9. Altersbericht
der Bundesregierung

| Fachtagung | 1. Oktober 2025 in Vechta
Wie können wir gesund alt werden in einer vielfältigen Welt?
– Impulse aus dem Neunten Altersbericht der Bundesregierung
Universität Vechta

Zentrale Botschaften zum Thema integrierte und diversitätssensible Versorgung im Neunten Altersbericht

Prof. Dr. Ralf Lottmann
Hochschule Magdeburg-Stendal

Gliederung

9. Altersbericht
der Bundesregierung

Ausgewählte Daten

Beispiele für Bevölkerungsgruppen im Blick Integrierter und diversitätssensibler Versorgung

Handlungsempfehlungen

Integrierte und diversitätssensible Versorgung

9. Altersbericht
der Bundesregierung

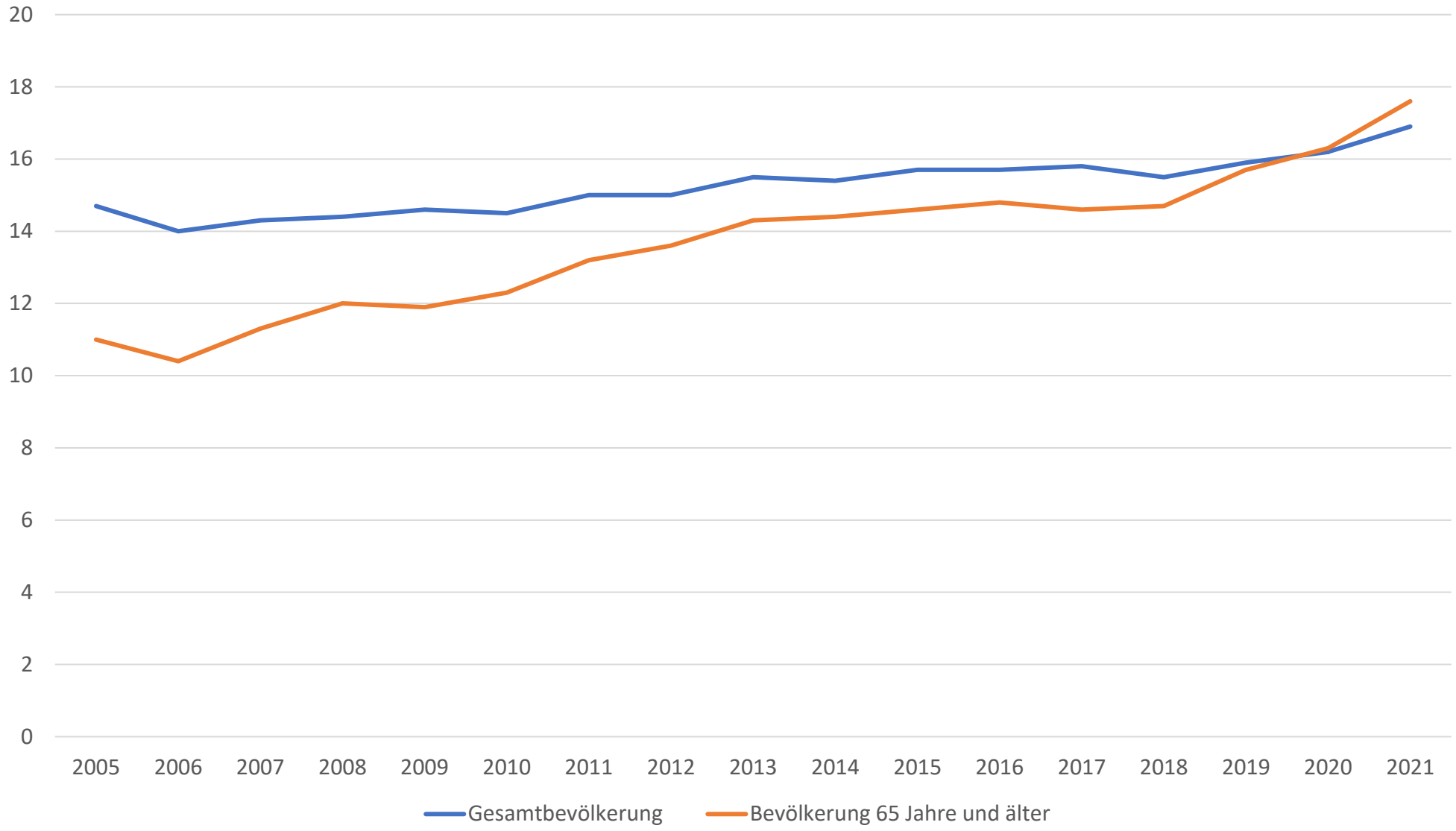
- **Integrierte Versorgung =** patientenorientierte interdisziplinäre medizinische Versorgung durch eine enge Kooperation unterschiedlicher Leistungserbringer.
- Die **Entwicklung einer integrierten Versorgung** ist trotz vielfältiger Steuerungsversuche der Gesundheitspolitik **bislang nicht überzeugend gelungen** (Rosenbrock & Gerlinger 2024).
  - Fehlende Koordination und Kooperation unter Leistungserbringenden kann zu **doppelt erbrachten oder fehlenden Leistungen, widersprüchlicher Kommunikation** mit Patient*innen, Medikationsfehlern und letztendlich zu Unter- und Fehlversorgung führen (Hower et al. 2019).
  - **Integrierte Versorgungsmodelle** wären sinnvoll, sind jedoch **nicht zuverlässig und flächendeckend implementiert**; hausärztliche Praxen können integrierte Versorgung nur unzureichend steuern (ebd.).
- **Diversitätssensibel** = Haltung und Praxis, die Vielfalt anerkennt, Differenzen reflektiert, Strukturen inklusiv gestaltet und Diskriminierung entgegenwirkt.
- „**Wie können etwaige kumulative** (verschachtelte, verknüpfte, sich überlagernde, verstärkende, verschärfende) **Ungleichheiten** in den Teilhabechancen unterschiedlicher Gruppen gesellschaftlich **bearbeitet und verringert werden**?

