

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

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

Mit neuem Mut.  
**2010**  
 Europäisches Jahr  
 zur Bekämpfung von  
 Armut und  
 sozialer Ausgrenzung

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

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

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

## Armut, Alter und Gesundheit heute

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

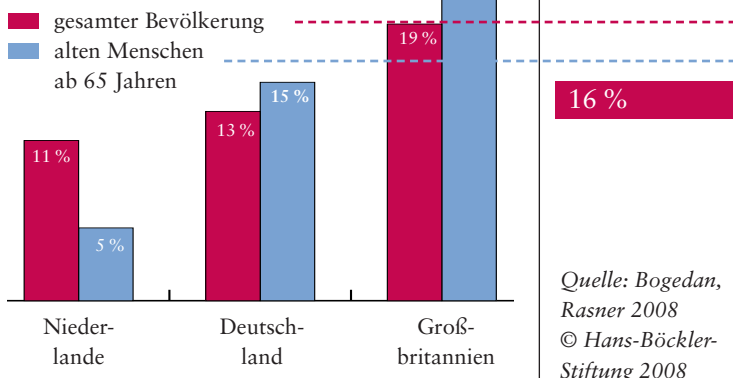
Es gibt genügend Gründe, über Altersarmut in Deutschland zu sprechen. Ein Blick in die wenigen verfügbaren Statistiken zeigt, wie dringend notwendig eine öffentliche Diskussion dieses Themas ist: Bereits 2004 lag die Altersarmut bei 15 Prozent (siehe Abbildung 1, S. 8), betraf damit mehr als jeden fünften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

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

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

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

Vergleich der Armutsquoten im Jahr 2004 unter ...



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

### Einkommensungleichheit und die Folgen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Armutschwellen und Einkommensgrenzen

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

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

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

### Armut und Statistik

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

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

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

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

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

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

### Die Perspektive der Professionellen

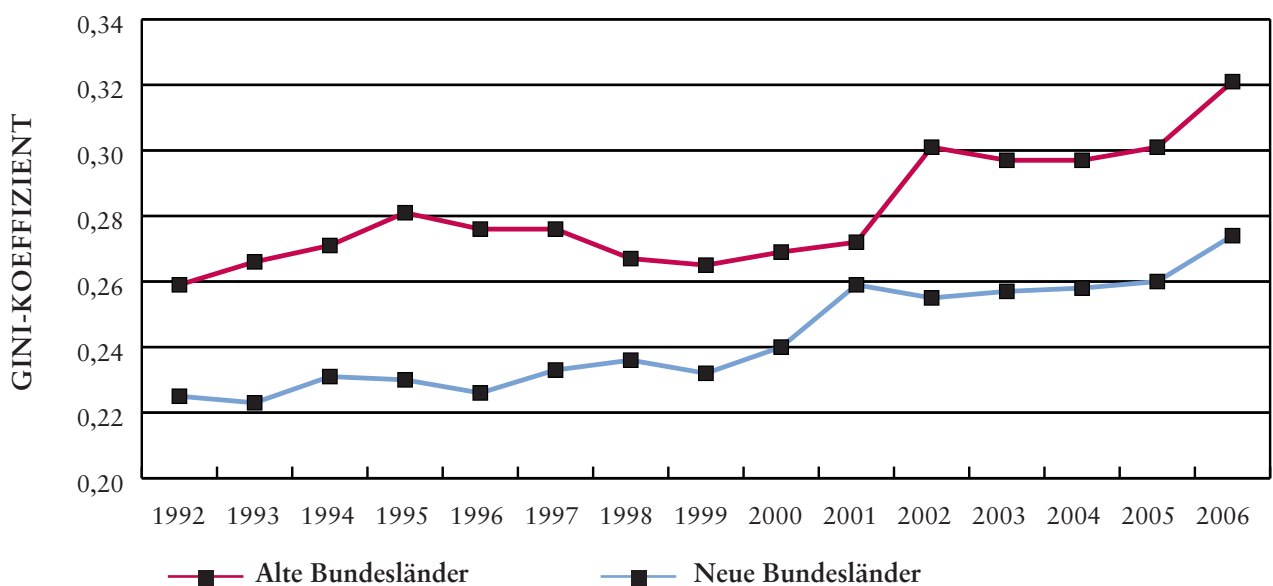
Während das Thema Altersarmut bislang höchstens in speziellen Fachpublikationen behandelt

