



Institut für  
**Gerontologie**  
der Universität Heidelberg

03. März 2009

## Evaluation der Heidelberger Seniorenzentren 2007/2008

**Dr. Christoph Rott**  
06221 - 548129  
christoph.rott@gero.uni-  
heidelberg.de

**Silke Stanek**  
06221 - 548173  
silke.stanek@gero.uni-  
heidelberg.de

Institut für Gerontologie  
Bergheimer Str. 20  
69115 Heidelberg  
**Internet:**  
[www.gero.uni-heidelberg.de](http://www.gero.uni-heidelberg.de)

# Abschlussbericht



## Inhalt

<b>1. Anlass der Evaluation</b>	<b>5</b>
<b>2. Vorgehen / Evaluationsprozess</b>	<b>6</b>
<b>3. Bisherige Konzeptionen von Seiten der Stadt</b>	<b>8</b>
3.1 Altenstrukturkonzept 1988	8
3.2 Stadtentwicklungsplan (STEP 2010 / STEP 2015)	8
<b>4. Wissenschaftliche Erkenntnisse zum demografischen Wandel</b>	<b>9</b>
4.1 Daten zum demographischen Wandel	9
4.2 Prognosen zum demographischen Wandel	13
4.3 Unterteilung der Lebensphase Alter in das 3. Alter und das 4. Alter	16
<b>5. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Befunde zu den Indikatoren gesunden und zufriedenen Alterns</b>	<b>18</b>
5.1 Gesundheit	18
5.2 Selbständigkeit	23
5.3 Soziale Integration	26
5.4 Lebenssinn	28
<b>6. Aktivitäten der Seniorenzentren</b>	<b>31</b>
6.1 Angebote für Gruppen und Einzelpersonen	32
6.2 Sozialräumliche Vernetzungsarbeit	39
<b>7. TeilnehmerInnen der Angebote für Gruppen und Einzelpersonen</b>	<b>41</b>
<b>8. Nutzung der Seniorenzentren von Personen im 3. und 4. Alter</b>	<b>49</b>
<b>9. Seniorenzentren und Mehrgenerationenhäuser</b>	<b>51</b>
9.1 Theoretische Grundlagen	51
9.2 Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)	53
9.3 Wissenschaftliche Evaluation der Mehrgenerationenhäuser	54
9.4 Ergebnisse der Wirkungsforschung des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)	55
9.5 Konsequenzen für Heidelberg	56
<b>10. Zusammenfassende Bewertung der bisherigen Arbeit und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung</b>	<b>57</b>
<b>11. Literatur</b>	<b>64</b>



## 1. Anlass der Evaluation

Die Seniorenzentren (SZ) der Stadt Heidelberg wurden bereits Ende der 1990er Jahre evaluiert (Kruse, 1999). Im Abschlussbericht wird festgestellt, dass die Seniorenzentren wichtige Funktionen für die Aufrechterhaltung und Förderung der Lebenszufriedenheit, der sozialen Integration und der selbstverantwortlichen Lebensführung erfüllen. Der Stadt Heidelberg wurde vorgeschlagen, die Seniorenzentren in dem bestehenden Umfang weiterzuführen und Maßnahmen in die Wege zu leiten, um gezielt (potenziell) gefährdeten älteren Menschen die Arbeit der Seniorenzentren bekannt zu machen.

Ausgangspunkt für eine erneute Evaluation in den Jahren 2007/08 war das Ergebnis der Bevölkerungsumfrage „Demografischer Wandel in Heidelberg“. In dieser Untersuchung wurde festgestellt, dass 83,3% der Heidelberger Bürgerinnen und Bürger im Alter von 60 Jahren und darüber die Seniorenzentren zwar kennen, aber nur 16,8 % deren Angebote in Anspruch nehmen. Bei den Nutzern zeigte sich aber eine sehr hohe Zufriedenheit mit den Angeboten der SZ. Insgesamt sind 86% sehr zufrieden oder zufrieden.