Einige ausgewählte Daten aus dem Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Armutsgefährdung im Zeitverlauf

Armutsgefährdungsquoten der Bevölkerung 65 Jahre und älter (60 % des Medians des Nettoäquivalenzeinkommens).
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2024. Daten: Mikrozensus (MZ-Kern); Zeitreihenbruch und eingeschränkte Vergleichbarkeit ab 2020.

9. Altersbericht
der Bundesregierung



Armutsgefährdungs-quoten 2005-2021, in Prozent:

Armutsgefährdung - Ungleichheit durch mehrfache Benachteiligung (Intersektionalität): **65+ - Geschlecht - Staatsangehörigkeit**

9. Altersbericht
der Bundesregierung

Bevölkerung ab 65	Personen insgesamt	Staatsangehörigkeit	
		deutsch	nicht deutsch
Insgesamt	18,3	17,1	38,7
Männer	15,9	14,6	36,2
Frauen	20,3	19,0	40,7

Armutsgefährdungsquoten der Bevölkerung 65 Jahre und älter (60 % des Medians des Nettoäquivalenzeinkommens).
Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamts im Auftrag der Neunten Altersberichtskommission. Daten: EU-SILC 2022.

Einkommenssituation: cis-heterosexuell vs. LSBTI*-Personen, 50+

(Sozioökonomisches Panel v38.1; pooled 2016-2020, Sample 1, weighted; de Vries & Zindel 2025)

9. Altersbericht der Bundesregierung

	Cis-heterosexuell		LSBTQI*		Differenz
	No.	w.%	No.	w.%	
Einkommsenssituation					
Armutsgefährdet	11.241	15,5	177	18,5	*
Mittleres Einkommen	40.908	68,2	629	58,2	***
Höheres Einkommen	12.395	16,3	318	23,4	***
Total	64.544	100	1.124	100	

DEAS 2020/21: Die Armutsquote für homosexuelle und bisexuelle Frauen zwischen 50 und 90 Jahren liegt 5 Prozentpunkte über der für heterosexuelle Frauen gleichen Alters (19% gegenüber 14%). Lesbische und heterosexuelle Cisgender-Frauen haben höhere Armutsraten als schwule und heterosexuelle Cisgender-Männer, Trans*-Personen haben das höchste Armutsrisiko unter LGBT*-Personen (Badgett et al. 2019).

Beispiele für Bevölkerungsgruppen im Blick Integrierter und diversitätssensibler Versorgung

9.1.2 **Soziale Ungleichheit und Intersektionalität** – drei Fallbeispiele:

9.2.1 Frau Mutlu: Verschränkung von **Migration**, geringer Bildung, Armut und Sorgearbeit

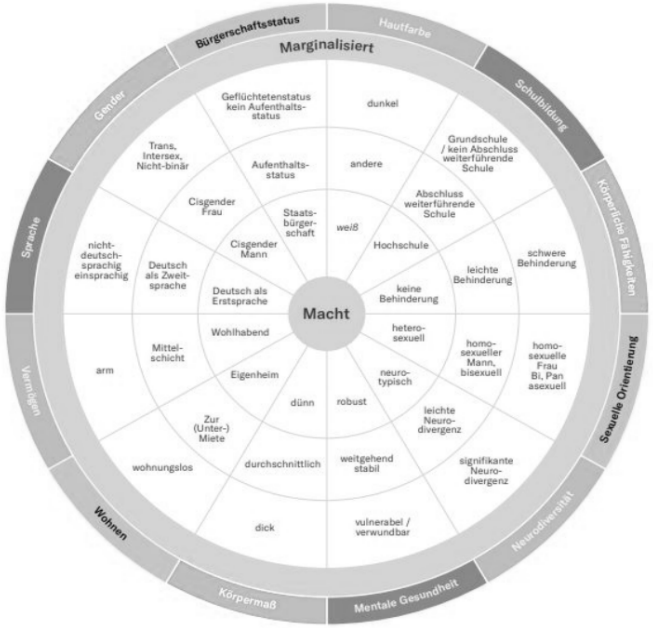
9.2.2 Herr Christoph: Verschränkung von **sexueller Orientierung, Alter und körperlicher Beeinträchtigung**

9.2.3 Frau Gruber: Verschränkung von **geringer Bildung, Armut, Heimerfahrung und ostdeutscher Herkunft**

Zentral für das Konzept der Intersektionalität ist somit die Verwobenheit verschiedener Diskriminierungs- und Ungleichheitsachsen. Das bedeutet, „dass historisch gewordene Diskriminierungskategorien wie Geschlecht, Behinderung, Sexualität, Race/Ethnizität/Nation oder soziales Milieu nicht isoliert voneinander konzeptualisiert werden können, sondern in ihren Überkreuzungen (intersections) oder Interdependenzen analysiert werden müssen“ (Marten & Walgenbach 2016: 158). Beim Zusammenkommen der genannten Differenzierungsmerkmale wird also nicht von doppelten oder additiven Diskriminierungs- und Ungleichheitserfahrungen ausgegangen, sondern von Wechselwirkungen, bei denen zudem Macht- und Herrschaftsstrukturen berücksichtigt werden (Schütze 2019).

Mit dem „Wheel of Power & Privilege“ lassen sich die vielfältigen Ungleichheiten in Bezug auf Benachteiligungen und Privilegien sowie potenzielle Überschneidungen verdeutlichen (Abbildung 12). Damit werden Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen und für den Abbau von Benachteiligungen deutlicher sichtbar.

