Hochschule Fulda
University of Applied Sciences

9. Altersbericht
der Bundesregierung

Gesundheit und Teilhabe in vielfältigen Lebenswelten des Alterns – Erkenntnisse aus dem Neunten Altersbericht

„Wie können wir gesund alt werden in einer vielfältigen Welt? Impulse aus dem Neunten Altersbericht der Bundesregierung“

Fachtagung im Rahmen der Veranstaltungsreihe des BMBFSFJ zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung in Kooperation mit der Universität Vechta, 01.10.2025

Prof. Dr. Susanne Kümpers, Hochschule Fulda
Mitglied der Neunten Altersberichtskommission

Übersicht

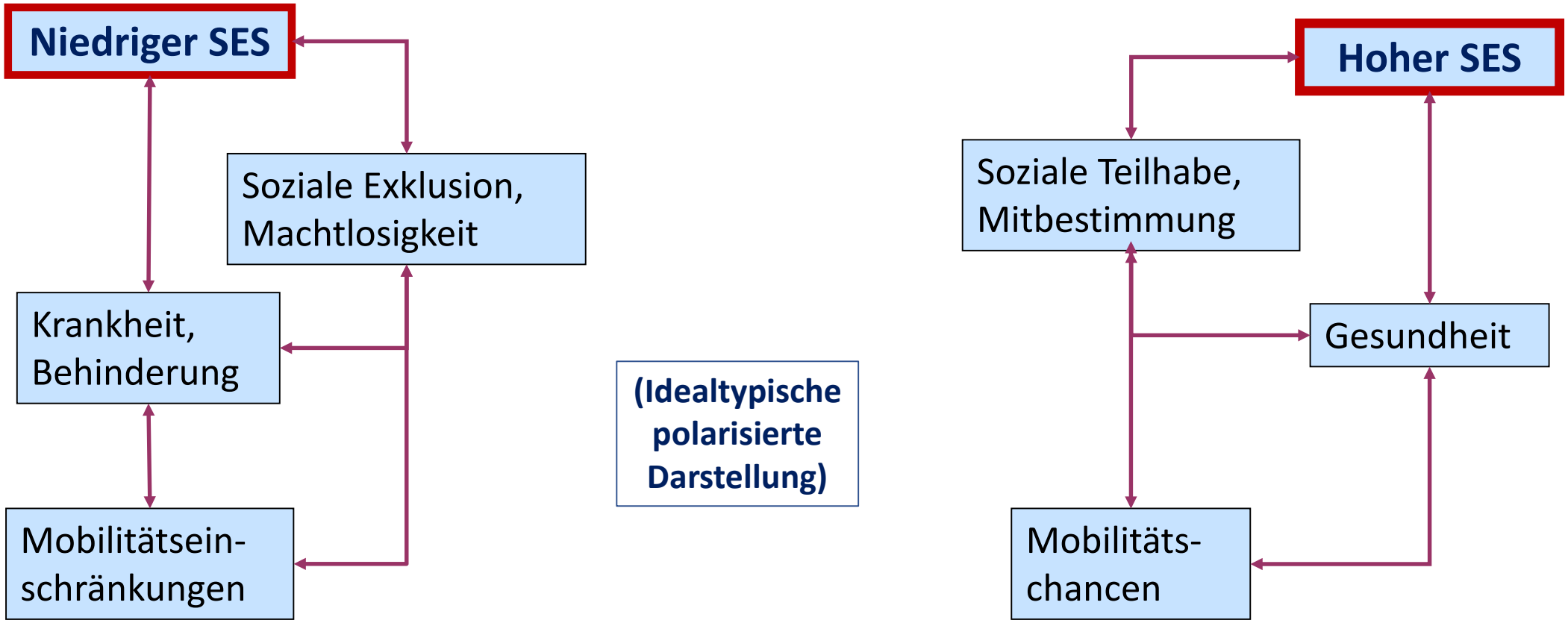
- Ungleichheit von Gesundheit und Teilhabe bis ins hohe Alter
- Spezielle Situationen von Minderheiten (Migration und LSBTI)
- Sozialräumliche Zusammenhänge: Wohnquartier als entscheidende Lebenswelt für Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität
- Sozialräumliche Handlungsmöglichkeiten – was tun?
- Versorgung: Ausgewählte Probleme und Lösungsvorschläge
- Handlungsansätze in der Versorgung?