Für die erneute Evaluation fasste der Gemeinderat folgenden Beschluss: „Die Antworten zu den auf Anregung des Sozialdezernats aufgenommenen Fragen über die Kenntnis und Inanspruchnahme der Seniorenzentren klaffen deutlich auseinander (Kenntnis 83%, Inanspruchnahme 17% der Befragten über 60 Jahre). Die Verwaltung wird diese Erhebungen zum Anlass nehmen, die Angebote der Zentren erneut zu evaluieren und die Daten zu verifizieren. Hierzu wird - neben einer Befragung von Bürgerinnen und Bürgern über 65, sowie der Leistungserbringer - eine unabhängige Fachkompetenz einzuschalten sein. Bei sich hieraus ergebenden Handlungsbedarfen werden - soweit erforderlich - auch Aspekte berücksichtigt, die Gegenstand des Arbeitsauftrages an die Verwaltung waren.“

Der Gemeinderat bat die Verwaltung zu überprüfen, (a) inwiefern die bisherigen Ziele und Arbeitsinhalte der SZ noch Gültigkeit haben und (b) wie diese gegebenenfalls angepasst werden müssen, um vor allem den Erfordernissen des demografischen Wandels und zukünftigen Herausforderungen gerecht werden zu können. Darüber hinaus wurden von der Evaluation u. a. Antworten auf folgende Fragen erwartet: (a) Können und sollen sich die SZ zu Mehrgenerationenhäuser entwickeln? (b) Werden neben den bestehenden SZ noch weitere SZ in Stadtteilen benötigt, in denen es bisher kein SZ gibt? (v. a. Boxberg / Emmertsgrund) und (c) welcher Personalbedarf besteht, um die Aufgaben zukünftig in vernünftiger Weise wahrnehmen zu können.

**Evaluation 1999:  
SZ erfüllen wichtige Funktionen**

**83% der Älteren  
kennen die Seniorenzentren,  
17% nutzen sie**

**Beschluss des Gemeinderats**

**Auftrag des Gemeinderats**

## 2. Vorgehen / Evaluationsprozess

### **Auftragserteilung**

Mit der Evaluation der SZ wurde Herr Dr. Christoph Rott, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg beauftragt. In zwei Exposés vom 04.12.2006 und vom 10.05.2007 legte er dar, wie eine auf die Heidelberger Situation zugeschnittene Evaluation erfolgen könne. Diese Konzeption stellte Herr Rott auch in der Sitzung des Sozialausschusses der Stadt am 10. Mai 2007 vor. Die vorgeschlagene Vorgehensweise umfasst folgende Elemente:

### **Indikatoren**

Gesundheit

Selbstständigkeit

Soziale Integration

Lebenssinn

1) Benennung von Indikatoren gesunden und zufriedenen Alterns in der Kommune auf der Basis wissenschaftlicher Konzepte und Befunde und den Leitlinien der Altenarbeit der Stadt Heidelberg. Als wesentliche Indikatoren werden bereits in der Konzeption genannt: *Gesundheit* (in den Angeboten der SZ enthalten; zentrales Konzept der Gerontologie), *Selbstständigkeit* (Altenstrukturkonzept von 1988, in den Angeboten der SZ enthalten, Anregung aus Kumamoto: Pflegeprävention, zentrales Konzept der Gerontologie), *soziale Integration* (Altenstrukturkonzept von 1988, in den Angeboten der SZ enthalten, zentrales Konzept der Gerontologie) und *Lebenssinn* (implizit im Altenstrukturkonzept von 1988; in den Angeboten der SZ enthalten, Anregung aus Kumamoto, zentrales Konzept der Gerontologie).

### **Vorgehen**

2) Zusammenstellung von Aktivitäten und Maßnahmen, deren positive Auswirkungen auf die Indikatoren gesunden und zufriedenen Alterns belegt sind oder vermutet werden können, und zwar unabhängig davon, ob diese Maßnahmen in den SZ angeboten und genutzt werden.

3) Entwicklung eines Instrumentes, das die in 1) und 2) genannten Indikatoren und Maßnahmen abbildet und das in der Evaluation zur Erfassung der Angebote der SZ angewendet wird.

4) Überprüfung der Angebote der SZ im Hinblick auf die unter 2) identifizierten Aktivitäten und Maßnahmen.

5) Beurteilung der bisherigen Arbeit der SZ und Ableitung von Empfehlungen für die zukünftige Ausrichtung im Hinblick auf die Aktivitäten und Maßnahmen, die einen positiven Beitrag zum gesunden und zufriedenen Altern leisten.

In der Konzeption der Evaluation wird auch in Erwägung gezogen, Nutzer und Nicht-Nutzer der SZ zu befragen. Dieser Schritt soll aber nur unternommen werden, wenn die aus den Schritten 1-4 gewonnenen Erkenntnisse über die Arbeit der SZ für eine angemessene Beurteilung nicht ausreichen.

