



Alt werden in Deutschland

**Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit
der Teilhabechancen**

*Erkenntnisse und Empfehlungen
des Neunten Altersberichts der
Bundesregierung*



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

bmfsfj.de

Vorwort

Liebe Leser*innen,

wir, die elf Mitglieder der Neunten Altersberichts-kommission, haben von der Bundesregierung den Auftrag erhalten, die Vielfalt der Lebenssituationen und die Teilhabemöglichkeiten älterer Menschen in Deutschland zu beschreiben und dabei herauszuarbeiten, inwiefern Teilhabechancen ungleich verteilt sind. Wir sollten der Politik Anregungen dazu geben, wie Teilhabe für alle älteren Menschen sichergestellt und verbessert werden kann.



Wir haben uns dieser Aufgabe mit großem Enthusiasmus gestellt, intensiv miteinander diskutiert, uns mit vielen anderen Fachleuten ausgetauscht und dabei einen Bericht entwickelt, der am Leitbild der selbstbestimmten, gleichberechtigten und mitverantwortlichen Teilhabe ausgerichtet ist. Uns alle eint die Auffassung, dass das Älterwerden der Gesellschaft viele Chancen mit sich bringt, wenn wir richtig damit umgehen, und dass wir die Vielfalt des Alters wertschätzen und der ungleichen Verteilung von Teilhabechancen im Alter entgegenwirken müssen. Diese Haltung bringt auch unser Bericht zum Ausdruck.

In der vorliegenden Broschüre sind die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen aus unserem Bericht zusammengetragen. Ich lade Sie herzlich dazu ein, sich davon anregen zu lassen, mitzudenken, weiter zu diskutieren und vielleicht sogar die Umsetzung von Maßnahmen mitzugestalten. Wir sind gespannt, welche Resonanz unsere Arbeit finden wird!



Prof. Dr. Martina Brandt
Vorsitzende der Neunten Altersberichts-kommission

Inhalt

<i>Leitbegriffe und Argumentation</i>	7
<i>Teilhabechancen in zentralen Lebensbereichen</i>	12
Altersarmut in Deutschland: Herausforderungen und politische Optionen	12
Erwerbsarbeit im Alter: Wer kann, wer will, wer muss?	15
Sorgearbeit – Herausforderungen für pflegende An- und Zugehörige	18
Gesundheitliche Ungleichheit verringern, gesunde Lebenswelten gestalten	20
Bezahlbarer Wohnraum und barrierearme Mobilität als Schlüssel für Teilhabe	24
Lokale Strukturen für soziale Einbindung und Engagement	26
<i>Ageismus erkennen, verhindern und bekämpfen</i>	29
<i>Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: zwischen Teilhabe und Diskriminierung</i>	33
<i>Mehr Sichtbarkeit und diskriminierungsfreie Teilhabe für ältere LSBTI*-Personen</i>	37
<i>Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter</i>	42
<i>Die Mitglieder der Neunten Altersberichtskommission</i>	45
<i>Die Altersberichterstattung der Bundesregierung</i>	46
<i>Download und Bestellung des Neunten Altersberichts</i>	47



Leitbegriffe und Argumentation

Das Leitbild für den Bericht der Neunten Altersberichtscommission ist die selbstbestimmte, gleichberechtigte und mitverantwortliche Teilhabe aller älteren Menschen in Deutschland. Teilhabe ist selbstbestimmt, wenn Menschen ihr Leben aktiv und nach den eigenen Vorstellungen gestalten können. Teilhabe ist gleichberechtigt, wenn Menschen aus allen gesellschaftlichen Gruppen vergleichbare Möglichkeiten zur Verwirklichung ihrer Ziele haben. Und Teilhabe ist mitverantwortlich, wenn Menschen ihren Beitrag zum Gelingen von Gesellschaft leisten.

Teilhabe

Viele Menschen denken bei Teilhabe spontan an soziale Einbindung und Zugehörigkeit. Teilhabe ist als positive Norm weithin anerkannt: Es gibt einen sehr breiten Konsens darüber, dass alle Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können sollten.

Zugehörigkeit im Sinne von Teilhabe setzt voraus, dass Menschen im Rahmen gesellschaftlicher Bedingungen selbstbestimmt ihr Leben führen und dabei zwischen verschiedenen Möglichkeiten der Lebensführung auswählen können. Dies ist den Menschen jedoch unterschiedlich gut möglich. Wie viele und welche Optionen eine Person hat und wie selbstbestimmt sie entscheiden kann, hängt von den persönlichen Voraussetzungen ab, die die Person mitbringt, sowie von den sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die Person entscheidet und handelt. Eine am Leitbild der gleich-

berechtigten und selbstbestimmten Teilhabe im Alter orientierte Politik muss deshalb alle älteren Menschen in die Lage versetzen, vor dem Hintergrund persönlicher und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen ihr Leben nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Sie muss eine befähigende Politik sein und sowohl an den individuellen Kompetenzen und der individuellen Handlungsfähigkeit als auch an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozessen ansetzen.

Teilhabe wird in verschiedenen Lebensbereichen realisiert. Erwerbstätig zu sein, soziale Beziehungen zu pflegen, die eigene Gesundheit zu erhalten, gemäß der eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu wohnen, sich um andere zu kümmern sowie im Gemeinwesen politisch mitzuwirken sind einige der Lebens- und Handlungsbereiche, die viele Menschen als wichtig bewerten. Im Hinblick auf Teilhabe gibt es Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Lebensbereichen. Beispiels-

weise lassen sich bei guter Gesundheit Freundschaften und andere soziale Beziehungen leichter pflegen – und gute Freundschaften und eine gute soziale Einbindung wirken sich nachweislich positiv auf die Gesundheit aus.

Die Kommission schaut in ihrem Bericht darauf, welche Handlungsspielräume ältere Menschen in verschiedenen Lebensbereichen haben und welche Maßnahmen und Unterstützung nötig sind, um *allen* älteren Menschen in den verschiedenen Lebensbereichen ausreichend Handlungsoptionen zu eröffnen. In jeweils einzelnen Kapiteln und auf der Grundlage empirischer Daten werden im Bericht der Kommission die Lebensbereiche materielle Sicherheit, Erwerbsarbeit, Sorgearbeit, Gesundheit, Wohnen, Engagement, politische Beteiligung und soziale Beziehungen beleuchtet. Eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe ist es, über ausreichende materielle Ressourcen zu verfügen – der Kommissionsbericht beginnt deshalb mit der Betrachtung materieller Ressourcen und Armut im Alter sowie sozialpolitischer Maßnahmen zur Verhinderung und Bekämpfung von Altersarmut.

Bei älteren Menschen können Lebenssituationen mit stark eingeschränkter Teilhabe entstehen, wenn sie in Armut und in prekären Wohnverhältnissen leben, physisch und/oder psychisch krank sind oder Gewalt erfahren.

Wenn eine Person keine oder nur wenige Teilhabechancen hat, wenn einer Person also nur geringe oder keine Handlungsspielräume bei der Gestaltung ihres Lebens offenstehen, kann von Ausgrenzung gesprochen werden. Bei älteren Menschen können Lebenssituationen mit stark eingeschränkter Teilhabe entstehen, wenn sie in Armut und in prekären Wohnverhältnissen leben, physisch und/oder psychisch krank sind oder Gewalt erfahren. Auch in Lebenssituationen, bei denen Pflegebedürftigkeit, soziale Isolation und Einsamkeit zusammentreffen, können Teilhabechancen eingeschränkt sein. Welche Lebenssituationen von Ausgrenzung gekennzeichnet sind, ab wann ausreichende Teilhabechancen gegeben sind und ab wann volle und umfangreiche Teilhabe erreicht ist, sind Fragen der gesellschaftlichen Aushandlung und Übereinkunft.

Die Kommission zeigt in ihrem Bericht auf: Das seniorenpolitische Versprechen, gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe für alle älteren Menschen sicherzustellen, erfordert besondere Aufmerksamkeit für sozial benachteiligte Gruppen. Dazu gehören ältere Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte, ältere LSBTI*-Personen und weitere im sozial- und seniorenpolitischen Diskurs bislang eher unterrepräsentierte Gruppen, die sich in vulnerablen Lebenssituationen befinden. Ihre Teilhabechancen sind häufig gefährdet oder nicht ausreichend gegeben. Die Teilhabe-Perspektive ist also mit einer erhöhten Sensibilität für soziale Ausgrenzung verbunden.

Vielfalt und Diversität

Die Neunte Altersberichtskommission hat den Auftrag bekommen, die Unterschiedlichkeit der Lebenssituationen älterer Menschen aufzuzeigen. In ihrem Bericht hebt sie daher die große Vielfalt des Lebens im Alter hervor. Ob man den Gesundheitszustand, die kognitive Leistungsfähigkeit, die materielle Situation, die geschlechtliche und sexuelle Identität, die sozialen Beziehungen oder andere Merkmale untersucht – in vielen Hinsichten sind die Unterschiede zwischen gleichaltrigen oder altersähnlichen älteren Menschen oft sehr groß.

Vereinfachende und undifferenzierte Altersbilder werden den tatsächlichen Unterschieden, die es zwischen älteren Menschen gibt, nicht gerecht. Wegen der großen Unterschiede, die es zwischen gleichaltrigen oder altersähnlichen Menschen geben kann, ist es auch nicht immer hilfreich, Menschen aus nahe beieinanderliegenden Jahrgängen zu „Generationen“ zusammenzufassen (etwa die Baby-Boomer, die 68er, die Millenials sowie die Generationen X, Y und Z) und jeder dieser Generationen bestimmte Eigenschaften zuzuschreiben. Auch wenn Menschen aus denselben oder nahe beieinander liegenden Geburtsjahrgängen in der Regel bestimmte Erfahrungen teilen, basiert ein solcher „Generationalismus“ mitunter auf vereinfachenden und stereotypisierenden Darstellungen. Insbesondere wenn verschiedene Generationen gegeneinander ausgespielt werden, kann dies Generationenkonflikte befördern.

Diversität wird vor allem mit Merkmalen wie Alter, Herkunft, Körperlichkeit sowie geschlechtlicher und sexueller Identität verbunden. Diversität als positive Norm betont, dass Menschen mit unterschiedlichen Ausprägungen der genannten Merkmale dennoch alle einzigartige und wertvolle Mitglieder der Gesellschaft sind und dasselbe Recht auf Teilhabe haben. Faktisch jedoch erfahren Menschen mit bestimmten Ausprägungen dieser Diversitätsmerkmale oftmals Diskriminierung. Dies kann die individuelle Entwicklung der betroffenen Personen behindern und ihre Handlungsspielräume einschränken. Weil Teilhabe immer auch gleichberechtigte Teilhabe ist und sein muss, erfordert sie immer auch die Freiheit von Diskriminierung. Die Kommission widmet deshalb den häufig von Diskriminierung betroffenen älteren Menschen mit Migrationsgeschichte und älteren LSBTI*-Personen jeweils ein eigenes Kapitel in ihrem Bericht. Zugleich lenkt sie damit den Blick auf zwei Gruppen, die in der Politik für ältere Menschen und in der Altersforschung bislang wenig Aufmerksamkeit erfahren haben.

Soziale Ungleichheit und Intersektionalität

Um Altersdiskriminierung zu bekämpfen, ist es wichtig, sich die Vielfalt der Lebenssituationen und die Diversität älterer Menschen bewusst zu machen und anzuerkennen, dass bei all dieser Vielfalt und Unterschiedlichkeit alle älteren Menschen den gleichen Anspruch auf Teilhabechancen haben. Zugleich sind die Lebenssituationen älterer Menschen unterschiedlich mit Privilegien und Benachteiligungen verknüpft.

Die Neunte Altersberichtskommission berücksichtigt in ihrem Bericht, dass Menschen nicht nur in einzelnen Bereichen (zum Beispiel beim Einkommen, bei der Schul- und Ausbildung oder bei den Möglichkeiten, die eigene Gesundheit zu erhalten) benachteiligt sein können. Vielmehr kommen in der Regel Benachteiligungen in verschiedenen Bereichen zusammen und verstärken sich gegenseitig. So geht Armut oft mit einem niedrigen Bildungsstand einher, und beides kann wiederum in Wechselwirkung mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehen. Wenn in solchen Situationen beispielsweise noch Sprachbarrieren oder besondere Belastungen durch Sorgearbeiten dazu kommen, ist Teilhabe oftmals nur eingeschränkt möglich. Die Lebenssituationen mancher älterer Menschen sind in diesem Sinne von sich überlagernden und sich teilweise verstärkenden Benachteiligungen geprägt. Um dies angemessen zu berücksichtigen, werden die Lebenssituationen älterer Menschen im Kommissionsbericht – sofern es die empirische Datenlage zulässt – aus einer intersektionalen Perspektive betrachtet. Eine solche

Es ist wichtig, sich die Vielfalt der Lebenssituationen und die Diversität älterer Menschen bewusst zu machen und anzuerkennen, dass bei all dieser Vielfalt und Unterschiedlichkeit alle älteren Menschen den gleichen Anspruch auf Teilhabechancen haben.