Ungleichheit von Gesundheit und Teilhabe bis ins hohe Alter

Ungleiche Gesundheit: Unterschiede in physischer und psychischer Morbidität, Funktionsverlust, allgemeiner und gesunder Lebenserwartung

- Zuungunsten niedriger Statusgruppen (Risiko Altersarmut)
- In Verbindung mit bzw. verschärft für u.a. Menschen mit Migrationsgeschichte, für Minderheiten bzgl. geschlechtlicher und sexueller Identität (LSBTI*)
  - geringere Bildungs- und sozioökonomische Chancen
  - Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrungen (Rassismus, Minderheitenstress)
- In Verbindung/Wechselwirkung mit regionalen Unterschieden (insbes. periphere ländliche Räume, sozial benachteiligte Stadtteile)

Benachteiligung, Krankheit und (geringe) soziale Teilhabe im Alter – Wechselwirkungen



SES = sozioökonomischer Status

Quelle: eigene Darstellung

Wechselwirkungen …

- **Gesundheitschancen**
  - Höhere Statusgruppen leben durchschnittlich gesünder und länger. Dadurch bleibt auch ihre Mobilität länger erhalten, die wiederum wesentlich ihre Teilhabechancen verbessert.
  - Niedrigere Statusgruppen haben eine kürzere allgemeine und gesunde Lebenserwartung, sind früher und schwerer von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit betroffen.
  - Weitere Faktoren tragen zu gesundheitlichen Benachteiligungen bei (Geschlecht, Ethnizität, sexuelle und geschlechtliche Identität, Einschränkungen etc.)

- **Soziale Beziehungen und Teilhabechancen**
  - sind ebenso sozial ungleich verteilt.
  - Ärmere ältere Menschen haben durchschnittlich weniger soziale Kontakte und sind weniger in soziale und kulturelle Aktivitäten eingebunden.
  - Teilhabe ist relevant für ein Erleben, das eigene Leben, die eigene Umwelt mitgestalten zu können.

- **Teilhabe trägt nachgewiesenermaßen zu Gesundheit bei!**

Spezielle Situationen von Minderheiten (Migration und LSBTI)

Spezielle Situationen von Minderheiten: Ältere Menschen mit Migrationshintergrund, von Rassismus betroffene Menschen

- **Arbeitsmigrant*innen, sog. Spätaussiedler*innen, Geflüchtete, People of color**
- **Biografien und Lebenssituationen gekennzeichnet durch**
  - Migrations- und fluchtbezogene Verluste und Traumatisierungen
  - Erfahrung von Diskriminierung /rassistischen Übergriffen im öffentlichen Raum und in Institutionen
  - Unterschiedliche Aufenthaltsstatus
  - Sozioökonomische Benachteiligungen/ Exklusionen, erhöhtes Armutsrisiko
  - Familiäre Spannungen durch kulturelle Übergänge
  - Benachteiligungen in der medinzinischen und pflegerischen Versorgung
  - Erhöhte Gesundheitsrisiken
- **Erforderlich: Diversitätssensible Altenhilfe und -pflege, spezifische Unterstützungsstrukturen und Öffnung der Institutionen der Daseinsvorsorge**

Spezielle Situationen von Minderheiten: Ältere LGBTI*-Personen

- **Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans- und Interpersonen**
- **Biografien und Lebenssituationen gekennzeichnet durch:**
  - Kriminalisierung (insbes. Schwule), Pathologisierung, Diskriminierung
  - Rechtliche und medizinische (insbes. für Trans und Inter-Personen) Übergriffe
  - Erleben von Minderheitenstress, sozialer Isolation und Ausgrenzung (Lautmann 2012, 2016)
  - Brüche im Lebenslauf und Traumatisierungen, individuell und kollektiv wirksam
  - Erhöhte Gesundheitsrisiken, Vorbehalte gegenüber Pflegesystem
  - Kohortenspezifische Unterschiede in den letzten Jahrzehnten
  - Allmähliche Liberalisierung und rechtliche Gleichstellung einerseits, aktuell zunehmende Gefährdung durch Rechtsradikalisierung andererseits
- **Erforderlich: einerseits spezifische Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen und andererseits Öffnung und Sensibilisierung der Altenhilfe**