### **Gremium**

Ein weiteres wesentliches Element der Evaluation bestand in der Zusammenstellung eines Gremiums aus Vertretern des Gemeinderates, der Träger der SZ, der Leitungen der SZ, der Stadtverwaltung und der Gerontologie. Damit sind alle direkt oder indirekt an der Arbeit der SZ beteiligten Institutionen eingebunden.

Das Gremium sollte den gesamten Evaluationsprozess begleiten und gestalten und am Ende eine gemeinsame Beurteilung und Empfehlung beschließen. Das Gremium setzte sich aus folgenden Personen zusammen:

Gemeinderäte: Frau Schröder-Gerken (Die Heidelberger), Herr Gund (CDU), Herr Kilic (GAL-Grüne) und Frau Vogel (SPD); Träger: Frau Herold (Deutsches Rotes Kreuz), Frau Farrenkopf (Diakonisches Werk Heidelberg) und Frau Jacobs (Caritasverband Heidelberg e.V.); Leitungen der SZ: Frau Lemme (SZ Ziegelhausen), Frau Blum (SZ Wieblingen) und Frau Lass-Schweiger (SZ Kirchheim); Stadtverwaltung Amt 50: Frau Fabig, Frau Gäthje und Frau Kehder; Gerontologie: Herr Dr. Rott und Frau Diplom-Pädagogin Silke Stanek, Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg sowie Frau Dr. Mollenkopf, ehemals Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg.

### ***Zusammensetzung des Gremiums***

Die konstituierende Sitzung des Gremiums fand am 21. Juni 2007 statt. Zwischen dem 19. Juli 2007 und dem 21. November 2008 fanden 12 weitere Sitzungen des Gremiums statt. Offene Fragen und Interpretationsunterschiede hinsichtlich der Konsequenzen für die zukünftige Arbeit wurden in zwei zusätzlichen Sitzungen am 01. und 09. Dezember 2008, an der die Evaluatoren und zwei Mitarbeiterinnen des Amtes 50 teilnahmen, geklärt. Auf der letzten Sitzung des Gremiums am 17. Dezember 2008 wurde die „Zusammenfassende Bewertung der bisherigen Arbeit und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung“ einstimmig verabschiedet.

### ***Konstituierende Sitzung***

### ***Abschließende Sitzung***

### **3. Bisherige Konzeptionen von Seiten der Stadt**

#### **3.1 Altenstrukturkonzept 1988**

##### ***Altenstrukturkonzept***

Die Arbeit der SZ wird bisher durch das Altenstrukturkonzept der Stadt Heidelberg aus dem Jahr 1988 begründet. Orientiert an den Bedürfnissen der alten Menschen ist das darin formulierte Ziel der Altenhilfe, „dem selbständigen, selbstverantwortlichen alten Menschen die soziale Teilhabe zu gewähren und zu erhalten; d.h.: Wahrung der individuellen Persönlichkeit und menschlichen Würde, Wahrung einer eigenständigen Lebensführung, Vermittlung von Selbstwertgefühl, sozialer Aktivität und dem Bewusstsein, trotz gegebener Rollenverluste am Leben der Gemeinschaft teilzuhaben“ (Altenstrukturkonzept, 1988, S. 3). Als Maßnahmen werden vorgeschlagen: Angebote im unmittelbaren Lebensbereich der älteren Menschen durch ein flächendeckendes Netz dezentraler Einrichtungen zu schaffen. Es gilt der einheitliche Arbeitsansatz, die eigenständige Lebensführung der älteren Mitmenschen durch organisierte, im unmittelbaren Lebensbereich vorgehaltene Angebote und Hilfen zu fördern und zu wahren. Die Umsetzung erfolgt durch die Errichtung dezentraler Altenservicezentren.

#### **3.2 Stadtentwicklungsplan (STEP 2010 / STEP 2015)**

##### ***Stadtentwicklungspläne***

Im Stadtentwicklungsplan 2010 ist das Ziel der Heidelberger Altenhilfe, möglichst vielen alten Menschen ein selbstbestimmtes, selbständiges Leben mit Teilnahme an der Gesellschaft im Alter zu ermöglichen, d.h. gerontopsychiatrische Hilfen und stationäre Pflegemöglichkeiten zu verbessern. Im aktivierenden Bereich ist das hochwertige und beispielhafte Angebot zu erhalten und bei den SZ zu ergänzen. Die Infrastruktur jedes Stadtteils soll es alten Menschen ermöglichen, sich in diesen zu integrieren.