Perspektive thematisiert die gesellschaftlichen Strukturen, die die Verteilung von Benachteiligungen und Privilegien prägen. Die so sichtbar werdenden Macht- und Ungleichheitsstrukturen beeinträchtigen meist über den gesamten Lebensverlauf hinweg die Entwicklung individueller Handlungskompetenzen und können zu Mehrfachdiskriminierungen und Einschränkungen von Teilhabemöglichkeiten führen. Eine intersektionale Perspektive ermöglicht es, Ungleichheiten im Alter differenziert in den Blick zu nehmen.

In diesem Sinne betrachtet die Kommission in einem Kapitel ihres Berichts drei Fallbeispiele und arbeitet das kumulative und sich zum Teil gegenseitig verstärkende Zusammenwirken (die „intersections“) mehrerer Ungleichheitsmerkmale heraus. Anhand der Fallbeispiele wird deutlich, in welchem großem Maße strukturelle Rahmenbedingungen individuelle Teilhabechancen im Lebensverlauf beeinflussen können.

Mit Hilfe der intersektionalen Perspektive können Teilhabechancen und Unterstützungsbedarfe in unterschiedlichen vulnerablen Lebenssituationen im Alter sowie daraus entstehende politische Herausforderungen besser identifiziert werden, als wenn nur auf einzelne Benachteiligungen geschaut wird. Dabei zeigt sich, dass eine teilhabeorientierte Politik für ein gutes Leben im Alter nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie an den vorhandenen multidimensionalen Ungleichheitsstrukturen ansetzt und verschiedene Handlungs- und Politikfelder umfasst. Im abschließenden Kapitel ihres Berichts skizziert die Kommission deshalb Grundzüge einer ressortübergreifenden, verschiedene Handlungsfelder übergreifenden Politik für ein gutes Leben im Alter.



Die Altersberichterstattung der Bundesregierung

In jeder Legislaturperiode beruft das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Namen der Bundesregierung eine wissenschaftliche Sachverständigenkommission und beauftragt sie mit der Erstellung eines Berichts zu einem vorgegebenen, senienpolitisch relevanten Thema. Die unabhängige Sachverständigenkommission erarbeitet in rund zweijähriger Arbeit ihren Bericht und übergibt ihn dem BMFSFJ. Unter der Federführung des BMFSFJ erstellt dann die Bundesregierung eine Stellungnahme zum Bericht der Sachverständigenkommission. Der Kommissionsbericht und die Stellungnahme der Bundesregierung ergeben zusammen den Altersbericht der Bundesregierung und werden als Bundestags-Drucksache veröffentlicht.

Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Neunten Altersberichts der Bundesregierung (die Neunte Altersberichtscommission) wurde am 22. Juli 2022 von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Lisa Paus, berufen. Am 11. Juli 2024 übergaben die elf Expert*innen aus Psychologie, Sozialwissenschaft, Gerontologie, Gesundheitswissenschaft und Sozialpolitik der Bundesministerin ihren Bericht mit dem Titel „Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen“.



Teilhabechancen in zentralen Lebensbereichen

Die materielle Lage, Erwerbsarbeit, Sorgearbeit, Gesundheit und Versorgung, Wohnen, Partizipation und soziale Einbindung sind Lebensbereiche, die für Teilhabe im Alter besonders wichtig sind. Die Neunte Altersberichtskommission hat diese Lebensbereiche in ihrem Bericht deshalb genauer betrachtet. Sie hat dazu wissenschaftliche Studien ausgewertet und eine Vielzahl von empirischen Erkenntnissen aufbereitet. Auf diese Weise konnte sie Anhaltspunkte dafür zusammentragen, wie in den genannten Lebensbereichen Teilhabeschancen unterschiedlich verteilt sind.

Altersarmut in Deutschland: Herausforderungen und politische Optionen

Eine auskömmliche materielle Situation ist eine wichtige Voraussetzung dafür, das eigene Leben in der Nacherwerbsphase selbstbestimmt und nach den eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Materielle Sicherheit ist eine Vorbedingung für gesellschaftliche Teilhabe auch in vielen anderen Lebensbereichen. Sie hat deshalb einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden im Alter.

Die empirischen Befunde zur materiellen Lage älterer Menschen in Deutschland zeigen ein ambivalentes Bild: Einerseits haben sich die Alterseinkommen in den letzten Jahren insgesamt positiv entwickelt. Sowohl die

gesetzlichen Renten als auch die Gesamteinkommen im Alter sind gestiegen. Andererseits sind die Einkommensunterschiede zwischen älteren Menschen groß: Erhebliche Ungleichheiten zeigen sich zwischen Männern und Frauen, zwischen Menschen in westdeutschen und ostdeutschen Regionen sowie insbesondere zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund beziehungsweise mit und ohne deutsche Staatsbürgerschaft. Die höchsten durchschnittlichen Alterseinkommen haben verheiratete westdeutsche Männer ohne Migrationsgeschichte und mit deutscher Staatsangehörigkeit; die niedrigsten durchschnittlichen Alterseinkommen beziehen alleinstehende Frauen mit Migrationsgeschichte und ohne deutsche Staatsangehörigkeit.

Die Einkommensarmut von älteren Menschen hat in den letzten zwei Jahrzehnten überproportional zuge-



nommen. Eine Person gilt als armutsgefährdet, wenn sie über weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens der Gesamtbevölkerung verfügt. Laut Statistischem Bundesamt waren im Jahr 2022 rund 18 Prozent der Personen ab 65 Jahren von Armut bedroht. Auch der Grundsicherungsbezug im Alter ist ein Indikator für Armut. Die Anzahl der Empfänger*innen von Grundsicherung im Alter hat sich seit der Einführung der Leistung im Jahr 2003 mehr als verdoppelt, der relative Anteil der älteren Menschen mit Grundsicherungsbezug liegt hingegen seit Jahren einigermaßen konstant zwischen drei und vier Prozent. Allerdings gibt es einen erheblichen Anteil an sogenannter „verdeckter“ oder „verschämter“ Altersarmut. So nehmen Schätzungen zufolge etwa 60 Prozent der eigentlich berechtigten Personen die Grundsicherung im Alter nicht in Anspruch. Häufig geschieht dies, weil die Leistungen nicht

bekannt sind oder die Anspruchsberechtigten Angst vor Behördengängen, vor sozialer Kontrolle und vor einem möglichen Rückgriff auf das Einkommen ihrer Kinder haben. Auch Scham und Stigmatisierungsängste spielen eine Rolle. Ähnliche Zugangshemmnisse gibt es bei der sozialen Schuldner*innenberatung – und dies, obwohl die Überschuldungsquoten älterer Menschen in den letzten zehn Jahren deutlich zugenommen haben.

Für die Zukunft ist zu erwarten, dass das Risiko unzureichender Alterseinkommen für bestimmte Bevölkerungsgruppen weiter zunehmen wird. Hiervon betroffen sind insbesondere Haushalte in Ostdeutschland, Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen, ältere alleinstehende Frauen, Personen mit längeren Phasen der Arbeitslosigkeit und Menschen mit Migrationsgeschichte – teils mit Überschneidungen zwischen diesen Gruppen.

Armut ist ein wesentlicher Grund dafür, dass Teilhabemöglichkeiten begrenzt sind. Es muss deshalb ein zentrales Ziel einer teilhabeorientierten Politik für ältere Menschen sein, Altersarmut zu vermeiden und für möglichst alle älteren Menschen eine mindestens auskömmliche materielle Situation sicherzustellen. Das Einkommen im Alter ist im Wesentlichen das Resultat des individuellen Verlaufs des Erwerbslebens und seiner institutionellen Rahmung und Bewertung. Wer viele Jahre nicht oder nur geringfügig beschäftigt war oder im Niedriglohnsektor gearbeitet hat, verfügt meist nicht über ein ausreichendes Einkommen im Alter. Auch frühe gesundheitliche Einschränkungen, eine Migrationsbiografie, Phasen der ungesicherten Selbstständigkeit, längere Erwerbsunterbrechungen aufgrund von Sorgearbeit wie Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen sowie die Ausweitung des Niedriglohnsektors können Ursachen für geringe Alterseinkommen sein.

Die Neunte Altersberichtskommission fordert Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, um schon während des Erwerbslebens Altersarmut proaktiv zu verhindern. In Zeiten des demografischen Wandels und zunehmenden Fachkräftemangels sollten der Gesetzgeber und die Betriebe die Rahmenbedingungen des Erwerbslebens so gestalten, dass sie unterschiedlichen Lebenssituationen besser gerecht werden. Im Mittelpunkt sollte dabei stehen, möglichst durchgängige Erwerbs- und Vorsorgebiografien zu fördern und zu ermöglichen. Sichere Arbeitsplätze mit individuell ausreichenden Erwerbseinkommen führen in der Regel auch zu einem auskömmlichen Einkommen im Alter. Die immer noch deutlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Erwerbsbeteiligung sowie bei der Entlohnung sollten minimiert und die Erwerbstätigkeit von Frauen gefördert werden; in diesem Zusammenhang

sollten steuerliche und soziale Fehlanreize abgebaut werden. Die Kommission empfiehlt beispielsweise, das Ehegattensplitting im Hinblick auf seine Folgen für die Erwerbstätigkeit und die Alterssicherung von Frauen zu überprüfen und weiterzuentwickeln.

Diese auf das Erwerbsleben bezogenen Maßnahmen sollten durch eine Alterssicherungspolitik ergänzt werden, die einen ausreichenden Lebensstandard im Alter gewährleistet und damit soziale Ungleichheiten im Alter begrenzt. Für die Gesetzliche Rentenversicherung (GRV) als tragende Säule des deutschen Alterssicherungssystems sollte auch über das Jahr 2025 hinaus ein gesetzlich kodifiziertes, langfristiges Sicherungsziel (Mindestrentenniveau) festgelegt werden, das die angemessene Teilhabe von Rentner*innen an der gesellschaftlichen Wohlstandsentwicklung gewährleistet und jüngeren Beitragszahler*innen ein verlässliches Sicherungsversprechen gibt, an dem sie sich bei ihrer Lebensplanung orientieren können. Diskontinuierliche Erwerbsbiografien, niedrige lebensdurchschnittliche Verdienste etwa aufgrund von Krankheit oder Sorgertätigkeiten sowie Phasen der Arbeitslosigkeit sollten in der GRV besser abgesichert werden. Notwendig ist auch eine weitere Verbesserung der Absicherung des Erwerbsminderungsrisikos.

Die Kommission weist zudem auf dringenden Handlungsbedarf hin, um „verdeckte“ Armut sowie Überschuldungssituationen im Alter zu bekämpfen und zu vermeiden. Bund, Länder und örtliche Sozialhilfeträger sollten Barrieren wie Unwissenheit und Scham durch verbesserte Informationen sowie durch eine gezielte De-Stigmatisierung des Grundsicherungsbezugs abbauen. Der Zugang zu Transfer- und Beratungsleistungen – auch zur sozialen Schuldner*innenberatung – sollte erleichtert werden.



Erwerbsarbeit im Alter: Wer kann, wer will, wer muss?

Erwerbsarbeit – sei es vor dem Rentenbezug oder im „Ruhestand“ – kann für ältere Menschen einen wichtigen Bereich der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben darstellen. Erwerbstätigkeit sichert nicht nur das Einkommen, sondern stärkt auch soziale Netzwerke und fördert das Gefühl, gebraucht zu werden. Die Chancen für ältere Beschäftigte, bis zum regulären Renteneintrittsalter oder darüber hinaus arbeiten zu können, sind jedoch sehr unterschiedlich verteilt.

Erwerbsarbeit vor dem Rentenbezug

Seit vielen Jahren nimmt die Erwerbstätigkeit älterer Arbeitnehmer*innen bis zum Übergang in den „Ruhe-

stand“ zu. Allerdings unterscheidet sich der Erwerbsumfang zwischen älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern immer noch deutlich, auch wenn sich dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen in den letzten zwanzig Jahren verringert hat. Frauen arbeiten häufiger als Männer in Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen, womit (zumindest in großen Teilen) auch die anhaltend niedrigeren Löhne und Alterseinkommen von Frauen im Vergleich zu Männern erklärt werden können.