Sozialräumliche Zusammenhänge: Wohnquartier als entscheidende Lebenswelt für Teilhabe, Gesundheit und Lebensqualität

Sozialräumliche Zusammenhänge 1: Umweltbelastungen und Grünräume

- **Umweltbelastungen in städtischen Wohnquartieren – ungleich verteilt, erhöhen vielfältige gesundheitliche Risiken**
  - Luftschadstoffe (Feinstaub, Stickstoffdioxid, Ozon)
  - Lärm (Verkehrslärm und Nachbarschaftslärm)
  - Hitze (Hitzeinseln in stark verdichteten Stadtteilen ohne Grün)

- **(Fehlende) Grünflächen in benachteiligten städtischen Räumen**
  - Sog. Grünräume (Parks, Gärten und Kleingartenanlagen, begrünte Straßen und Plätze, angrenzende Waldgebiete) beeinflussen subjektive und objektive psychische und physische Gesundheit
  - Verringern Umweltbelastungen bzw. deren Wahrnehmung, verringern Stress, ermöglichen und fördern Bewegung und Begegnung

Sozialräumliche Zusammenhänge 2: Mobilität und Infrastruktur

- **Mobilität**
  - Erforderlich: Barriearme / bezahlbare Wohnungen
  - Oft unzureichend: Barrierearmer ÖPNV, barrierearme Fußwege (‚Walkability') -> individuell und kollektiv teilhabe- und gesundheitsförderlich
    - Größere Probleme in ländlichen Quartieren
- **Infrastruktur (u.a. Güter- und Dienstleistungsangebot)**
  - Einkaufsmöglichkeiten, technische und soziale Dienstleistungen
  - Medizinische und pflegerische Versorgung

Sozialräumliche Zusammenhänge 3: Sicherheit und kollektives soziales Kapital

- **Subjektive und objektive (Un-)Sicherheit im öffentlichen Raum**
  - Sicherheitsrisiken: Nachbarschaftskonflikte, Kriminalität, Verkehr, Vandalismus, Vermüllung, mangelnde Beleuchtung etc. -> negative mentale und physische Auswirkungen
  - Sicherheit(sempfinden) beeinflusst Zusammenhalt und damit Teilhabe im Wohnquartier

- **Kollektives soziales Kapital: gemeinschaftliche Strukturen und Initiativen fördern Teilhabe**
  - Vertrauen vs. Misstrauen
  - Gegenseitige Unterstützung / Solidarität vs. Vereinzelung und Einsamkeit
  - Kollektives (formelles und informelles) Engagement

Sozialräumliche Handlungsmöglichkeiten – was tun?

