 2014).

Handlungsoptionen: Die Möglichkeiten, präventiv eine Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder aber vorhandene Beeinträchtigungen zu kompensieren, werden zunehmend verstärkt. Die Erhaltung entsprechender Potenziale bis ins (hohe) Alter sollte so intensiv wie möglich gefördert werden. Das bezieht sich auf die persönliche Gesundheit, Selbständigkeit, Aktivität und die soziale Eingebundenheit. Bei auftretenden Beeinträchtigungen sollten die Betroffenen und ihre Angehörigen ein niedrigschwellig zugängliches Beratungsangebot (z. B. durch Pflegestützpunkte) vorfinden, das Hilfeangebote vermittelt, die den größtmöglichen Erhalt der Selbständigkeit anstreben. Zudem könnte es helfen, die Pflegeleistungen und die Mobilitätshilfen zu erweitern, d. h. mit mehr finanziellen und personellen Ressourcen auszustatten.

Praxisbeispiel: Das Seniorennetzwerk Schwäbisch-Gmünd als ein beispielhaftes Projekt hat vielfältige Angebote, um bei Hilfebedürftigkeit zu unterstützen bzw. die Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Teilhabe zu ermöglichen. Hierzu zählen die Seniorenbegleitung, aktivierender Hausbesuch, Wohnberatung, ein Seniorenfahrdienst, ein Einkaufsdienst, Mittagstisch, die „Brücke aus der Klinik in den Alltag“, handwerkliche Seniorendienste, ein Sorgentelefon und ein Hospiz. Zudem strebt die Stadt mit dem Projekt „Lokale Allianzen für Menschen mit Demenz“ eine träger- und kompetenzübergreifende Zusammenarbeit und Beschäftigung mit dem Thema Demenz an. Die Sensibilisierung für die Erscheinungsformen und Bedürfnisse der Menschen mit Demenz soll zu einer Veränderung der Wahrnehmung von der reinen Defizitorientierung hin zu einem ressourcenorientierten Blick führen.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.schwaebisch-gmuend.de/6421-Seniorennetzwerk.html

h. „Übergang“ am Lebensende

Mit dem „Übergang“ am Lebensende sind große Ängste verbunden. Etwa die, dass man das die letzte Lebensphase nicht zu Hause verbringen kann, sondern in einem Krankenhaus oder Pflegeheim. Auch die Sorge, anderen Personen zur Last zu fallen und zunehmend abhängig von der Hilfe Anderer zu werden, ist groß. Die Angst vor sozialer Isolation spielt ebenfalls hinein (Kettler 2006).

In etwa einem Viertel aller Fälle findet das Sterben in häuslicher Umgebung statt. Die Unsicherheiten im Umgang mit Sterbenden führen dazu, dass sie häufig kurz vor ihrem Tod aus dem vertrauten Umfeld in stationäre Einrichtungen verlegt werden, vor allem in Krankenhäuser und Pflegeheime. Auch durch den Fortschritt des Rettungswesens ist das Sterben in der gewohnten Umgebung seltener geworden.

Risiken: Die meisten Menschen (95 Prozent) sterben an den Folgen chronischer Krankheiten. Je länger eine Krankheit andauert, je schwerwiegender diese ist und je mehr Pflegeaufwand sie erfordert, umso mehr Bewältigungsressourcen sind notwendig. Aufgrund der erhöhten Unterstützungsbedarfe verlagert sich der Ort des Sterbens von der Familie immer stärker in andere Institutionen (ebd.).

Potentiale: Es bleibt abzuwarten, in welchem Ausmaß die Palliativmedizin und Hospizbewegung individuellere Formen des Sterbens und des Todes möglich machen sowie auch die Praxis des Krankenhauses beeinflussen und prägen werden. Auch in Krankenhäusern gibt es zunehmend Teams zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. So lassen sich bereits Veränderungen in Bezug auf den Umgang mit Sterben und Tod im Krankenhaus beobachten.

Handlungsoptionen: Die Fürsorgeleistungen für Sterbende werden von vielen Akteuren erbracht. Die medizinische Versorgung wird ergänzt durch ehrenamtliche Sterbebegleitung. Ärztinnen und Ärzte, ambulante Pflegedienste und ambulante Hospizdienste arbeiten also zusammen. Für eine gute Palliativ- und Hospizversorgung ist es außerdem wichtig, sich an den Wünschen der sterbenden Menschen und ihrer Angehörigen zu orientieren (vgl. auch die *Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland*). Gerade die Erleichterung der Inanspruchnahme von Hospizdiensten könnte die Abschiednahme und den Trauerprozess der Zurückbleibenden unterstützen (ebd.). Insgesamt scheint es in der Öffentlichkeit zunehmend eine Bereitschaft zu geben, sich mit den Themen Sterben und Tod auseinanderzusetzen (ebd.).