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

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

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

Abbildung 2: Einkommens-Ungleichheit in Deutschland



Quelle: Grabka und Frick 2008

**Definition von Armut:**

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

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

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

**Armut wirklichkeitsnah erfassen**

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

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

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

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

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

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

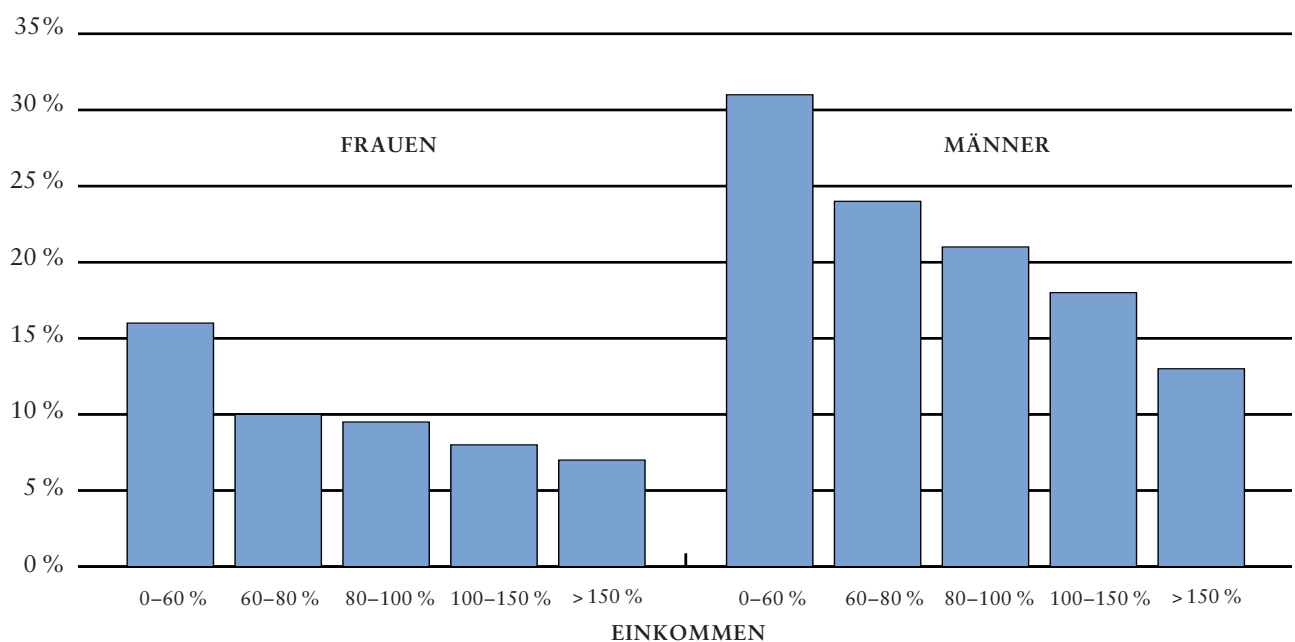
### Soziale Ungleichheit und Gesundheit

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

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

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

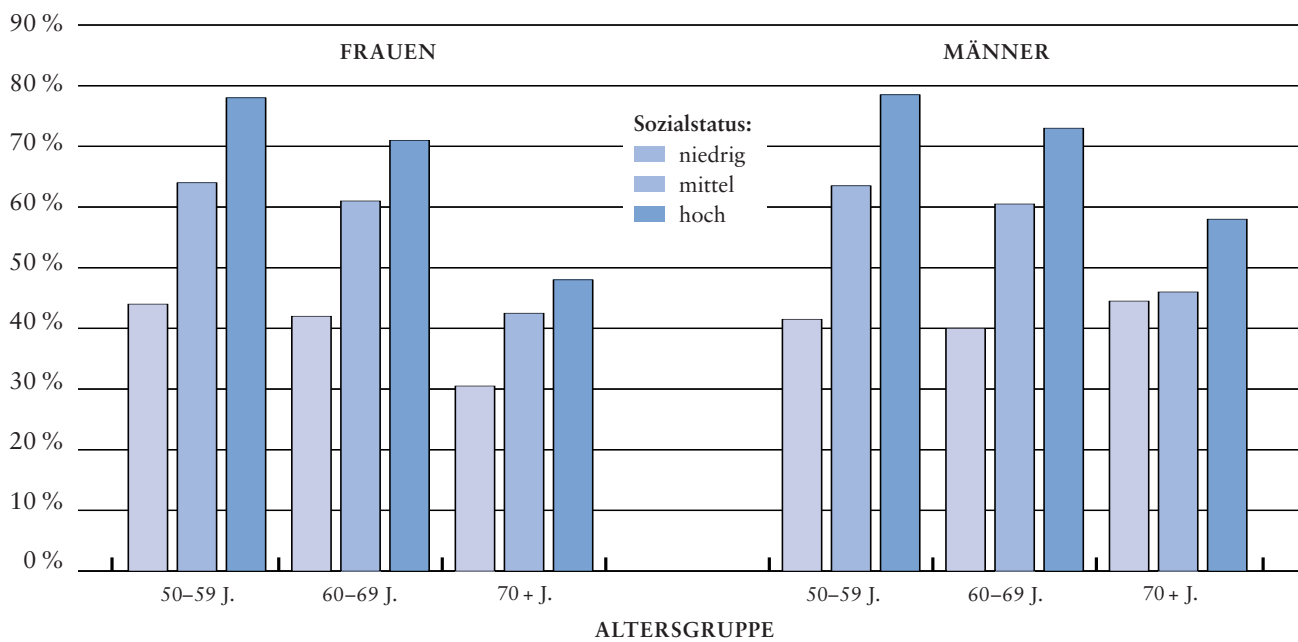
Abbildung 3: Vorzeitige Sterblichkeit von Männern und Frauen vor einem Alter von 65 Jahren nach Einkommen