Handlungsansätze

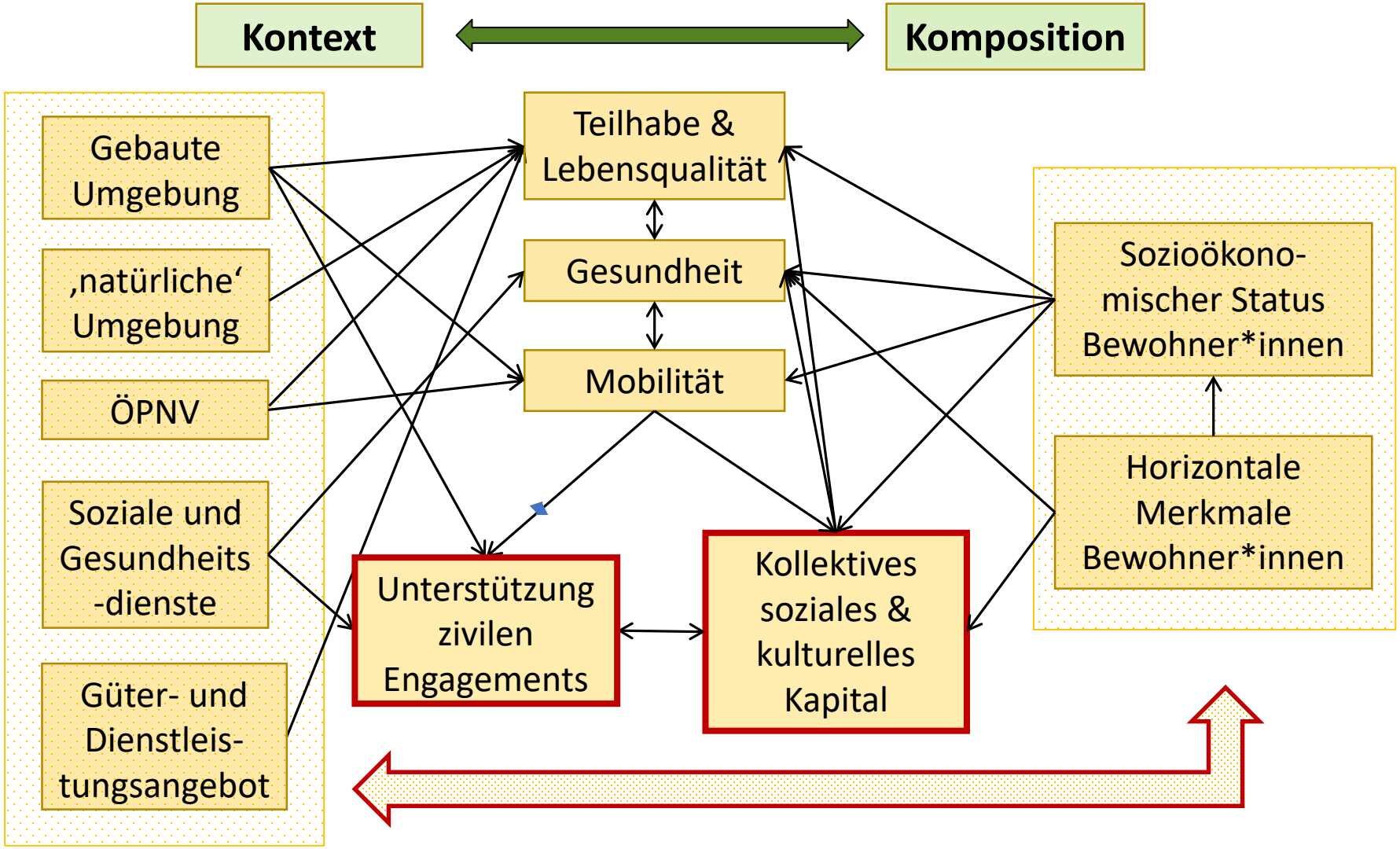
- **Prinzipien**
  - Partizipation
  - Empowerment
  - Kapazitäts- und Strukturentwicklung (community capacity building)
  - Kontinuität
  - Niedrigschwelligkeit
  - Zielgruppenspezifität
- **Age-friendly cities** (WHO)
- **Kriterien guter Praxis** in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten
- **Städtebauförderungsprogramm** ‚Sozialer Zusammenhalt. Zusammenleben im Quartier gemeinsam gestalten' (seit 2020)
- **Politische Rahmenbedingungen**: Erforderlich wäre Altenhilfe als kommunale Pflichtaufgabe

Sozialräumliche Zusammenhänge – was tun?

- Gut entwickelte Ressourcen können Risiken für Exklusion und gesundheitliche Nachteile teilweise kompensieren, Chancen für Teilhabe und Gesundheit erhöhen, z.B.:
  - Klug angelegte und gepflegte **Grünräume**: verringern Umweltbelastungen, ermöglichen gemeinschaftliche Aktivitäten und verbessern sozialen Zusammenhalt
  - Bewohnerfreundliche **Verkehrspolitik und Hitzeaktionspläne** verringern kumulierende Belastungen
  - Niedrigschwellig und barrierearm zugängliche und gestaltbare **Treffpunkte** ermöglichen soziale Begegnungen und gegenseitige Unterstützung
  - Ausbau quartiersbezogener **Digitalisierung**
  - Entwicklung **zielgruppenspezifischer Aktivitäten**

Wenn solche und ähnliche Themen partizipativ im Quartier bearbeitet werden, erhöhen diese Prozesse selbst sozialen Zusammenhalt und verringern gesundheitsschädliche Belastungen.