Ob eine Person bis zur Regelaltersgrenze oder darüber hinaus arbeiten kann, hängt wesentlich davon ab, ob sich die Erwerbstätigkeit, der sie nachgeht, gesundheitsförderlich oder gesundheitsbelastend auswirkt. Wann ein Ausstieg aus dem Erwerbsleben erfolgt, ist stark von der Branche – und hier insbesondere von den Arbeits-

bedingungen – abhängig. Menschen sind meist weniger lang erwerbstätig, wenn sie in Bereichen arbeiten, in denen sie körperlich schwere Arbeiten ausführen oder häufig Nacht- und Schichtarbeit ausüben. Auch eine hohe Arbeitsintensität, fehlende oder geringe eigene Gestaltungsspielräume sowie mangelnde Anerkennung führen häufig zu einem frühen Erwerbsende. Oft treten belastende Risikofaktoren bei der Arbeit gehäuft auf, sodass einige Menschen aufgrund ihrer Arbeitsbedingungen und -belastungen kaum eine Chance haben, die Regelaltersgrenze bei guter Gesundheit zu erreichen. Belastungen im Laufe des gesamten Erwerbslebens beeinflussen die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten im Alter, sodass auch soziale und gesundheitliche Unterschiede mit dem Alter zunehmen.

Eine altersgerechte Arbeitsgestaltung, Weiterbildungsangebote und flexible Arbeitsmodelle können dazu beitragen, dass ältere Beschäftigte länger gesund, motiviert und leistungsfähig am Erwerbsleben teilnehmen können.

Allerdings ist nicht nur die Gesundheit älterer Beschäftigter dafür entscheidend, wie lang sie arbeiten können, wollen oder auch müssen. Der Erwerbsaustritt wird auch von anderen Faktoren beeinflusst, beispiels-

weise von der individuellen wirtschaftlichen Situation. Für Personen mit niedrigen Einkommen, die keine gute finanzielle Absicherung für das Alter haben, ist ein früher Ausstieg aus der Erwerbstätigkeit häufig keine Option, weil ein vorzeitiger Rentenbezug mit Abschlägen verbunden ist. Eine tatsächliche „Wahlfreiheit“, das Erwerbsleben vorzeitig zu beenden, gibt es aus diesem Grund meist nur für Menschen mit höheren Einkommen. Es zeigen sich also große soziale Unterschiede hinsichtlich der Voraussetzung für ältere Beschäftigte, bis zum regulären Renteneintrittsalter (oder darüber hinaus) arbeiten zu können.

Eine altersgerechte Arbeitsgestaltung, Weiterbildungsangebote und flexible Arbeitsmodelle können dazu beitragen, dass ältere Beschäftigte länger gesund, motiviert und leistungsfähig am Erwerbsleben teilnehmen können. Gerade in Berufen mit hohen körperlichen und psychischen Belastungen ist eine lebenslauforientierte und ganzheitliche Beschäftigungs- und Personalpolitik wichtig. Die Neunte Altersberichtskommission empfiehlt, gelungene Beispiele für eine solche Beschäftigungs- und Personalpolitik bekannt zu machen und zu verbreiten.

Ebenso sollte eine Wiederbeschäftigung älterer Arbeitnehmer*innen nach Erwerbsunterbrechungen oder Tätigkeitswechseln erleichtert werden. Hier könnten Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung mit Anreizstrukturen und engmaschiger Beratung für Beschäftigte und für Betriebe hilfreich sein. Insgesamt sollte der Grundsatz „Prävention vor Rehabilitation vor Rente“ gestärkt und eingehalten werden.

Allerdings können – insbesondere in stark belastenden Berufen und Branchen – gesundheitsbedingte Frühverrentungen nicht vollständig vermieden werden. Für betroffene Beschäftigte ist eine sozial abgefederte Option für einen frühen und flexibel gestalteten Renteneintritt zu entwickeln. Förderlich wäre in diesem Zusammenhang, wenn älteren Beschäftigten ein Recht auf Reduzierung der Arbeitszeit in mehreren Schritten bis zur Rente gewährt würde.

Erwerbsarbeit im „Ruhestand“

Immer mehr Menschen gehen im „Ruhestand“ einer bezahlten Arbeit nach. Im Jahr 2022 waren es 1,4 Millionen Menschen ab 65 Jahren, das sind etwa acht Prozent dieser Altersgruppe. Rentner*innen mit Erwerbseinkommen sind zu einem hohen Anteil selbstständig, gut qualifiziert und bei guter Gesundheit. Ihre Erwerbstätigkeiten sind überwiegend Minijobs und Teilzeiterwerbstätigkeiten, oftmals einfache Tätigkeiten im Dienstleistungsbereich, vor allem in kleinen Betrieben. Häufig suchen sich Rentner*innen Erwerbstätigkeiten, die sich im Vergleich mit ihren vorherigen, regulären Erwerbstätigkeiten durch ein flexibles Arbeitsumfeld und einen wertschätzenden Umgang miteinander auszeichnen.

Die Erwerbstätigkeit parallel zum Rentenbezug wird dadurch erleichtert und gefördert, dass in den letzten Jahren eine Vielzahl von institutionellen Rahmenbedingungen flexibilisiert wurden. Seit der Umsetzung des „Flexirentengesetzes“ kann mittlerweile jede*r parallel zum vollen Rentenbezug arbeiten und dabei sogar weitere Rentenanwartschaften aufbauen. Auch für Betriebe ist durch arbeitsrechtliche Sonderregelungen, die sich vor allem auf Befristungsmöglichkeiten beziehen, eine Beschäftigung von Rentner*innen gezielt planbar, risikoarm und attraktiv.



Es wird geschätzt, dass bis zu einem Drittel der erwerbstätigen Rentner*innen arbeiten muss, um Armut zu vermeiden.

Es gibt viele Beweggründe für eine Erwerbstätigkeit im Rentenalter: Bei manchen ist es die Freude an der Tätigkeit, bei anderen der finanzielle Druck oder eine Mischung aus beidem. Es wird geschätzt, dass bis zu einem Drittel der erwerbstätigen Rentner*innen arbeiten muss, um Armut zu vermeiden. Insbesondere bei Frauen ist die Erwerbstätigkeit im Rentenalter häufig eine Reaktion auf niedrige Renten und Rentenabschläge oder kritische Lebensereignisse (wie zum Beispiel Scheidung oder Verwitwung).

Insgesamt möchten immer mehr Menschen im Rentenalter erwerbstätig sein, sodass die Kommission empfiehlt, Möglichkeiten der Erwerbsbeteiligung im „Ruhestand“ weiter zu verbessern und bestehende Barrieren, insbesondere auf betrieblicher Ebene, weiter abzubauen. Darüber hinaus sollten in der Sozial- und Rentenpolitik Maßnahmen umgesetzt werden, die verhindern, dass immer mehr Rentner*innen sich gezwungen sehen, wegen zu niedriger Renten über das Renteneintrittsalter hinaus erwerbstätig zu sein.

Sorgearbeit – Herausforderungen für pflegende An- und Zugehörige

Die Pflege von An- und Zugehörigen ist in Deutschland ein zentraler Bestandteil des Pflegesystems und die häufigste Form der pflegerischen Versorgung. Vier von fünf Pflegebedürftigen in Deutschland werden zu Hause versorgt und dies überwiegend von An- und Zugehörigen. Allerdings wird Sorgearbeit und Pflege nicht immer ganz freiwillig übernommen: Oftmals fehlen finanzielle Mittel, um Pflegeleistungen einzukaufen oder gewerbliche Pflegeleistungen werden nicht im erforderlichen Maß oder nicht ausreichend passgenau angeboten. In vielen Fällen verändert die Übernahme von unbezahlten Pflege- und Sorgeaufgaben das Leben der Beteiligten über eine lange Zeit und führt bei intensiver Pflege bei den pflegenden An- und Zugehörigen zu Überlastungen und starken Einschränkungen in anderen Lebensbereichen.

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig.

Pflege und Unterstützung von An- und Zugehörigen werden immer noch überwiegend von Frauen erbracht – obwohl die Erwerbsbeteiligung von Frauen in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Geschlechterunterschiede zeigen sich insbesondere darin, dass Frauen wesentlich häufiger die Hauptpflegepersonen sind und damit intensiver pflegen als Männer. Dies bedeutet, dass die Pflegesituation von Männern meist mit einer besseren Vereinbarkeit mit anderen Lebensbereichen und weniger belastenden Pflegebeziehungen verbunden ist als die der Frauen.

Ein Großteil der älteren Pflegepersonen fühlt sich durch die Pflege überfordert. Insbesondere die alltägliche Grundpflege wird als emotional schwierig und körperlich belastend erlebt. Zudem sehen sich viele der pflegenden Angehörigen in ihrer Privatsphäre, ihren Freizeitaktivitäten und in ihrem Sozialleben stark eingeschränkt. Nur wenigen gelingt es überhaupt, Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen.

In Deutschland sind etwa zwei Drittel aller pflegenden Angehörigen unter 65 Jahren erwerbstätig. Wenn pflegerische Versorgung mit beruflichen Verpflichtungen vereinbart werden muss, hat dies in der Regel nicht nur negative Auswirkungen auf das Wohlergehen und die physische und psychische Gesundheit, sondern auch auf die finanzielle und soziale Sicherheit. Je länger die Pflege andauert und je höher der Pflegeaufwand ist, desto häufiger reduzieren pflegende Angehörige ihre Arbeitszeit oder geben ihre Erwerbstätigkeit ganz auf. Untersuchungen zeigen auch in diesem Kontext soziale Unterschiede und Ungleichheiten auf: Teilzeiterwerbstätige pflegende Personen (meist Frauen) mit niedrigem Einkommen und niedriger beruflicher Stellung über-



nehmen häufiger umfangreichere Pflegearbeit und reduzieren auch häufiger ihre Arbeitszeit als vollzeiterwerbstätige Personen mit höheren Einkommen.

Es ist für viele Menschen herausfordernd, gleichzeitig erwerbstätig zu sein und Sorgearbeit für ältere An- und Zugehörige zu leisten. Um Menschen besser darin zu unterstützen, beides zu vereinbaren, empfiehlt die Neunte Altersberichtskommission, die Familienpflegezeit weiterzuentwickeln: Wenn eine an- und zugehörige Person ihre Erwerbstätigkeit zeitweise aufgibt, um eine andere Person zu pflegen, sollte der Wegfall des Erwerbseinkommens zusätzlich zu den Leistungen der Pflegeversicherung kompensiert werden. Die Familienpflegezeit und die Pflegezeit sollten mit einer Lohnersatzleistung aufgewertet werden.

Die Herausforderungen bezüglich der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege werden vor dem Hintergrund der angespannten Lage in der ambulanten Versorgung und einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger wachsen und gesellschaftlich sowie politisch an Brisanz gewinnen. In einer älter werdenden und vielfältigen Gesellschaft sollte deshalb möglichst viel Unterstützungspotenzial auch über verwandtschaftliche Beziehungen hinaus mobilisiert werden. Die bereits bestehenden Gesetze zur Pflegezeit und Familienpflegezeit sollten deshalb auch auf nicht-verwandtschaftliche Beziehungen erweitert werden. Das Vorhaben der Bundesregierung, die Rolle von Wahl- und Verantwortungsgemeinschaften gesetzlich neu zu rahmen, wird vor diesem Hintergrund von der Kommission ausdrücklich begrüßt. Mit der Aufwertung von Verantwortungsgemeinschaften

kann der Vielfalt der Lebensentwürfe in unserer Gesellschaft stärker Rechnung getragen werden. Auch jenseits von Familienbeziehungen, zum Beispiel in engen Freundschaften oder Wohngemeinschaften, sollte es möglich sein, die Übernahme von Verantwortung (etwa bei Sorgearbeit) unbürokratisch rechtlich abzusichern.

Darüber hinaus fordert die Kommission Bund, Länder und Kommunen dazu auf, Maßnahmen zur Unterstützung und Entlastung pflegender An- und Zugehöriger (etwa Beratungsangebote, Kurzzeitpflege oder Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention) auszubauen. Unterstützungsangebote für Pflegende sowie für Gepflegte sollten für unterschiedliche spezifische Bedürfnisse entwickelt und angeboten werden. Zudem könnte ein individuell abgestimmter „Hilfe-Mix“ aus professionellen Dienstleistern sowie Unterstützung aus Familie, Nachbarschaft und Ehrenamt dazu beitragen, dass Sorgetätigkeiten von An- und Zugehörigen nicht über das gewünschte Maß hinaus gehen müssen und damit insgesamt die Pflege qualitativ verbessert werden kann.

Gesundheit und Teilhabe hängen eng miteinander zusammen und beeinflussen sich wechselseitig – bis ins hohe Alter.