Abbildung 12 Wheel of Power & Privilege

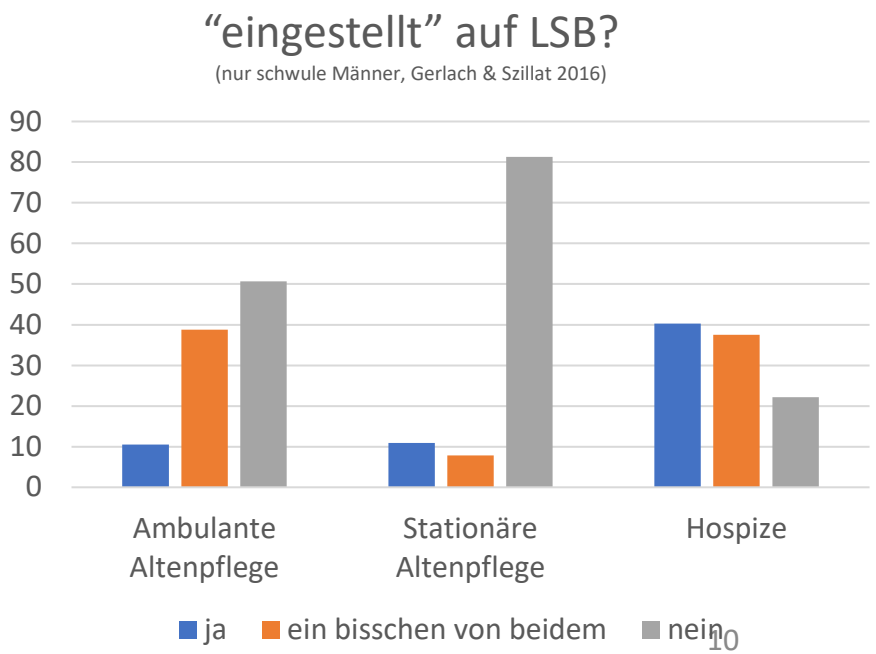


Quelle: Charta der Vielfalt 2022.

„Andere Perspektiven“ – LS(BTI*) und Alter(n) – Verantwortung der Altenhilfe

9. Altersbericht
der Bundesregierung

- **Zu differenzierende Befundlage**: eher kinderlos, eher alleinlebend, altershomogenes Netzwerk, besondere Lebenslagen z.B. aufgrund HIV, Minoritätenstress, Altersarmut
  - bei trans und inter schlechtere soziale Lage und häufiger negativere Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem (Appenroth & Castro Varela 2022)
- Freund*innen eigentlich „Rückgrat für Hilfe im Alter“ – aber **fragile soziale Netzwerke**
- Höhere Abhängigkeit trifft auf Unbehagen: besondere **Abhängigkeit von Altenhilfe- und Altenpflegeeinrichtungen**
- gleichzeitig **Unbehagen gegenüber Regeldienste** der Pflege (Unterforsthuber & Franz, 2004; Gerlach & Szillat, 2017; Schmauch & Brauckmann, 2006); auch Angst vor trans- und homophoben Reaktionen; **Abhängigkeit gegenüber Dritten**
- **Verantwortung** der Altenhilfe und -pflege



Frau Mutlu: Verschränkung von Migration, geringer Bildung, Armut und Sorgearbeit

9. Altersbericht
der Bundesregierung

- Frau Mutlu verfügt über **nur wenige Deutschkenntnisse**, ein **Sozialdienst** oder ähnliche Versorgungsleistungen **wurden nicht organisiert**.
- **Ungleiche Verteilung von „Systemwissen“** (ungeschriebene Regeln des Gesundheitssystems + Wissen um potenzielle Gesundheits- und Pflegeangebote)
- Keine GKV-abrechnungsfähigen **Dolmetschleistungen**
- **Versorgungspraktiken, die sich an der Mehrheitsreferenz ausrichten**