Sozialräumliche Zusammenhänge



Quelle: **eigene Darstellung**

Versorgung: Ausgewählte Probleme und Lösungsvorschläge

Versorgung

- Medizinische Versorgung
  - Zugang zu ambulanter allgemein- und fachärztlicher Versorgung
  - Geriatrische Versorgung
  - Interprofessionelle und integrierte Versorgung

- Pflegerische Versorgung
  - Regulierungs-, Zugangs- und Verteilungsfragen
  - Ambulante Pflege
  - Stationäre Pflege

Zugang zu ambulanter allgemein- und fachärztlicher Versorgung

- Zugangsprobleme unterscheiden sich nach
  - PKV/GKV
  - sozioökonomischem Status (Bildung, Einkommen)
  - Region

- Zugangsbarrieren verschärfen sich (nicht nur) im hausärztlichen Bereich, besonders in peripheren ländlichen Regionen

- Ungedeckte medizinische Bedarfe (besonders auch in der fachärztlichen Versorgung) insbesondere bei statusniederen Gruppen, auf dem Land, und bei Pflegebedürftigen

Geriatrische Versorgung

- Unterschiedliche Entwicklung der geriatrischen Versorgung in den Bundesländern
- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern ist die (insb. ambulante) geriatrische Versorgung schwach ausgebaut (Geriatrie kein Facharztbereich, Weiterbildung bei Allgemeinärzt*innen und Internist*innen)
- Folgen fehlender geriatrischer Kompetenz:
  - Unvollständige Assessments der Gesamtsituation, unvollständige Therapieplanung
  - Unvollständige Berücksichtigung von Multimorbidität
  - Vernachlässigung von Rehabilitationspotentialen
  - Inadäquate Aufstellung von Notaufnahmen für geriatrische Patient*innen

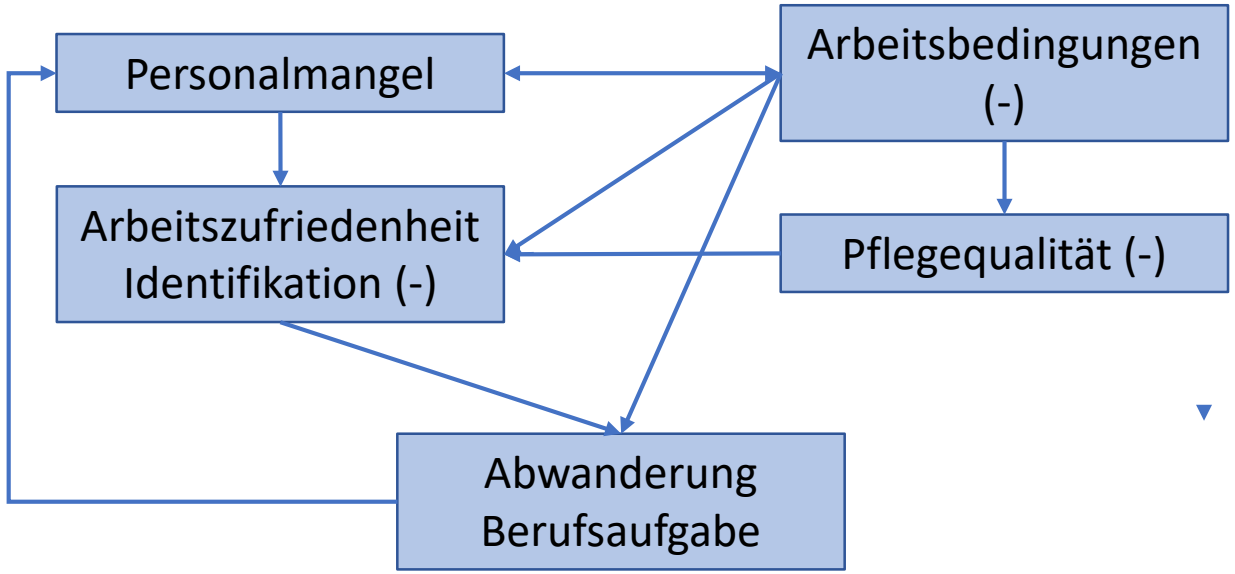
Interprofessionelle und integrierte Versorgung