Gesundheitliche Ungleichheit verringern, gesunde Lebenswelten gestalten

Gesundheit und Teilhabe hängen eng miteinander zusammen und beeinflussen sich wechselseitig – bis ins hohe Alter. Einerseits ist eine gute körperliche und seelische Gesundheit eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe in vielen Lebensbereichen. Im höheren Lebensalter häufiger auftretende chronische körperliche Erkrankungen, zunehmende Funktionseinschränkungen oder psychische Erkrankungen können zum Beispiel die soziale Einbindung, die gesellschaftliche Mitwirkung oder eine Erwerbs- und Sorgetätigkeit erschweren. Andererseits wird die Gesundheit unter anderem von der materiellen Situation, der Qualität des Wohnens, der Einbindung in soziale Netzwerke und sozialen Aktivitäten beeinflusst. Geringe oder fehlende Teilhabe in diesen und anderen Lebensbereichen senken nicht nur die Lebensqualität, sondern können auch die psychische und physische Gesundheit von Menschen erheblich beeinträchtigen.

Die Neunte Altersberichtskommission beleuchtet in ihrem Bericht die gesundheitliche Situation älterer Menschen und zeigt, dass die Chancen auf gute Gesundheit nach Alter, Geschlecht sowie sozio-ökonomischem Status ungleich verteilt sind. Die jeweiligen Lebensbedingungen haben über den Lebensverlauf hinweg einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit im Alter. Insgesamt zeigt sich, dass die Gesundheit insbesondere von Personen mit niedrigen Bildungsabschlüssen und niedrigen Einkommen schlechter ist als von Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen und höheren Einkommen.



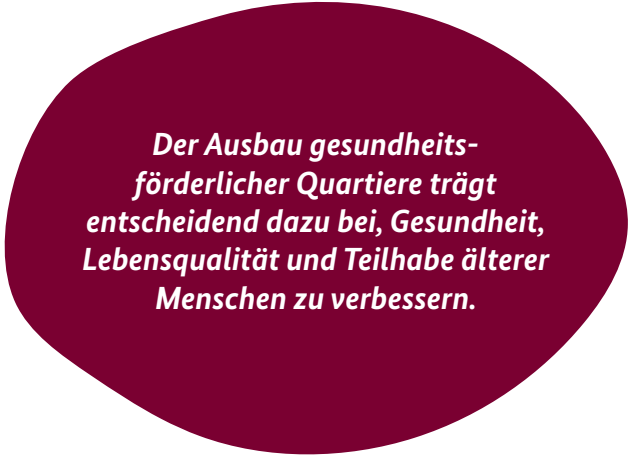
Für das Wohlbefinden und die Gesundheit älterer Menschen sind soziale Beziehungen, emotionale und praktische Unterstützung sowie gesellschaftliche Aktivitäten von großer Bedeutung. Ältere Menschen, die ein hohes Maß an sozialer Unterstützung und sozialer Einbindung erfahren, fühlen sich wohler, haben mehr Selbstvertrauen und verhalten sich gesundheitsförderlicher als ältere Menschen, die weniger unterstützt werden und weniger gut eingebunden sind. Ältere Menschen mit geringer sozialer Unterstützung, wenigen sozialen Beziehungen und wenig Vertrauen in andere Menschen sind hingegen häufiger von Stress und Funktionseinschränkungen sowie verschiedenen Krankheiten – darunter auch Demenz – betroffen. Insbesondere geringe Kontrollerfahrungen in Bezug auf das eigene Leben (häufig verbunden mit einem niedrigen sozio-ökonomischen

Status) ziehen langfristige gesundheitliche Nachteile nach sich.

Aufgrund abnehmender Mobilität gewinnen die Wohnung, der Wohnort und das Wohnumfeld mit dem Älterwerden an Bedeutung. Umso mehr fallen die ungleichen Gesundheitspotenziale und Gesundheitsrisiken ins Gewicht, die mit unterschiedlichen Wohnsituationen und Wohnquartieren verbunden sind. So führt beispielsweise ein eingeschränktes Sicherheitsempfinden in der Wohnumgebung (etwa aufgrund von Nachbarschaftskonflikten, hohem Verkehrsaufkommen oder mangelnder Beleuchtung) nachweislich zu geringerer Aktivität, schlechterer psychischer Gesundheit und erhöhtem Stressempfinden. Auch Umweltbelastungen im Wohnumfeld (wie Luftschadstoffe, Lärm oder

starke Hitzebelastungen) bringen – insbesondere für ältere und chronisch kranke Menschen – eine Vielzahl an Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit mit sich. Benachteiligte ältere Menschen sind hiervon deutlich stärker betroffen als besser gestellte Personen, denn sie können aufgrund ihrer insgesamt geringeren Ressourcen die Belastungen in ihrem Wohnumfeld schlechter kompensieren. Als gesundheitlich besonders vulnerabel gelten hochaltrige Menschen, alleinlebende ältere Frauen, ältere Menschen mit Migrationsgeschichte, demenziell Erkrankte und von Armut betroffene ältere Menschen – und insbesondere solche, die mehrere dieser Risiken auf sich vereinen.

Die Kommission mahnt vor diesem Hintergrund an, vor allem benachteiligte städtische und ländliche Sozialräume gesundheitsförderlich sowie alters- und teilhabefreundlich zu gestalten. Der Ausbau gesundheitsförderlicher Quartiere trägt entscheidend dazu bei, Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe älterer Menschen zu verbessern: Klug angelegte Grünräume können Umweltbelastungen in Städten verringern und gleichzeitig gemeinsame Aktivitäten fördern. Eine menschenfreundliche Verkehrspolitik sowie Hitzeaktionspläne können gesundheitliche Belastungen abbauen. Niedrigschwellig zugängliche Treffpunkte ermöglichen soziale Begegnungen und damit gegenseitige Unterstützung. Kommunale Akteure in den Bereichen Gesundheitswesen, Sport, Altenhilfe und Quartiersentwicklung sollten sich dafür engagieren, dass niedrigschwellige gesundheitsförderliche Angebote für ältere Menschen deutlich ausgeweitet und lokal beworben werden. Dabei sollte dafür Sorge getragen werden, dass Programme der Prävention und Gesundheitsförderung auch benachteiligte ältere und hochaltrige Menschen erreichen.



Der Ausbau gesundheitsförderlicher Quartiere trägt entscheidend dazu bei, Gesundheit, Lebensqualität und Teilhabe älterer Menschen zu verbessern.

Darüber hinaus kommt es wesentlich auf die Verfügbarkeit und Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung an, wenn Gesundheit und Lebensqualität älterer Menschen trotz altersbedingter Einbußen bestmöglich unterstützt werden sollen. Seit einigen Jahren verschärfen sich allerdings Versorgungslücken in der medizinischen und pflegerischen Versorgung – insbesondere in peripheren ländlichen Gebieten. Solche Versorgungsprobleme wirken sich bei benachteiligten Gruppen besonders negativ aus: Vor allem ältere Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status oder mit einer Migrationsgeschichte haben oftmals Nachteile in der medizinischen und pflegerischen Versorgung, etwa beim Zugang zu Haus- und Fachärzt*innen, zu Pflegeeinrichtungen oder bei der Qualität der Versorgung. Zudem führen steigende Zuzahlungen zu Pflegeleistungen bei finanziell schlecht ausgestatteten Haushalten zu Risiken der Unter- oder Fehlversorgung.

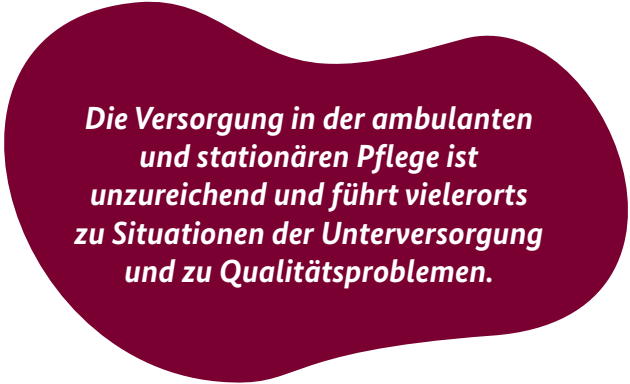
Eine interprofessionelle und integrierte geriatrische Versorgung ist zentral für eine bedarfsgerechte Versorgung älterer Menschen. Eine enge Kooperation von

Leistungserbringern (beispielsweise Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren und Rehabilitationseinrichtungen) kann die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung erheblich verbessert werden. Durch Abstimmung und Kooperation kann zum Beispiel vermieden werden, dass Leistungen doppelt oder gar nicht erbracht werden. Außerdem können Medikationsfehler vermieden, die Kommunikation mit Patient*innen verbessert und Rehabilitationspotenziale besser genutzt werden, sodass im besten Fall Krankenhausaufenthalte und Umzüge in ein Pflegeheim abgewendet werden können. Die geriatrische Versorgungsstruktur ist in Deutschland immer noch schwach entwickelt; insbesondere in der ambulanten geriatrischen Versorgung gibt es in vielen Regionen erhebliche Lücken.

Die Versorgung in der ambulanten und stationären Pflege ist unzureichend und führt vielerorts zu Situationen der Unterversorgung und zu Qualitätsproblemen. Gerade die angespannte wirtschaftliche Situation vieler Pflegeheime, die stark gestiegenen Eigenbeiträge der Bewohner*innen von Pflegeheimen sowie die zum Teil dramatischen Personalengpässe stellen das Pflegewesen sowie pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen vor große Herausforderungen.

Die Kommission fordert die Bundesregierung dazu auf, einen gesetzlichen Rahmen zu schaffen, der für alle älteren Menschen eine bedarfsgerechte, diskriminierungsfreie und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und Pflege gewährleistet. Insbesondere in peripheren ländlichen und in benachteiligten städtischen Regionen sollten Versorgungsstrukturen gestärkt und Unterversorgung abgebaut werden. Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen sollte stärker in die

Pflicht genommen werden, flächendeckend in ganz Deutschland eine ausreichende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Zugehende Unterstützungsangebote und präventive Hausbesuche können den Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen sowie zu sozialen und gesundheitsförderlichen Einrichtungen und Netzwerken erleichtern und sollten aus Sicht der Kommission deshalb flächendeckend etabliert werden. Um Pflegeberufe sowie Gesundheits- und Sozialberufe attraktiver zu machen, sollten Bund und Länder in Kooperation mit den Tarifpartnern Arbeitsbedingungen verbessern, Qualifizierungswege flexibilisieren und die interprofessionale Zusammenarbeit fördern. Die Konzentrierte Aktion Pflege (KAP) sollte konsequent weiterverfolgt und umgesetzt werden.



Die Versorgung in der ambulanten und stationären Pflege ist unzureichend und führt vielerorts zu Situationen der Unterversorgung und zu Qualitätsproblemen.

Möglichkeiten der Kommunen, die Strukturen der Gesundheits- und Pflegeversorgung vor Ort bedarfsgerecht und integriert zu gestalten, sollten substantiell erweitert werden. Hierfür sollten Bund und Länder sowohl gesetzliche Zuständigkeiten und Kompetenzen als auch finanzielle Ressourcen auf die kommunale Ebene übertragen.



Bezahlbarer Wohnraum und barrierearme Mobilität als Schlüssel für Teilhabe

Bezahlbarer und altersgerechter Wohnraum, die lokale Infrastruktur für die Versorgung mit Dienstleistungen und Gütern des täglichen Bedarfs sowie die soziale Einbindung älterer Menschen im Wohnumfeld prägen die Teilhabechancen älterer Menschen wesentlich mit. Die Neunte Altersberichtscommission betrachtet in ihrem Bericht deshalb das Wohnen zuhause sowie das Leben im unmittelbaren Nahbereich rund um die Wohnung, also in einer Nachbarschaft, einem Stadtteil, einem Viertel oder einem Dorf.

Zur gesellschaftlichen Teilhabe gehört es, angemessen wohnen zu können und sich „in den eigenen vier Wänden“ und im näheren Wohnumfeld wohlfühlen. Allerdings sind in den letzten Jahren in vielen Regionen und Städten die durchschnittlichen Wohnkosten deutlich angestiegen, die durchschnittlichen Alterseinkommen haben sich jedoch nicht im gleichen Maß entwickelt. Für immer mehr ältere Menschen wird es deshalb immer schwieriger, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung zu bezahlen. Vor allem in Großstädten gibt es derzeit viel zu wenig erschwinglichen Wohnraum. Um die Teilhabe aller älteren Menschen zu gewährleisten, muss sichergestellt werden, dass sich auch arme oder armutsgefährdete Haushalte Wohnraum leisten können. Die Kommission fordert den Bund deshalb dazu auf, das Wohngeld so zu gestalten, dass auch bei

Für immer mehr ältere Menschen wird es immer schwieriger, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohnung zu bezahlen.

steigenden Mieten die Wohnbedarfe wohngeldberechtigter älterer Menschen abgedeckt werden können. Zugleich ruft sie die Länder dazu auf, den Bestand an Sozialwohnungen nicht weiter schrumpfen zu lassen, sondern ihn vielmehr wieder auszubauen und bedarfsgerecht zu verteilen. Die Kommunen sollten gemeinsam mit den Akteuren der lokalen Wohnungsmärkte lokal angepasste Strategien für die Versorgung armer oder armutsgefährdeter älterer Menschen mit geeigneten Wohnungen entwickeln und die dafür zur Verfügung stehenden wohnpolitischen Instrumente konsequent nutzen.