Praxisbeispiel: Die Stadt Koblenz bietet Hospizarbeit an, die bis zum Lebensende die beste Lebensqualität ermöglichen soll. Für ein würdevolles Leben bis zuletzt sorgen geschulte Pflegekräfte und alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte. Durch Schmerztherapie und psychische, soziale und pastorale Begleitung wird die Autonomie des Sterbenskranken gewahrt. Den Angehörigen wird in der Zeit der Pflege und des Abschiednehmens Unterstützung geboten. In der „Hospizarbeit in Koblenz“ reicht das Angebot von der ambulanten bis zur stationären Hospizarbeit, von der Palliativmedizin bis zur ehrenamtlichen Sterbebegleitung.

Mehr zu diesem Beispiel unter: www.koblenz.de/gesundheit_umwelt/hospiz.html

Kontakt

Bitte verstehen Sie das Papier als Arbeitspapier in einem Prozess gemeinsamer Erarbeitung im kommunalen Partnerprozess. Haben Sie Anmerkungen oder Ergänzungen zu den dargestellten Inhalten? Kennen Sie gute Beispiele, bei denen die Gestaltung von Übergängen hervorragend gelungen ist? Bitte teilen Sie uns dies mit!

Ihr Ansprechpartner ist **Roger Meyer**.

Tel.: 030 - 44319083

E-Mail: meyer@gesundheitbb.de

in der Geschäftsstelle des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit bei Gesundheit Berlin-Brandenburg.

Literatur:

- Adams, Christian (2012): Vernetzte Strukturen – ein gelebtes Beispiel aus Nordrhein-Westfalen“. Dokumentation des Fachaustausches des Projektes „Lernen vor Ort“ und des Forums Generationenfreundliches Wandsbek, unter: www.hamburg.de/contentblob/3508186/data/pdf-zusammen-ist-nicht-allein-dokumentation.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Anderson, Mary Ann/Helms, Lelia B./Hanson, Kathleen S./DeVilder, Nancy W. (1999): Unplanned Hospital Readmissions: A Home Care Perspective. *Nursing Research*, 48 (6), S. 299-307.
- Berger, Natalie (2009): Verwitwung und soziale Unterstützung im Alter. In: Informationsdienst Altersfragen 36 (3), 2009, S. 6-9, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_02_2009_Maerz_April_2009_gesamt.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2015): Von Hürden und Helden. Wie sich das Leben auf dem Land neu erfinden lässt. unter: www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Von_Huerden_und_Helden/BI_HuerdenUndHelden_Online-1.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Binner, Ulrich/Ortmann, Karlheinz/Zirnstein, Jenny/Zimmermann, Ralf-Bruno (2012): Sektorenübergreifende Fallkonferenzen. Ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgung und Unterstützung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt. *Informationsdienst Altersfragen* 39 (6), 2012, S. 12-17, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_06_2012_November_Dezember_2012_gesamt_PW.pdf, letzter Zugriff: 16.5.2016.
- BMFSFJ (2016): Der Deutsche Alterssurvey (DEAS) – eine Langzeitstudie über die zweite Lebenshälfte in Deutschland. unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/volltextsuche,did=129486.html, letzter Zugriff: 15.7.2016.
- BMFSFJ (2011a): „Übergänge gestalten. Eine Expertise zu Motivation und Wünschen älterer Beschäftigter in Bezug auf die Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand“. unter: <http://docplayer.org/8673439-Eine-expertise-zu-motivation-und-wuenschen-aelterer-beschaeftigter-in-bezug-auf-die-gestaltung-des-uebergangs-in-den-ruhestand.html>, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- BMFSFJ (2011b): Monitor Engagement. Wie und wofür engagieren sich ältere Menschen? Ausgabe Nr. 4. unter: www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Monitor-Engagement-Nr-4,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Corbin, Juliet M./Strauss, Anselm (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber.
- Dykstra, Pearl A. (2009): Older adult loneliness: Myths and realities. *European Journal of Ageing* 6(2), S. 91-100.
- Engstler, Heribert/Tesch-Römer, Clemens (2010): Lebensformen und Partnerschaft. In: Motel-Klingebiel A./Wurm, S./Tesch-Römer, C. (Hrsg.): Altern im Wandel. Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer, S. 163-187.
- Fehmel, Thilo (2011): Zwischen Gesetz und Tarif. Altersübergänge als Gestaltungsaufgabe. *Informationsdienst Altersfragen* 38 (4), 2011, 9-14, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_04_2011_Juli_August_2011_gesamt_PW.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Friedrich, Hannes (2006): Sterben in Deutschland. In: Kettler, D./Simon, A./Anselm G./Lipp, V./Duttge, G. (Hrsg.): Selbstbestimmung am Lebensende. Göttingen, S. 9-35, unter: www.univerlag.uni-goettingen.de/bitstream/handle/3/isbn-3-938616-65-2/lebensende_book.pdf?sequence=1, letzter Zugriff: 25.5.2016.