- …patientenorientierte interdisziplinäre Versorgung durch Kooperation ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonals, der Krankenhäuser, MVZs, Pflegedienste, Vorsorge- und Rehaeinrichtungen….
- Dringlichkeit durch Alterung der Bevölkerung, zunehmender Multimorbidität und daraus folgender Komplexität der Versorgungsbedarfe
- In Deutschland nur mäßig gelungen …. Integrierte Versorgungsmodelle (mit Care und Case Management) nicht zuverlässig und flächendeckend implementiert
- Folgen fehlender Koordination und Kooperation: Unter- Über- oder Fehlversorgung, wie etwa
  - Doppelt erbrachte/fehlende Leistungen
  - Widersprüchliche oder fehlende Kommunikation
  - Medikationsfehler (z.B. Polypharmazie)

Regulierungs-, Zugangs- und Verteilungsfragen in der Pflege

- Verantwortungsdiffusion zwischen Bundesländern und Pflegekassen
- Fehlende Daten und Regelungen für Situationen von Unterversorgung
- Unzureichende Steuerungskapazität und -kompetenz der Kommunen

- Zunehmend fehlende personelle Kapazitäten, damit Bedrohung von Zugang und Qualität



Ambulante Pflege

- Personalengpässe bei Pflegediensten in städtischen und ländlichen Gebieten -> Unterversorgung und Ungleichheiten im Zugang
- Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung:
  - Pflegegeld (stärker von niedrigen Statusgruppen)
  - Pflegesachleistungen (zunehmend mit steigendem Einkommen, Vermögen und Bildung)
  - Sog. 24-Stundenpflege (höhere Statusgruppen)
- Leistungen der SPV reichen oft nicht aus (Teilkaskoprinzip) -> Risiko von Unter- und Fehlversorgung
- Menschen mit niedrigem SES werden durchschnittlich niedrigere Pflegegrade bewilligt
- Pflegebedürftigkeit verschärft Armutsrisiken und Risiko von Unterversorgung für benachteiligte Gruppen

Stationäre Pflege

- Pflegeheimmarkt unter Druck (gestiegene Kosten, Personalmangel, Rendite-erwartungen), Schließungen statt neuer Angebote
- Wartezeiten steigen, Wahlmöglichkeiten nehmen ab, wohnortnahe Plätze oder Plätze überhaupt fehlen
- Eigenbeiträge der Bewohner*innen steigen weiter (keine Deckelung innerhalb der SPV)
- Abhängigkeit von Hilfe zur Pflege (mehr als 40 % der Pflegeheimbewoh-ner*innen) -> Angewiesenheit auf ‚Taschengeld', auch für Menschen mit normalen Berufsbiographien
- Rehabilitationspotentiale oft vorhanden, bleiben ungenutzt (mobile geriatrische Reha, Konzept der ‚Rehabilitativen Pflege' nicht in der Fläche); Rückkehrmöglich-keiten

Handlungsansätze in der Versorgung?

- Netz ambulanter geriatrischer Zentren zur Koordination bestehender Angebote (Care und Case Management) und als Konsildienste für Haus- und Fachärzt*innen, Pflegeheime und Pflegedienste
- Initiativen kommunaler Pflegeplanung und freiwillige Akteurskooperationen mit Integration der Zivilgesellschaft
- Gesundheitskioske bes. in benachteiligten Stadtteilen und Regionen
  - Umfassende Beratung und Unterstützung für Zugang zu und Koordinierung von gesundheitlichen und sozialen Leistungen (> Case Management)
  - verknüpft mit neuen Berufsbildern wie bspw. der ‚Community Health Nurse‘
- Öffnung von Pflegeheimen in die Stadtteile, auch für ältere Bürger*innen (‚Gäste‘)
- Ausbau rehabilitativer Angebote vor und nach Pflegeheimeintritt (ökonomische und soziale Nachhaltigkeit)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Susanne Kümpers
Susanne.kuempers@gw.hs-fulda.de

Quellen:

BMFSFJ. (2025). Neunter Altersbericht. Alt werden in Deutschland – Vielfalt der Potenziale und Ungleichheit der Teilhabechancen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Whitehead, M., Pennington, A., Orton, L., Nayak, S., Petticrew, M., Sowden, A., & White, M. (2016). How could differences in ‘control over destiny’lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. Health & Place, 39, 51-61.