Wenn gesundheitliche Einschränkungen zunehmen, können Treppen, Schwellen, schmale Türen oder enge Flächen in der Wohnung zu Barrieren werden, die das Alltagsleben von gesundheitlich eingeschränkten älteren Menschen erschweren. Die Kommission empfiehlt Maßnahmen, um eine bedarfsangemessene Versorgung mit barrierereduziertem Wohnraum zu gewährleisten: Das KfW-Programm „Altersgerecht umbauen“ sollte vor allem in seiner Zuschussvariante weitergeführt werden.

Des Weiteren sollte der barrierereduzierende Umbau von Wohnungen gefördert und es sollten Finanzierungsmodelle entwickelt werden, bei denen sich außer den Bewohner*innen der Wohnungen auch andere Akteure (u. a. Bund, Länder, Kommunen, Pflegekassen und Verbände von Wohnungsgesellschaften und Wohnungsunternehmen) an den Kosten beteiligen. Außerdem sollten flächendeckend Wohnberatungsstellen bereitgestellt werden.



Den öffentlichen Raum barrierearm gestalten

Mobilität im öffentlichen Raum ist eine zentrale Voraussetzung für Teilhabe. Außerhalb der Wohnung mobil sein zu können, trägt wesentlich zur Lebenszufriedenheit bei, anders herum werden gesundheitsbedingte Einschränkungen der Mobilität als ein Verlust erlebt, der die Lebenszufriedenheit deutlich verringert. Die Möglichkeiten, mobil zu sein, nehmen mit zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen ab und Menschen mit niedrigen Einkommen können dies oftmals schlechter kompensieren als Menschen mit höheren Einkommen. Um Teilhabechancen für alle älteren Menschen zu erhalten, sollten deshalb nicht nur im Wohnraum Barrieren abgebaut beziehungsweise ausreichend neue Wohnungen barrierearm geplant und gebaut werden, sondern auch der öffentliche Raum und der ÖPNV sollten barrierearm gestaltet werden.

Lokale Strukturen für soziale Einbindung und Engagement

Partizipation hat viele Facetten: Zum Beispiel können sich ältere Menschen freiwillig engagieren, sie können politisch aktiv sein, Bildungsaktivitäten nachgehen oder sich am kulturellen Leben beteiligen. Die Neunte Altersberichtskommission beleuchtet in ihrem Bericht, in welchem Maße ältere Menschen in Deutschland an den genannten Formen der Partizipation beteiligt sind und welche Unterschiede dabei zwischen verschiedenen sozialen Gruppen sichtbar werden. In allen von der Kommission betrachteten Bereichen der gesellschaftlichen Partizipation (freiwilliges Engagement, politische Mitwirkung, Bildungsaktivitäten und die Nutzung kultureller Angebote) sind ältere Menschen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status und niedrigen Bildungsabschlüssen deutlich seltener beteiligt als Menschen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status und höheren Bildungsabschlüssen. Hochaltrige Frauen sind durchgängig deutlich benachteiligt. Die niedrige Beteiligung dieser Gruppen an den genannten Formen der Partizipation ist auf geringe individuelle Ressourcen und hohe Barrieren beim Zugang zu den entsprechenden Angeboten und Möglichkeiten zurückzuführen.

Zivilgesellschaftliche Organisationen, die freiwilliges Engagement vermitteln und tragen, sollten größere Anstrengungen unternehmen, um auch älteren Menschen Gelegenheiten für freiwilliges Engagement zu bieten. Es sollte älteren und hochaltrigen Personen nicht nur möglich sein, ein bestehendes Engagement möglichst lange weiterzuführen, sondern auch, ein neues Engagement aufzunehmen. Auch für Menschen mit geringen Ressourcen sollten die Organisationen der

Zivilgesellschaft einen niedrigschwelligen Zugang zum freiwilligen Engagement ermöglichen. Die Kommission empfiehlt der Bundesregierung, in ihrer Engagementstrategie soziale Ungleichheit und das hohe Alter explizit zu adressieren.

Die Länder und die Kommunen haben aus Sicht der Kommission dafür Sorge zu tragen, dass alle älteren Menschen Gelegenheit zur selbstbestimmten Teilnahme an politischen Prozessen haben, unabhängig von ihrer Lebens- und Wohnsituation. Insbesondere hochaltrige Menschen und Menschen in stationären Einrichtungen sollten immer die realistische Möglichkeit haben, zum Beispiel an politischen Wahlen teilzunehmen.

Die Kommission empfiehlt den Ländern, verstärkt in die Entwicklung von Konzepten und Strukturen für lebenslange Bildung und kulturelle Teilhabe zu investieren. Es sollten Angebote speziell für jene älteren Menschen entwickelt werden, die wegen Seh- oder Hörbeeinträchtigungen, wegen Mobilitätseinschränkungen oder aufgrund sozio-ökonomischer oder sozio-kultureller Benachteiligung Bildungsangebote und kulturelle Angebote bislang wenig nutzen konnten.

Ältere Menschen haben größere Chancen auf Teilhabe, wenn sie an ihrem Wohnort sozial eingebunden sind, also ausreichend viele und enge soziale Beziehungen haben. Mit anderen Menschen gemeinsam unternommene Aktivitäten wirken sich in der Regel positiv auf Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität aus. Zu wenige bedeutsame soziale Kontakte zu haben, kann andersherum zum Erleben von sozialer Exklusion oder Einsamkeit führen. Soziale Exklusion liegt vor, wenn Menschen sich nicht als ein Teil der Gesellschaft fühlen, sondern sich als ausgeschlossen oder ausge-



grenzt wahrnehmen und ist ein starker Indikator für eingeschränkte Teilhabechancen. Insgesamt fühlen sich fünf Prozent aller Menschen ab 50 Jahren in Deutschland ausgegrenzt. Im sehr hohen Alter (ab 80 Jahren) steigt der Anteil derjenigen, die sich ausgegrenzt fühlen, deutlich an: Insbesondere hochaltrige Menschen mit niedrigen Bildungsabschlüssen (über 20 Prozent fühlen sich ausgegrenzt) sowie hochaltrige Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen (über 25 Prozent fühlen sich ausgegrenzt) sind betroffen.

Auch Einsamkeit ist eine subjektive Wahrnehmung, nämlich das Gefühl, nicht die gewünschte Anzahl oder Qualität von Beziehungen zu haben. Bei älteren Menschen erhöhen vor allem körperliche Einschränkungen sowie ein niedriges Einkommen die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person sich einsam fühlt. Einsamkeit ist inzwischen als ernstzunehmendes Problem mit nach-

weisbaren negativen gesundheitlichen Folgen bei den betroffenen Menschen anerkannt.

Um die soziale Einbindung älterer Menschen zu stärken, empfiehlt die Kommission den Kommunen, die nachbarschaftliche Integration, den sozialen Zusammenhalt und die Mobilität älterer Menschen zu fördern. Quartiersorientierte Projekte wie zum Beispiel inklusive Begegnungsstätten sind hierbei sinnvoll. Generell tragen gesundheitsförderlich gestaltete Sozialräume dazu bei, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern sowie Pflegebedürftigkeit zu verhindern, zu vermindern oder hinauszuzögern. Kommunen sollten im Rahmen von Quartiersentwicklung die im Sozialraum vorhandenen infrastrukturellen Ressourcen mobilisieren und so organisieren, dass die Versorgung älterer Menschen mit hausmeisterlichen, hauswirtschaftlichen und pflegerischen Dienstleistungen verbessert werden kann.



Ageismus erkennen, verhindern und bekämpfen

Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe zu haben setzt voraus, dass Menschen bei der Gestaltung ihres Lebens Handlungsoptionen haben und ihre Vorstellungen von einem guten Leben verwirklichen können. Ageismus schränkt Handlungsmöglichkeiten und damit die Teilhabechancen vieler älterer Menschen ein und sollte deshalb verhindert und bekämpft werden.

Ageismus tritt immer dann auf, wenn Menschen aufgrund ihres Alters auf bestimmte Weise bewertet oder behandelt werden, obwohl die entsprechende Beurteilung oder Behandlung nicht gerechtfertigt ist. Es geht bei Ageismus also um ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen älterer Menschen im Vergleich mit jüngeren Menschen aufgrund ihres Alters. Verglichen mit dem Bewusstsein für ungerechtfertigte Ungleichbehandlung aufgrund anderer Merkmale (etwa bei Sexismus aufgrund des Geschlechts oder bei Rassismus aufgrund der Herkunft oder des Aussehens) ist in Deutschland das Bewusstsein für Ageismus noch sehr gering; ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen aufgrund des Alters werden vergleichsweise selten in Frage gestellt oder angeprangert, auch nicht von älteren Menschen selbst. Die Neunte Altersberichtskommission möchte daher für ageistisches Denken und Handeln sowie für ageistische Strukturen sensibilisieren.

Ageismus kommt in vielen Formen vor, zwischen denen es fließende Übergänge und Wechselwirkungen gibt. Es gibt ageistische Vorstellungen und Einstellungen, ageistisches Handeln und Verhalten sowie ageistische normative und institutionelle Strukturen.

Ageistische Einstellungen

Individueller Ageismus findet in den Köpfen der Menschen statt – als stereotype Vorstellungen von älteren Menschen, vom Altern und von der Lebensphase Alter. Ausdrucksformen hiervon sind gefühlsmäßige Bewertungen älterer Menschen sowie bestimmte Meinungen und Überzeugungen über deren vermeintlich typische Eigenschaften, äußerliche Merkmale und Verhaltensweisen. Im Bereich der Gesundheit ist dies beispielsweise die verbreitete Annahme, dass das Älterwerden natürlicherweise mit dem Auftreten vieler

Krankheiten einhergehe („Das ist halt so.“) und dass eine medizinische Behandlung im höheren Lebensalter keine große Verbesserung mehr bewirken könne („Das lohnt nicht mehr.“). Letztendlich können solche Annahmen dazu führen, dass ältere Menschen medizinisch nicht so gut versorgt werden wie jüngere Menschen. Individuelle Altersbilder haben in der Regel eine normative, bewertende Komponente: Sie sind nicht nur vereinfachende Vorstellungen davon, wie ältere Menschen sind und was sie tun, sondern auch davon, was man für das höhere Lebensalter für angemessen hält, also davon, wie ältere Menschen vermeintlich sein sollten und was sie vermeintlich tun sollten. Menschen aller Altersgruppen haben ageistische Altersbilder – auch ältere Menschen selbst. Verinnerlichte Altersbilder können dazu führen, dass ältere Menschen Altersdiskriminierung als solche gar nicht wahrnehmen, sich nicht gegen Altersdiskriminierung wehren und die ihnen zustehende Rechte nicht einfordern.

Viele Menschen aller Altersstufen orientieren sich in ihrem Handeln und Verhalten mehr oder weniger an verbreiteten Annahmen darüber, „wie ältere Menschen sind“ oder „was ältere Menschen normalerweise tun“.

Ageismus in Interaktionen

Ageistisches Handeln und Verhalten in zwischenmenschlichen Interaktionen wird von individuellen Altersbildern geprägt: Viele Menschen aller Altersstufen orientieren sich in ihrem Handeln und Verhalten mehr oder weniger an verbreiteten Annahmen darüber, „wie ältere Menschen sind“ oder „was ältere Menschen normalerweise tun“. Im Abgleich mit diesen Annahmen bewerten sie das Verhalten älterer Menschen und richten ihr eigenes Verhalten und ihre Kommunikation in der Interaktion mit älteren Menschen an diesen Annahmen und Bewertungen aus. Ein Beispiel dafür ist, wenn angenommen wird, dass ältere Menschen nicht gut hören und nicht ausreichend gut und schnell begreifen und deshalb in Interaktionen mit älteren Menschen ähnlich wie mit Kleinkindern gesprochen wird: laut und langsam und in sehr einfachen Sätzen (sogenannter „Secondary Baby Talk“). Auch manche älteren Menschen lassen sich in ihrem Handeln bisweilen von solchen Annahmen leiten. Dies kann sich beispielsweise darin äußern, dass sie ein Hobby, das sie eigentlich interessiert, nicht aufnehmen oder erlernen, weil sie der Meinung sind, dass dies ihrem Alter nicht angemessen sei oder dass man im höheren Lebensalter nichts mehr lernen könne.

Ageistische Strukturen

Ageismus kann sich auch in Gesetzen, Regelungen und institutionellen Strukturen niederschlagen, von denen dann eine ungerechtfertigte strukturelle Ungleichbehandlung älterer Menschen ausgeht. Im Gesundheitswesen ist der vorherrschende Mangel an alterns-

sensiblen Behandlungsangeboten und die insgesamt defizitäre gerontologische Qualifikation in vielen Gesundheitsberufen ein Ausdruck von Ageismus. Auch eine Rationierung von Gesundheitsleistungen nach dem Lebensalter ist ein Indikator für strukturellen Ageismus.