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

Quelle: Robert Koch-Institut, Berlin 2009

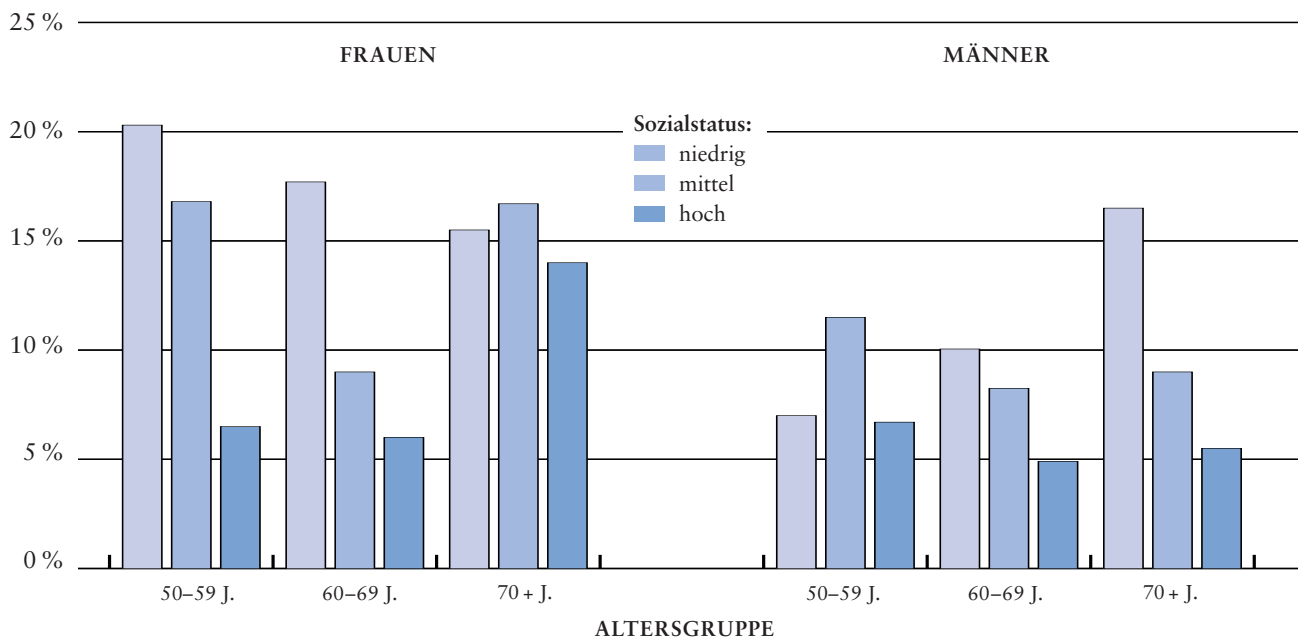
Abbildung 4: Sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheitszustand nach sozialem Status, Alter und Geschlecht



Quelle: Telefonischer Gesundheitsurvey 2003

Quelle: Robert Koch-Institut, Berlin 2009

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



Quelle: Telefonischer Gesundheitsurvey 2003

Quelle: Robert Koch-Institut, Berlin 2009

## Pflegebedürftigkeit als besonderes Armutsrisiko

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

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

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

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

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

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

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

### Armutsprävention und Gesundheitsförderung in der Nachbarschaft

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



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

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

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

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

## Vernetzungsaktivitäten

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

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

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

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

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

gen und aktuelle Themen angepasst werden und Probleme aufgreifen.

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

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



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

#### Kontakt:

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

#### Literatur:

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

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

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

sorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009

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

### KDA-Expertengespräch:

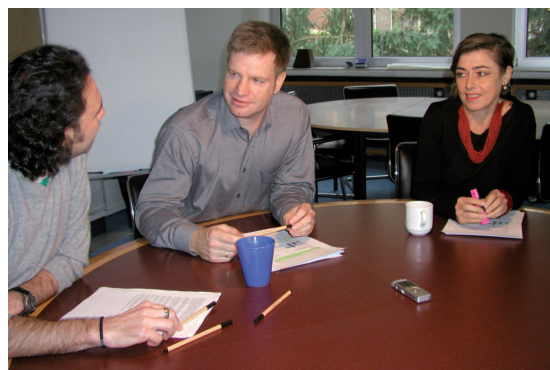
## Soziale Sicherungssysteme zukunftsfähig machen und Prävention ausbauen

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

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

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

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



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

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