- Greenfield, Emily A./Russell, David (2011): That heighten risk for Loneliness in later life: Evidence from the US National Social Life, Health, and Aging Project. *Journal of Applied Gerontology*, 30(4), S. 524-534.
- Griebel, Wilfried/Niesel, Renate (2011): *Übergänge verstehen und begleiten – Transitionen in der Bildungslaufbahn von Kindern*. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich (2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./Laaser, U./Razum, O. (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (4. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Juventa, S. 749-780.
- Hurrelmann, Klaus (2001): Wie lässt sich die Rolle des Patienten stärken? In: v. Reibnitz, C./Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hrsg.): *Der mündige Patient – Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen*. Weinheim/München: Juventa, S. 35-45.
- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitsförderung – Neue Perspektiven für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hrsg.): *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim/München: Juventa, S. 591-607.
- Kettler, Dietrich (2006): Sterben wo und wie? Palliativmedizin – die vierte Dimension in der modernen Gesundheitsversorgung. In: Kettler, D./Simon, A./Anselm G./Lipp, V./Duttge, G. (Hrsg.): *Selbstbestimmung am Lebensende*. Göttingen, S. 150-160, unter: www.univerlag.uni-goettingen.de/bitstream/handle/3/isbn-3-938616-65-2/lebensende_book.pdf?sequence=1, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Katharina Mahne/Julia K. Wolff/Julia Simonson/Clemens Tesch-Römer (Hrsg.) (2016), *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*; unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/DEAS2014_Langfassung.pdf
- Marzluff, Silke/Klie, Thomas (2010): Ältere Menschen in Kommunen – Förderung von Beteiligung und Engagement durch das Programm „Aktiv im Alter“. *Informationsdienst Altersfragen*, 37 (2), 2010, S. 19-23, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_02_2010_Maerz_April_2010_gesamt.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Menzel-Begemann, Anke/Klunder, Britta/Wippermann, Kerstin/Schaeffer, Doris (2014): *Ein neues Versorgungsmodell für den Übergang von der stationären Rehabilitation in die häusliche (Selbst-) Versorgung bei Pflegebedürftigkeit – das Konzept ProPASS*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schneekloth, Ulrich/Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (2006): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung privaten Haushalten. Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, unter: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/Abschnitt-3/8-schlussfolgerungen-sozialpolitische-implikationen-und-ausblick.html>, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Schneider, Norbert (2014): *Lebenspläne und Potenziale älterer Menschen beim Übergang in den Ruhestand*. unter: www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/Newsletter/2014/2014_BIBB_Potenziale_AElderer_Uebergang_Ruhestand.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Tesch-Römer, Clemens/Wiest, Maja/Wurm, Susanne/Huxhold, Oliver (2014): Einsamkeit-Trends in der zweiten Lebenshälfte: Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey. *Informationsdienst Altersfragen*, 41 (1), 2014, S. 3-8, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_01_2014_Januar_Februar_2014_gekuerzt_PW.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.
- Tews, Hans Peter (1993): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, G./Tews, H.P. (Hrsg.): *Lebenslagen im Strukturwandel des Alters*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 15-42.

WHO (1990): Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee. Technical Report Series No 804. Geneva.

Wingenfeld, Klaus (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Bern: Huber.

Wurm, Susanne/Engstler, Heribert/Tesch-Römer, Clemens (2009): Ruhestand und Gesundheit. Informationsdienst Altersfragen, 36 (2), 2009, S. 2-7, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_02_2009_Maerz_April_2009_gesamt.pdf, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Zeman, Peter (2010): Impulse im Schnittpunkt von Altenarbeit und Engagementförderung und regionale Entwicklungen der Zivilgesellschaft. Informationsdienst Altersfragen, 37 (2), 2010, S. 10-16, unter: www.dza.de/fileadmin/dza/pdf/Heft_02_2010_Maerz_April_2010_gesamt.pdf, letzter Zugriff: 27.5.2015.

Weitere Quellen:

Agentur für bürgerschaftliches Engagement. Kompetenzzentrum Havelland, unter: www.kompetenzzentrum-havelland.de, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, unter: www.charta-zur-betreuung-sterbender.de; letzter Zugriff: 12.7. 2016

Essener Leitlinie zur Patientenüberleitung, unter: <https://media.essen.de/media/wwwessende/aemter/53/gesundheitskonferenz/prsentationpatientenberleitung.pdf>, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Hospizarbeit in Koblenz, unter: www.koblenz.de/gesundheit_umwelt/hospiz.html, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Kommunale Gesundheitsstrategie Landkreis Göppingen, unter: www.landkreis-goepingen.de/Lde/start/Landratsamt/Kommunale+Gesundheitskonferenz.html, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Mobile Wohnberatung Hanau, unter: www.hanau.de/lih/gesellschaft/alter/projekte/013710, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Programm gegen Einsamkeit, unter: <http://kreissenorenrat-boeblingen.de/unsere-aktivitaeten/programm-gegen-einsamkeit>, letzter Zugriff: 25.5.2016.

Seniorennetzwerk Schwäbisch-Gmünd, unter: www.schwaebisch-gmuend.de/6421-Seniorennetzwerk.html, letzter Zugriff: 25.5.2016.

ZWAR – Zwischen Arbeit und Ruhestand e.V., unter: www.zwar.org/de/start, letzter Zugriff: 25.5.2016.