Mit Blick auf strukturellen Ageismus werden insbesondere Altersgrenzen kontrovers diskutiert. Altersgrenzen gibt es in unterschiedlichen Bereichen: etwa bei der Schulpflicht, beim aktiven und passiven Wahlrecht, bei der Festlegung von Ansprüchen auf Versorgungsleistungen oder als Obergrenze für das Ausüben von Ämtern und Tätigkeiten. Altersgrenzen haben unterschiedliche Funktionen: So sollen manche Altersgrenzen ältere Menschen schützen (etwa bei Kündigungsschutzklau-seln), andere Altersgrenzen wiederum sollen die Allgemeinheit schützen (etwa als Höchstalter für besonders belastende Berufe im Sicherheitswesen).

Altersgrenzen, mit denen das Ende einer Tätigkeit definiert wird, werden in der Regel mit einem Recht auf Ruhestand und Rückzug oder mit der Annahme einer altersbedingt nachlassenden Leistungsfähigkeit begründet. Die Alternsforschung hat jedoch gezeigt, dass es in vielen Tätigkeitsbereichen zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmer*innen nur wenige mit dem Lebensalter zusammenhängende Unterschiede in der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit gibt. Außerdem sind die Unterschiede innerhalb der Gruppe der älteren Menschen so groß, dass das Lebensalter keinen Rückschluss auf die Leistungsfähigkeit einer einzelnen Person erlaubt. Die Kommission fordert deshalb, Altersgrenzen stärker in Frage zu stellen. Sie sollten regelmäßig mit empirischen Forschungsergebnissen überprüft und gegebenenfalls angepasst oder aufgegeben werden.

Ageismus wirkt sich nachteilig auf die gesundheitliche Entwicklung älter werdender Menschen aus: In vielen empirischen Studien wurde inzwischen nachgewiesen, dass negative Altersbilder und erlebte Altersdiskriminierung mit einer ungünstigen gesundheitlichen Entwicklung zusammenhängen. Ageismus führt dazu, dass sich ältere Menschen zurückziehen und das Gefühl haben, nicht mehr gebraucht zu werden oder unerwünscht zu sein. Zur Bekämpfung von Ageismus fordert die Kommission Bund, Länder und zivilgesellschaftliche Akteure deshalb dazu auf, Kampagnen gegen Ageismus durchführen. Ziel solcher Kampagnen sollte es sein, Menschen unterschiedlicher Altersgruppen dazu zu motivieren, ihre Altersbilder und ihr auf ältere Menschen bezogenes Verhalten zu reflektieren und gegebenenfalls zu verändern. Die Kampagnen sollten für ageistische Tendenzen sensibilisieren und ein Bewusstsein für Situationen schaffen, in denen (ältere) Menschen Ageismus und Diskriminierung ausgesetzt sind.

Die Bekämpfung von Ageismus ist eine komplexe und langfristige gesellschaftliche Aufgabe und sollte auch über aufklärende und bewusstseins-schaffende Kampagnen hinaus institutionell verankert und gestärkt werden. Die Kommission fordert deshalb die Bundesregierung dazu auf, die Erarbeitung und Verabschiedung einer Konvention der Vereinten Nationen für die Rechte älterer Menschen zu unterstützen. Eine solche Konvention hätte das Ziel, die bestehenden allgemeinen Menschenrechte für die Gruppe der älteren Menschen zu sichern und die Position älterer Menschen als Träger*innen von Rechten zu stärken. Die Umsetzung einer Altenrechtskonvention würde in Deutschland dazu beitragen, ageistische Strukturen und Verhaltensweisen besser zu erkennen und abzubauen.



Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte: zwischen Teilhabe und Diskriminierung

Migration hat in Deutschland eine lange Geschichte und der demografische Wandel hat inzwischen auch die zugewanderte Bevölkerung erreicht. Die Neunte Altersberichtskommission geht in ihrem Bericht der Frage nach, wie das Älterwerden im Kontext von Migration in Deutschland verläuft und inwiefern eine Migrationsgeschichte die Teilhabechancen älterer Menschen beeinflusst.

Heute leben etwa 2,5 Millionen Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland, die 65 Jahre alt und älter sind. Diese Gruppe ist sehr heterogen: Die zugewanderten Menschen hatten verschiedene Motive für ihre Migration und kommen aus sehr unterschiedlichen Herkunftsregionen. In der Zeit von 1944 bis 1949 sind etwa 12 bis 14 Millionen Menschen als sogenannte Vertriebene in das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland geflohen. In den 1950er bis 1970er Jahren kamen durch Anwerbeabkommen vor allem jüngere Menschen nach Deutschland – zunächst meist nur für einen temporären Arbeitsaufenthalt und mit einer hohen Rückkehrorientierung. Ihr Leben in Deutschland war zunächst nicht auf eine langfristige gesellschaftliche Teilhabe ausgerichtet. Eine weitere große Gruppe der mittlerweile älteren Menschen mit Migrationsgeschichte in Deutschland stellen die (Spät-)Aussiedler*innen aus der Sowjetunion und ab 1991 aus ihren Nachfolgestaaten dar. Obgleich die (Spät-)Aussiedler*in-

nen im Hinblick auf die Angebote, die ihnen gemacht wurden (deutsche Staatsangehörigkeit, Deutschkurse und berufliche Eingliederung) vergleichsweise privilegiert waren, ging ihre Zuwanderung zumeist mit sozialen Abstiegsprozessen im Vergleich zu ihrer sozialen Position in ihrem Herkunftsland einher.

Die politischen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen für die Einwanderung nach Deutschland haben sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert. Die Erfahrungen zugewanderter Menschen sind deshalb sehr verschieden – je nachdem, von wo und wann sie eingewandert sind, welcher Aufenthaltsstatus ihnen zugewiesen wurde und welche sozialen Statuspositionen damit verbunden waren und sind. Als Folge sind die Teilhabechancen zugewanderter und heute in Deutschland lebender älterer Menschen ungleich verteilt.

Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte weisen im Vergleich zu älteren Menschen ohne Migrationsgeschichte im Durchschnitt ein niedrigeres formales Bildungsniveau auf. Diese Bildungsungleichheit ist unter anderem eine Folge des migrationspolitischen Ansatzes, über viele Jahre hinweg Menschen gezielt für niedrig qualifizierte Arbeitsplätze anzuwerben. Zudem wurden im Herkunftsland erworbene Bildungsabschlüsse oftmals nicht anerkannt. Dies ist mit ein Grund dafür, dass ältere Migrant*innen im Vergleich zu Menschen ohne Migrationsgeschichte einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind. Insbesondere ältere Frauen mit nichtdeutscher Staatsangehörigkeit tragen ein hohes Armutsrisiko und sind häufig auf Grundsicherung im Alter angewiesen. Neben Einkommensnachteilen im Niedriglohnssektor und längeren Phasen von Arbeitslosigkeit ist auch das teils höhere Alter zum Zeitpunkt der Migration und ein damit verbundener später Einstieg in die Beschäftigung in Deutschland ein Grund für niedrige Einkommen im Alter.

Im Vergleich zu älteren Menschen ohne Migrationserfahrungen besitzt ein geringerer Anteil von älteren Menschen mit Migrationserfahrung Wohneigentum. Menschen mit Migrationserfahrung wohnen im Durchschnitt auf weniger Wohnfläche und sind mit ihrer Wohnsituation weniger zufrieden als ältere Menschen ohne Migrationserfahrung. Hinsichtlich ihrer Gesundheit zeigt sich, dass die ersten Einwanderungsgenerationen in Deutschland insgesamt eine erhöhte gesundheitliche Vulnerabilität im Alter aufweisen. Eine längere Aufenthaltsdauer im Zuwanderungsland erhöht das Risiko für chronische Erkrankungen. Besonders negative Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit zugewanderter Menschen haben Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen.

Unter älteren Menschen mit einer Migrationsgeschichte sind sowohl Personen, die in ihr Herkunftsland zurückkehren, als auch Personen, die aufgrund fester sozialer Bindungen, einer allgemeinen Entfremdung von ihrem Herkunftsland oder aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Deutschland verbleiben. Darüber hinaus gibt es ältere Migrant*innen, die zwischen Deutschland und ihrem Herkunftsland pendeln. Pendelmigration erlaubt es, Lebenswelten in Deutschland und dem Herkunftsland zu verknüpfen und drückt sich in einem transnationalen Lebensstil aus, der mit Vor- und Nachteilen verbunden ist. Einerseits stellt das Pendeln eine Möglichkeit für ältere Migrant*innen dar, ihre sozialen Kontakte sowohl in ihrem Herkunftsland als auch in Deutschland aufrechtzuerhalten. Andererseits birgt ein solcher transnationaler Lebensstil gesundheitliche Risiken, etwa wenn durch längere Aufenthalte im Herkunftsland eine benötigte ärztliche und medikamentöse Versorgung nicht kontinuierlich gewährleistet werden kann.

Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus haben besonders negative Auswirkungen auf die seelische und körperliche Gesundheit zugewanderter Menschen.

Bei der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erfahren ältere Menschen mit Migrationsgeschichte oftmals Benachteiligungen. So haben viele ältere Migrant*innen mit chronischen Erkrankungen Schwierigkeiten, Fachärzt*innen zu finden – oftmals spielen hierbei Sprachbarrieren eine Rolle. Auch medizinische Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung können für Menschen mit Migrationserfahrungen etwa aufgrund fehlender Kenntnisse über die Möglichkeiten der Versorgung am Lebensende, aufgrund von Sprachbarrieren oder aufgrund von kulturellen Unterschieden schwer zugänglich sein.

In der Bevölkerung mit Migrationsgeschichte wächst die Offenheit für ambulante und stationäre Pflegeangebote. Dennoch werden professionelle pflegerische Versorgungsleistungen immer noch in nur geringem Maße und zumeist erst spät im Krankheitsverlauf in Anspruch genommen, meist weil die rechtlichen Ansprüche und die existierenden Angebote nicht bekannt sind. Pflegeangebote sind darüber hinaus oftmals nur unzureichend auf die Bedürfnisse von älteren Migrant*innen zugeschnitten, insbesondere fehlen mehrsprachige und diversitätssensible Angebote.

Die Kommission betont, dass alle älteren Menschen in Deutschland die gleichen Chancen haben sollten, bedarfsgerechte und diskriminierungsfreie Angebote der Altenhilfe sowie der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wahrzunehmen – auch ältere Menschen mit Migrationsgeschichte. In vielen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowie in Einrichtungen der Altenhilfe und der öffentlichen Verwaltung fehlen bisher jedoch Indikatoren oder Konzepte, um eine

diskriminierungsfreie Arbeit mit älteren Menschen mit Migrationsgeschichte sicherzustellen. Beschäftigte in den betreffenden Organisationen sollten entsprechend sensibilisiert und ausgebildet werden. Bei der Entwicklung von Beratungs-, Anamnese- und Versorgungskonzepten sollten die Bedürfnisse von älteren Migrant*innen berücksichtigt und zum Beispiel Sprach- und Kulturmittlungen etabliert werden.

Vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung transnationaler Lebensweisen im Alter (Pendelmigration) empfiehlt die Kommission, die Rechtsgrundlagen insbesondere im Bereich der grenzüberschreitenden Pflege weiterzuentwickeln. Für die Betroffenen sollte es mehr Informationen und Beratungsangebote geben, die über die rechtlichen Rahmenbedingungen transnationaler Lebensformen aufklären, zum Beispiel über die Möglichkeiten einer bedarfsgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung über staatliche Grenzen hinweg.

Um für Diskriminierungsformen und Rassismus zu sensibilisieren, plädiert die Kommission darüber hinaus für einen intensiveren gesellschaftlichen Dialog und mehr Aufklärung über die Bedeutung unterschiedlicher Migrationserfahrungen und die damit verbundenen Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus in Deutschland. Anlaufstellen für ältere Menschen mit Diskriminierungserfahrungen sollten den Betroffenen Raum für Erfahrungsaustausch und Empowerment (Selbstbefähigung) bieten. Ältere Menschen mit Migrationsgeschichte sollten darin gestärkt werden, Diskriminierung und Rassismus zu erkennen und zu benennen.



Mehr Sichtbarkeit und diskriminierungsfreie Teilhabe für ältere LSBTI*-Personen

Die Neunte Altersberichtskommission beleuchtet in ihrem Bericht die Diversität von Lebensformen im Alter und orientiert sich dabei am Ideal einer offenen, toleranten und solidarischen Gesellschaft. Sie arbeitet heraus, dass manche Gruppen älterer Menschen häufiger als andere von Diskriminierung betroffen sind und dadurch geringere Teilhabechancen haben. Zugleich lenkt sie den Blick auf Gruppen, die im sozial- und alterspolitischen Diskurs bislang unterrepräsentiert sind. Dazu gehören ältere lesbische, schwule und bisexuelle sowie trans* und inter* Personen (LSBTI*-Personen).