- **(Sehr) gut berichtete Gesundheit 50plus →**
- Nur ein Viertel der post-/migrantischen Frauen schätzt ihre Gesundheit als (sehr) gut ein
- Frau Mutlu: war erwerbstätig, **für den Haushalt und ihren Sohn verantwortlich**, erlebt kaum sozialen Rückhalt
- **Migrationsbedingte und geschlechtsspezifische Belastungen kumulieren über** den **Lebensverlauf**

Bevölkerungs-gruppe	Kein Migrations-kontext	Mit Migrations-kontext
Frauen	33,9 %	24,8 %
Männer	36,6 %	39,0 %
Gesamt	10,4 %	30,2 %

Gesundheitsversorgung - Inanspruchnahme und Zugänge

Medizinische Versorgung – Zugang (III) – Wohnort und Krankenversicherung

„Auf Untersuchung gewartet“ / „Untersuchung verzögert wegen Entfernung“ GEDA 2014/2015-EHIS (Krause et al. 2020)

9. Altersbericht der Bundesregierung

Tab. 1: Anteil der Frauen ab 50 Jahren, die im letzten Jahr auf einen Untersuchungstermin gewartet haben (n=1.181) bzw. bei denen aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert stattfand (n=254) Quelle GEDA 2014/2015-EHIS

	Auf Untersuchungstermin gewartet		Untersuchung verzögert wegen Entfernung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	**21,0**	**(19,7–22,4)**	**4,9**	**(4,2–5,7)**
Wohnort				
Gemeinden <50.000 Einwohner	18,9	(16,5–21,5)	6,4	(5,0–8,1)
Gemeinden/Städte 50.000–<100.000 Einwohner	19,6	(16,1–23,6)	5,9	(3,8–9,1)
Großstädte ≥ 100.000 Einwohner	22,2	(20,6–23,9)	4,1	(3,4–5,1)
Krankenversicherung				
Gesetzlich versichert	22,2	(20,8–23,8)	5,2	(4,4–6,1)
Privat versichert	13,1	(10,7–15,9)	2,3	(1,5–3,5)

KI = Konfidenzintervall

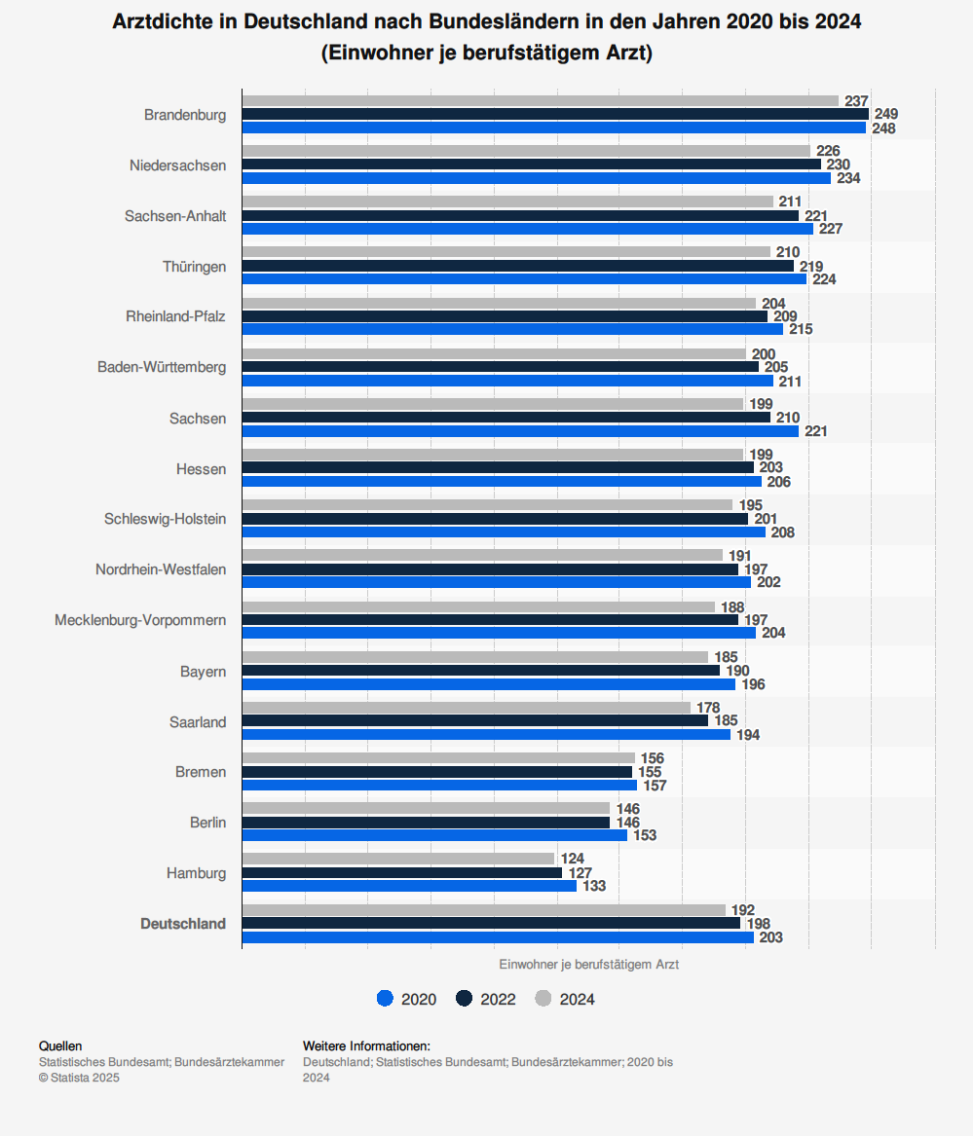
→ **In Großstädten ist die Wahrscheinlichkeit für zeitnahe Untersuchungen größer.**