Im Zusammenhang mit der LSBTI*-Bevölkerungsgruppe soll mit dem Begriff „Vielfalt“ für die Heterogenität der sexuellen und geschlechtlichen Identitäten innerhalb dieser Gruppe (der sogenannten LSBTI*-Community) sensibilisiert werden. Sexuelle Identitäten können sich im Laufe des Lebens verändern, sie können Momentaufnahmen zu einem bestimmten Zeitpunkt im Lebensverlauf sein oder ein Leben lang ähnlich erlebt werden. Was für eine lesbisch-schwul-bisexuelle (LSB)-Community gelten mag (und auch hier gibt es keine Homogenität), muss nicht für trans* und inter* Personen gelten, da sexuelle Orientierungen und Identitäten bei trans* und inter* Personen ebenso vielfältig sind wie in der Gesamtbevölkerung. Zudem lässt die geschlechtliche Identität keine Rückschlüsse auf ein sexuelles Begehren oder eine bestimmte sexuelle Identität zu.

Im Bericht der Kommission wird die historische Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit der rechtlichen Situation von LSBTI*-Personen nachgezeichnet. Dabei wird deutlich, dass es Erfahrungen gibt, die von vielen Menschen aus dieser Gruppe geteilt und ähnlich erlebt werden. Dazu gehören beispielsweise Ängste vor Zurückweisung und Ablehnung aufgrund des Andersseins.

Der Deutsche Bundestag hat im Jahr 2017 beschlossen, dass Menschen, die vor 1994 nach den Paragraphen 175 StGB und 151 StGB-DDR wegen ihrer Homosexualität verurteilt wurden, rehabilitiert werden. Dies war ein wichtiger Schritt, denn viele ältere Homosexuelle haben in ihrer Lebensgeschichte aufgrund ihrer Minderheitenposition vermehrten Stress unter anderem durch Diskriminierung am Arbeitsplatz erlebt. Im Vergleich

zu schwulen Männern erfuhren lesbische Frauen eine geringere rechtliche Kriminalisierung. Dennoch lebten viele der heute älteren lesbischen Frauen ebenso in Angst (beispielsweise vor dem Entzug des Sorgerechts für ihre Kinder) und waren im Verlauf ihres Lebens starken Repressionen ausgesetzt. Ob dies auch für bisexuelle ältere Menschen gilt, ist kaum bekannt, jedoch in Teilen anzunehmen. Auch wenn Homosexualität im Jahr 1994 durch die Aufhebung der Paragraphen 175 StGB und 151 StGB-DDR rechtlich entkriminalisiert wurde, so begegnen homosexuelle Menschen auch heute immer noch häufig Vorurteilen und Stereotypen.

Auch bei älteren trans* und inter* Personen zeigten und zeigen sich erhebliche Belastungsfaktoren, die durch ein Unsichtbarmachen und durch Diskriminierungen bis hin zu (un)beabsichtigter oder (un)bewusster Gewalt beispielsweise in Gesundheitseinrichtungen ausgelöst werden. Transsexualität wurde erst im Jahr 2019 von der Liste der psychischen Krankheiten der WHO gestrichen; im Jahr 2022 wurde eine überarbeitete Version der Liste mit möglichen Diagnosen, der international geltenden Klassifikation von Krankheiten und gesundheitsrelevanten Problemen (ICD-11), in Kraft gesetzt. In Deutschland steht ihre Einführung noch aus. Eine positive Entwicklung stellt das neue Selbstbestimmungsgesetz (SBGG) dar, mit dem das Transsexuellengesetz reformiert wurde und mit dem die geschlechtliche Identität von Personen geschützt werden soll. Künftig haben die Menschen die Möglichkeit, ihren Geschlechtseintrag und ihren Vornamen diskriminierungsfrei zu ändern.

Eine HIV-Infektion gilt als gut behandelbare chronische Erkrankung, die die Lebenserwartung kaum mehr zu beeinträchtigen scheint.

Auch inter* Personen wurden lange Zeit pathologisiert und leiden unter den Folgen negativer Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem. Die über Jahrzehnte durchgeführten medizinischen Eingriffe an Säuglingen und Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung gelten mittlerweile als Menschenrechtsverletzung. Um solche medizinischen Eingriffe an Säuglingen und Kindern künftig zu verhindern, wurden im Jahr 2021 in einem Gesetz „zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung“ entsprechende Klarstellungen für notwendig erachtet. Das Gesetz verbietet gezielte geschlechtsangleichende Behandlungen von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung und stellt zudem klar, dass Eltern nur dann in operative Eingriffe an den inneren oder äußeren Geschlechtsmerkmalen ihres Kindes einwilligen dürfen, wenn der Eingriff nicht bis zur Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes aufgeschoben werden kann.

Im Zusammenhang mit HIV/Aids-Erkrankungen kann unter anderem aufgrund von medizinischen Erfolgen ein Rückgang von Stigmatisierungseffekten verzeichnet werden. Eine HIV-Infektion gilt als gut behandelbare chronische Erkrankung, die die Lebenserwartung kaum mehr zu beeinträchtigen scheint. Dennoch erleben insbesondere ältere schwule Männer und trans* Personen mit HIV noch heute Diskriminierungen – auch innerhalb der LSBTI*-Community. Um dem entgegen zu wirken, wünschen sich ältere mit HIV infizierte Menschen Aufklärung, Beratungsangebote, sozialräumliche Aktivitäten und geeignete Wohnformen.

Trotz gesellschaftlicher Fortschritte bestehen für ältere LSBTI*-Personen (nicht nur) aufgrund ihrer zurückliegenden Erfahrungen weiterhin Benachteiligungen. Der Übergang von einer verdeckt zu einer im sozialen Umfeld offen gelebten Homo- und Bisexualität sowie Trans- und Interidentität („Coming-out“) ist häufig ein langwieriger und schwieriger Prozess, insbesondere für die von gesellschaftlichen Repressionen stärker betroffenen älteren LSBTI*-Generationen. Eine solidarische LSBTI*-Community wird daher häufig als Ressource erlebt.

Im Bericht der Kommission kann anhand neuer empirischer Erkenntnisse zu LSBT-Personen sowie einer umfassenden Literaturrecherche und Darstellung der Beratungspraxis für trans* und inter* Personen erstmals differenziert dargestellt werden, in welchen Teilhabebereichen noch erheblicher Entwicklungsbedarf für eine diskriminierungsfreie Teilhabe älterer LSBTI*-Personen besteht. Dabei stehen insbesondere Benachteiligungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung sowie der Altenhilfe im Fokus. In Einrichtungen des Gesundheitswesens und der offenen Altenhilfe sind

Strukturen, Abläufe und Praktiken in der Regel an einer (vermeintlichen) „Mehrheitsgesellschaft“ ausgerichtet, weshalb „andere“ Lebensweisen häufig noch marginalisiert oder übersehen werden. Im Kommissionsbericht werden in diesem Zusammenhang Initiativen mit und aus der LSBTI*-Community vorgestellt, die gute Beispiele für eine diversitätssensible Altenhilfe (nicht nur für LSBTI*-Personen) sein können.

Im Hinblick auf das Einsamkeitserleben von älteren LSBTI*-Personen deuten die Analysen im Rahmen des Kommissionsberichts an, dass insbesondere bei älteren trans* und inter* Personen die Wahrscheinlichkeit, sich einsam zu fühlen, größer ist als in der Mehrheitsgesellschaft. Es zeigt sich auch, dass der Anteil derjenigen, die jemals in ihrem Leben an einer Depression, einem Burnout oder an Schlafstörungen litten, bei trans* und inter* Personen größer ist als bei homo- oder bisexuellen Frauen und Männern, die wiederum im Vergleich zur heterosexuellen Mehrheitsgesellschaft hierzu höhere Werte aufweisen.

Trotz gesellschaftlicher Fortschritte bestehen für ältere LSBTI*-Personen (nicht nur) aufgrund ihrer zurückliegenden Erfahrungen weiterhin Benachteiligungen.

Die Kommission fordert nachdrücklich, die Diskriminierung älterer Menschen aufgrund von geschlechtlicher und sexueller Identität zu bekämpfen und zu verhindern. Einrichtungen des Gesundheitswesens und der offenen Altenhilfe sollten eine offene Willkommenskultur pflegen und Maßnahmen des Diversity Managements umsetzen.

Um die Sichtbarkeit von älteren LSBTI*-Personen in den jeweiligen Communities zu erhöhen, sind die eher jugendorientierten LSBTI*-Communities dazu aufgerufen, intergenerationale Orte der Begegnung zu schaffen und Altersdiskriminierung stärker als bisher zu thematisieren. Die verschiedenen Communities können auf unterschiedlich umfangreiche finanzielle und personelle Ressourcen zurückgreifen. Um ihren spezifischen Themenstellungen zu Alter(n) Gehör zu verschaffen, sollten auch die Vertretungen für ältere bisexuelle, trans* und inter* Personen nachhaltig gefördert werden. Insgesamt sollten die Kompetenzen und Bedürfnisse der jeweiligen LSBTI*-Communities bei der Umsetzung politischer Maßnahmen (wie beispielsweise der Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit oder der Engagementstrategie des Bundes) einbezogen beziehungsweise berücksichtigt werden.

Die Beratung und Unterstützung zur Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen von Betroffenen, die nach den Paragraphen 175 StGB und 151 StGB-DDR verurteilt wurden und seit 2017 einen Anspruch auf Entschädigung haben, sollte fortgeführt werden. Darüber hinaus empfiehlt die Kommission, die für individuelle Entschädigungsleistungen vorgesehenen, aber nicht verausgabten Mittel zur Förderung von LSBTI*-Selbstvertretungen, der Erinnerungskultur und einer diversitätssensiblen Altenhilfe zu nutzen.

Vorhandene Studien und Publikationen der Sozial-, Gesundheits- und Pflegeberichterstattung weisen insbesondere zu älteren bisexuellen, trans* und inter* Personen offenkundige Lücken auf. Zu diesen bislang stark unterrepräsentierten Gruppen sowie generell zur sexuellen und geschlechtlichen Vielfalt im Alter sind deshalb aus Sicht der Neunten Altersberichtskommission Forschungsprojekte erforderlich, die eine intersektionale Perspektiven einnehmen, interdisziplinär konzipiert und partizipativ gestaltet sind.



Einrichtungen des Gesundheitswesens und der offenen Altenhilfe sollten eine offene Willkommenskultur pflegen und Maßnahmen des Diversity Managements umsetzen.



Eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter

In der Senior*innenpolitik wurde in den 1990er und 2000er Jahren ein paradigmatischer Wandel von einem defizit- und fürsorgeorientierten Ansatz hin zu einer teilhabeorientierten Ausrichtung vollzogen. Die neuen Ansätze zielen darauf ab, Altersbilder zu differenzieren, Ressourcen älterer Menschen zu mobilisieren und eine selbstbestimmte Lebensführung bis ins hohe Alter zu fördern. Um wirksam zu sein, benötigt eine solche befähigende Senior*innenpolitik geeignete rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen.

Für das Leben im Alter sind hierbei vor allem zwei miteinander verknüpfte Bereiche relevant: die vielfältigen Leistungen, Maßnahmen und Programme des Sozialstaats sowie die Strukturen und Angebote der kommunalen Daseinsvorsorge. Aus einer Teilhabe-Perspektive stellt sich die Frage, ob die bestehenden rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen die Wahl- und Handlungsfreiheit ihrer Adressat*innen und Nutzer*innen tatsächlich unterstützen. Dabei zeigt sich Reformbedarf in zweierlei Hinsicht:

Erstens sollte die Senior*innenpolitik zu einem politischen Ansatz weiterentwickelt werden, bei dem verschiedene, für das Leben im Alter relevante Handlungsfelder systematisch aufeinander abgestimmt und integriert gestaltet werden. Teilhabe im Alter ergibt sich aus den individuellen Handlungsmöglichkeiten älterer Menschen in verschiedenen Lebensbereichen, sie ist eine Querschnittsaufgabe. Eine teilhabeorien-

tierte Politik für ein gutes Leben im Alter muss deshalb ganzheitlich auf die Lebensverhältnisse älterer Menschen gerichtet sein. Sie muss sich auf eine Vielzahl von Handlungsfeldern und Aufgabenbereichen beziehen und diese mit Blick auf ihre Wirkung für das Leben im Alter aufeinander abstimmen. Dazu gehören die materielle Sicherheit, der Zugang zu bezahlbarem und barrierearmem Wohnraum, die gesundheitsförderliche Gestaltung von Sozialräumen, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, die Möglichkeiten der Beteiligung am sozialen, politischen und kulturellen Leben, die ortsnahe Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des alltäglichen Bedarfs, die Sicherstellung der Mobilität sowie weitere Handlungsfelder. Für eine integrierte Senior*innenpolitik, die diese verschiedenen Handlungsfelder aufeinander bezieht mit dem Ziel, Teilhabe für alle älteren Menschen zu gewährleisten, gibt es in Deutschland jedoch bislang kein rechtliches und institutionelles Fundament.

Teilhabe im Alter ergibt sich aus den individuellen Handlungsmöglichkeiten älterer Menschen in verschiedenen Lebensbereichen.

Zweitens ist die Altenhilfe nach § 71 SGB XII in der derzeitigen Ausgestaltung nicht dazu geeignet, die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe aller älteren Menschen auf zufriedenstellendem Niveau zu gewährleisten. Der Altenhilfeparagraf lässt allzu offen, in welcher Art, in welchem Umfang, in welcher Qualität, von wem und mit welcher Verbindlichkeit Leistungen und Angebote bereitgestellt werden müssen. Als Folge dessen ist historisch eine fragmentierte Landschaft der Altenhilfe entstanden, mit von Kommune zu Kommune sehr unterschiedlich ausgestalteten Angeboten und Trägerschaften. Menschen in verschiedenen Kommunen und Regionen werden deshalb unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen alt. Im Hinblick auf das politische Kriterium der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse sollten diese Unterschiede eingedämmt werden. Ein weiteres Defizit der Altenhilfe in Deutschland ist der Mangel an flächendeckend vorhandenen, trägerübergreifenden Stellen, die im individuellen Fall den Hilfebedarf erfassen und notwendige unterstützende Leistungen und Hilfen beschaffen und koordinieren (Case Management).

Die Neunte Altersberichtskommission ist der Ansicht, dass eine weiterentwickelte, modernisierte und institutionell aufgewertete Altenhilfe den fachlichen Kern einer integrierten Senior*innenpolitik bilden kann. Sie weist den Bund und die Länder auf die Notwendigkeit hin, die bestehenden Strukturen der kommunalen Altenhilfe und der Senior*innenpolitik strukturell zu modernisieren. Eine Reform der Altenhilfe nach § 71 SGB XII wird in Fachkreisen schon lange kontrovers diskutiert und es wurden immer wieder Vorschläge zur Weiterentwicklung der Altenhilfe formuliert. Stark vereinfachend können dabei drei verschiedene Ansätze unterschieden werden:

1. Eine erste Variante, die im Wesentlichen dem jetzigen Status Quo entspricht, setzt auf eine Stärkung der Eigeninitiative der Landkreise und der kreisfreien Städte als Träger der Sozialhilfe und damit auch der Altenhilfe. Formale Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der Altenhilfestrukturen sind hier in erster Linie verwaltungsinterne Vorschriften und Richtlinien zur Ausführung des § 71 SGB XII, seniorenpolitische Fachpläne oder ähnliche Regelungen auf kommunaler Ebene. Die Modernisierung der kommunalen Altenhilfe sollte hierbei im Wesentlichen durch ein Zusammenspiel aus fachlichen Impulsen und materiellen Anreizen im Rahmen der seniorenpolitischen Förderprogramme des Bundes und der Länder vorangetrieben werden.
2. Eine zweite, regulatorisch stärker eingreifende Variante setzt auf der Ebene der Bundesländer an. Sie zielt auf die Kombination aus verbindlichen landesrechtlichen Vorgaben für die Altenarbeit der Kommunen und einer regelgebundenen Finanzierung durch die Bundesländer im Sinne des Konnexitätsprinzips. Formaler Ansatzpunkt sind hier unter

anderem die landesgesetzlichen Ausführungsgesetze zum SGB XII, mit denen innerhalb der Bundesländer verpflichtende Standards zur kommunalen Ausgestaltung der Altenhilfe gesetzt werden können.

3. Eine dritte, deutlich weiter gehende Variante sieht verbindliche Vorgaben durch den Bundesgesetzgeber vor. Diese könnten in Form eines „Altenhilfestrukturegesetzes“ oder eines neu zu schaffenden, eigenständigen Sozialgesetzbuches nach dem Vorbild des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfe) erfolgen, das wesentliche seniorenpolitische Themen und Regelungsbedarfe einschließlich der (aus der Sozialhilfe herauszulösenden) Altenhilfe bündelt und hierzu übergreifende Leitsätze, Rahmenvorgaben und Qualitätsstandards enthält.

Aus Sicht der Kommission ist eine konsequente Reformpolitik auf Länderebene, bei der landeseigene Ausführungsgesetze formuliert und damit verbindliche soziale Standards innerhalb der Bundesländer gesetzt werden, kurzfristig der realistischste und vielversprechendste Ansatz. Die Kommission fordert deshalb die Bundesländer auf, auf landesgesetzlicher Grundlage die Aufgaben der kommunalen Altenhilfe nach § 71 SGB XII als kommunale Pflichtleistungen zu verankern und aufgabenadäquat zu finanzieren. Um die Kommunen finanziell nicht zu überlasten, muss dabei das Konnexitätsprinzip unbedingt beachtet werden. Generell sollten die Länder die Kommunen stärker unterstützen: Wer die selbstbestimmte Teilhabe älterer Menschen fördern will, muss die Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen stärken. Diese auf die Bundesländer bezogene Reformoption wird inzwischen von vielen politisch relevanten Akteuren unterstützt, in einzelnen Bundesländern gibt es erste Vorstöße in diese Richtung.

Für die mittel- und langfristige Entwicklung der Altenhilfe empfiehlt die Kommission jedoch gleichzeitig dem Bund, einen Dialogprozess zur Vorbereitung eines neuen Sozialgesetzbuchs „Teilhabe im Alter“ zu initiieren. Ein bundespolitischer Ansatz wäre am besten dazu geeignet, die Senior*innenpolitik generell aufzuwerten und ein institutionelles Fundament für eine integrierte, konsequent teilhabeorientierte Senior*innenpolitik zu schaffen. In einem Dialogprozess sollte unter Beteiligung und Einbindung aller relevanten staatlichen und nicht-staatlichen Akteure geklärt werden, wie die politischen, verfassungs- und kompetenzrechtlichen Hürden auf dem Weg zu einer solchen bundespolitischen Lösung überwunden werden könnten und welche bundesgesetzliche Regelung denk- und machbar wäre, um die institutionellen Grundlagen für eine integrierte Politik für ein gutes Leben im Alter zu schaffen.

***Wer die selbstbestimmte Teilhabe
älterer Menschen fördern will, muss
die Gestaltungsmöglichkeiten der
Kommunen stärken.***

Die Mitglieder der Neunten Altersberichtskommission

Prof. Dr. Martina Brandt

Sozialstruktur und Soziologie alternder Gesellschaften,
Technische Universität Dortmund (Vorsitzende der
Kommission)

Prof. Dr. Antonio Brettschneider

Kommunale Sozialpolitik, Technische Hochschule Köln

Prof. Dr. Eva-Marie Kessler

Gerontopsychologie, Medical School Berlin

Prof. Dr. Susanne Kümpers

Qualitative Gesundheitsforschung, Soziale Ungleichheit
und Public Health, Hochschule Fulda (i.R.)

Prof. Dr. Sonia Lippke

Gesundheitspsychologie und Verhaltensmedizin,
Constructor University Bremen

Prof. Dr. Ralf Lottmann

Gesundheitspolitik, Hochschule Magdeburg-Stendal

Prof. Dr. Klaus Rothermund

Allgemeine Psychologie, Friedrich-Schiller-Universität
Jena (Stellvertretender Vorsitzender der Kommission)

Prof. Dr. Liane Schenk

Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt
„Vulnerable Gruppen“, Charité Universitätsmedizin
Berlin

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Psychologie und Gerontologie, Deutsches Zentrum
für Altersfragen, Berlin (i.R.)

Prof. Dr. Andrea Teti

Gerontologie mit dem Schwerpunkt „Altern und
Gesundheit“, Universität Vechta

Prof. Dr. Dr. Hürrem Tezcan-Güntekin

Interprofessionelle Handlungsansätze mit einem
Schwerpunkt auf qualitativen Forschungsmethoden
in Public Health, Alice Salomon Hochschule, Berlin

Die Altersberichterstattung der Bundesregierung

Die Altersberichterstattung geht zurück auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages aus dem Jahr 1994. Dieser Beschluss gibt der Bundesregierung auf, in jeder Legislaturperiode einen Bericht zur Lebenssituation von älteren Menschen in Deutschland zu erstellen. Erarbeitet werden die Berichte von unabhängigen Sachverständigenkommissionen, die mit Expert*innen unterschiedlicher Fachrichtungen besetzt werden. Bislang sind die folgenden Altersberichte erschienen:

1993: Erster Altenbericht „Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland“

1998: Zweiter Altenbericht „Wohnen im Alter“

2001: Dritter Altenbericht „Alter und Gesellschaft“

2002: Vierter Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“

2005: Fünfter Altenbericht „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft. Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“

2010: Sechster Altenbericht „Altersbilder in der Gesellschaft“

2016: Siebter Altenbericht „Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften“

2020: Achter Altersbericht „Ältere Menschen und Digitalisierung“

Die Altersberichte der Bundesregierung sind eine der wichtigsten Grundlagen für die öffentliche Diskussion zu Fragen der Politik für ältere Menschen. Die bislang erschienenen Altersberichte der Bundesregierung haben darüber hinaus zur allgemeinen Verbreitung des Wissens über Alternsprozesse und die Situation älterer Menschen beigetragen.

Download und Bestellung des Neunten Altersberichts

Der Neunte Altersbericht der Bundesregierung sowie alle anderen Altersberichte der Bundesregierung können unter **www.neunter-altersbericht.de** heruntergeladen werden. Auch Angaben zu den Bezugsquellen für gedruckte Fassungen des Neunten Altersberichts sind auf der Website zu finden.



9. Altersbericht
der Bundesregierung

Die Website zum Neunten Altersbericht enthält außerdem Informationen über die Altersberichterstattung der Bundesregierung, über Veranstaltungen zu den Themen des Neunten Altersberichts sowie über die Mitglieder der Neunten Altersberichtskommission.

Bei Fragen zum Neunten Altersbericht oder anderen Altersberichten der Bundesregierung können Sie sich an die Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung wenden (Kontakt siehe nächste Seite).

Text und Redaktion

Dr. Frank Berner
Dr. Christine Hagen
Silke Migala

Geschäftsstelle für die Altersberichte der
Bundesregierung

Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Telefon: 030 260740-86
E-Mail: altersberichte@dza.de

DZA | Deutsches Zentrum
für Altersfragen

Die Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung ist angesiedelt am Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) und wird gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Impressum

Diese Broschüre ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung, sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeber:

Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Referat Öffentlichkeitsarbeit
11018 Berlin
www.bmfsfj.de



Bezugsstelle:

Publikationsversand der Bundesregierung
Tel.: 030 18 272 2721
Fax: 030 1810 272 2721
Gebärdentelefon: gebaerdentelefon@sip.bundesregierung.de
E-Mail: publikationen@bundesregierung.de
www.bmfsfj.de

Für weitere Fragen nutzen Sie unser
Servicetelefon: 030 201 791 30
Montag–Donnerstag 9–18 Uhr
Fax: 030 18 555-4400
E-Mail: info@bmfsfj.service.bund.de

Einheitliche Behördenrufnummer: 115*

Artikelnummer: 3BR306

Stand: Januar 2025, 1. Auflage

Gestaltung: www.zweiband.de

Bildnachweis: S. 3 Jens Liebchen/DZA; S. 41 Andrea Bothe/BMFSFJ – Fotowettbewerb „VielfALT“;
Titel, S. 6, 11, 13, 15, 19, 21, 24, 27, 28, 32, 36, 49 Christoph Soeder/DZA

Druck: MKL Druck GmbH & Co. KG

* Für allgemeine Fragen an alle Ämter und Behörden steht Ihnen auch die einheitliche Behördenrufnummer 115 zur Verfügung. In den teilnehmenden Regionen erreichen Sie die 115 von Montag bis Freitag zwischen 8 und 18 Uhr. Die 115 ist sowohl aus dem Festnetz als auch aus vielen Mobilfunknetzen zum Ortstarif und damit kostenlos über Flatrates erreichbar. Gehörlose haben die Möglichkeit, über die SIP-Adresse 115@gebaerdentelefon.d115.de Informationen zu erhalten. Ob in Ihrer Region die 115 erreichbar ist und weitere Informationen zur einheitlichen Behördenrufnummer finden Sie unter <http://www.d115.de>.



www.bmfsfj.de

 facebook.com/bmfsfj

 x.com/bmfsfj

 linkedin.com/company/bmfsfj

 youtube.com/@familienministerium

 instagram.com/bmfsfj