→ **Gesetzlich versicherte Frauen warten länger auf eine Untersuchung oder Behandlung als privat versicherte Frauen, sie erhalten auch häufiger verzögerte Untersuchungen aufgrund der Entfernung.**

Medizinische Versorgung – Zugang (IV)
Fachkräftemangel – ländliche Versorgung - Ausblick

9. Altersbericht
der Bundesregierung

- **Nachwuchsmangel** im hausärztlichen Bereich
  - 1/3 der derzeit noch praktizierenden Hausärzt:innen ist **mindestens 60 Jahre alt.**
  - Anzahl **nicht besetzter Stellen unklar, kaum valide Zahlen; etwa 11.000 Hausarztstellen** 2035 (Robert Bosch Stiftung), in 10 Jahren ggf. 25.000
- Insbesondere in ländlichen Regionen **Gefahr einer unzureichenden geriatrischen Versorgung;** Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung im städtischen, insbesondere im ländlichen Raum (van den Busche 2019).
- Insbesondere **ostdeutsche aber auch einige westdt. Flächenländer von geringer Ärzt:innendichte betroffen** – siehe Tabelle.
- **Verschärfung der skizzierten sozioökonomischen und regionalen Benachteiligungen zu erwarten** (Strumann et al. 2020; Graf von Stillfried et al. 2022)



Medizinische Versorgung – Zugang (VI)
Bedarfsplanung – PKV/GKV – wohnortnahe Versorgung – regionale Unterschiede
(Rosenbrock & Gerlinger 2023 und 2014)

9. Altersbericht der Bundesregierung

- auf 1.000 Einwohner 4,5 berufstätige Ärzte 2021: (1991: 3,0); Ländliche Regionen eher **unterversorgt**
- **Erhebliche Unterschiede** innerhalb von Ballungsräumen bei Hartz IV + Arbeitslosen vs. Privatpatienten

Tabelle 10-12: Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden bei Hausärztinnen und Hausärzten* nach Kassenärztlichen Vereinigungen 2016. Quelle: Klose & Rehbein, 2017, S. 30.

KV	Planungsbereiche	Versorgungsgrad
Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden		
Schleswig-Holstein	Westerland	205,1
Bayern	Pocking/Ruhstorf a. D. Rott	179,4
Bayern	Oberstdorf	175,2
Westfalen-Lippe	Herdecke MB	160,5
Bayern	Regen	154,5
Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden		
Bayern	Feuchtwangen	72,7
Bayern	Ansbach Nord	70,5
Nordrhein	Kaarst	69,7
Mecklenburg-Vorpommern	Grimmen	67,8
Baden-Württemberg	Eberbach	66,7

** Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte*

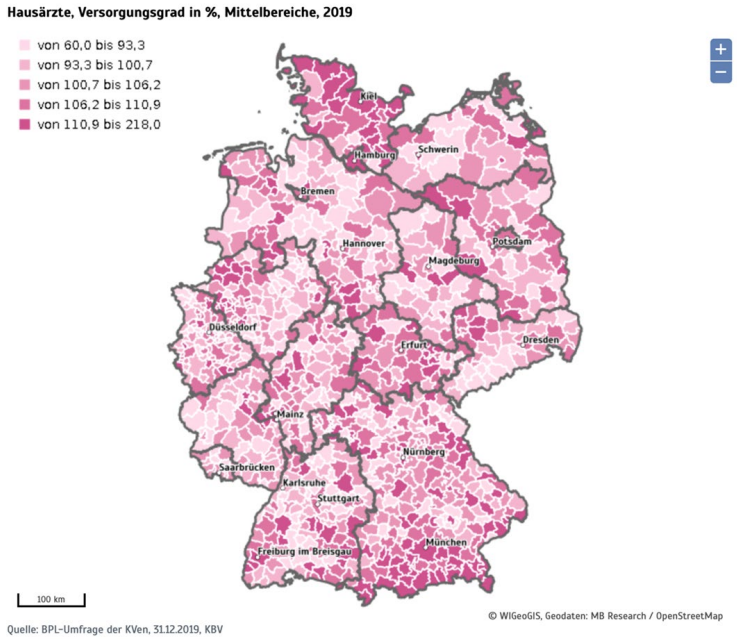


Tabelle 10-14: Arztdichte und Anteil von Hartz IV-Empfängern in Hamburger Stadtteilen im Jahr 2012.

Stadtteil1	Anteil von Hartz IV-Empfängern	niedergelassene Ärzte je 1 000 E.
Wilhelmsburg	24,3	1,32
Billstedt	23,2	1,23
Steilshoop	22,4	0,57
Jenfeld	22,2	1,26
Groß Flottbek	0,8	5,46
Blankenese	1,0	7,30
Othmarschen	1,0	2,85
Wellingsbüttel	1,3	2,38

Handlungsempfehlungen

Ausgewählte Handlungsempfehlungen

9. Altersbericht
der Bundesregierung

- Die **räumlichen und sozialen Bedingungen** insbesondere benachteiligter städtischer und ländlicher Lebenswelten alters- und **teilhabefreundlich, diversitätssensibel und gesundheitsförderlich** entwickeln.
- **Versorgungsnachteile** einzelner Gruppen älterer Menschen **abbauen**.
  - Zur gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen in prekären Lebenssituationen und/oder mit multiplen Versorgungsbedarfen (z. B. bei Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit) sind niedrigschwellige integrierte sowie communitybasierte Ansätze in der medizinischen und pflegerischen Versorgung (z. B. Case Management, **Gesundheitskioske**, Community Health Nurses) erforderlich, die auch verschiedene Herkunftssprachen berücksichtigen.
- **Probleme der gesundheitlichen Versorgung in peripheren ländlichen und benachteiligten städtischen Regionen lösen.**
- **Altenhilfe und Altenhilfestrukturen diversitätssensibel gestalten.**

.. nun ein Blick nach Hamburg und damit in die Diskussion!

ralf.lottmann@h2.de

+49 (0)391-886-4250