Der Stadtentwicklungsplan 2015 wird um das Kapitel „Demographischer Wandel“ ergänzt. Die Lebenserfahrung der älteren MitbürgerInnen wird als wichtige Ressource gesehen, die in die Gesellschaft einfließen soll. Kommunales Handeln muss differenziert auf die unterschiedlichen Stärken und Schwächen eingehen. Dies erfordert eine vorausschauende, entwicklungsoffene, flexible Planung. Als weitere Ziele werden die Stärkung der Generationenbeziehungen, der Generationensolidarität und des Ehrenamtes genannt. Die Stadtteilangebote sollen sich in ihrer Weiterentwicklung an den Bedürfnissen der jungen Alten, der Hochbetagten und den Demenzkranken orientieren und auch die Bedürfnisse der ausländischen Mitbürgerinnen beachten. Flexible Versorgungsnetzwerke haben Priorität und eine weitere Spezialisierung ist gewünscht.



## 4. Wissenschaftliche Erkenntnisse zum demografischen Wandel

### 4.1 Daten zum demographischen Wandel

Die Lebenserwartung (LE) ist seit Gründung des Deutschen Reiches mit Ausnahme der Kriegszeiten kontinuierlich angestiegen und hat sich in dem Zeitraum von 1871/81 bis 2005/07 sowohl für Männer als auch für Frauen mehr als verdoppelt. Sie beträgt zurzeit 76,9 Jahre (Baden-Württemberg 78,3 Jahre) für Männer und 82,3 Jahre (B-W 83,2 Jahre) für Frauen. Gerade die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren verändert sich in der letzten Zeit stark. Während sie vor 20 Jahren (1985/87) noch 13,8 Jahre (Männer) bzw. 17,6 Jahre (Frauen) betrug, liegt sie heute bei 17,0 Jahren (Männer) bzw. 20,3 Jahren (Frauen). Noch informativer und von größerer praktischer Relevanz sind die Informationen, welcher Anteil von Männern und Frauen ein bestimmtes Alter erreichen. Nach den Sterbeverhältnissen der Sterbetafel von 2005/07 werden in Deutschland 83% der Männer und 91% der Frauen 65 Jahre alt, 49% der Männer und 69% der Frauen 80 Jahre alt und 15% der Männer sowie 28% der Frauen werden heute 90 Jahre alt. Noch vor 20 Jahren erreichten das Alter 65 Jahre 75% der Männer und 87% der Frauen, das Alter 80 Jahre 32% der Männer und 56% der Frauen und das Alter 90 Jahre 6% der Männer und 16% der Frauen (vgl. Abbildung 1 und 2).

***Kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung seit 1871/81***

***49% der Männer und 69% der Frauen werden heute 80 Jahre alt***

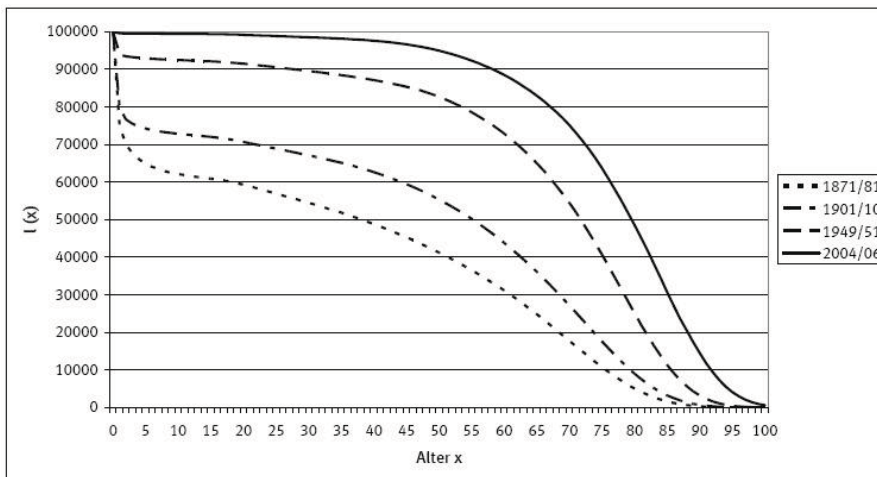


Abb. 1: Anteil von Männern, die ein bestimmtes Alter erreichen (100.000 entspricht 100%), Statistisches Bundesamt, 2008

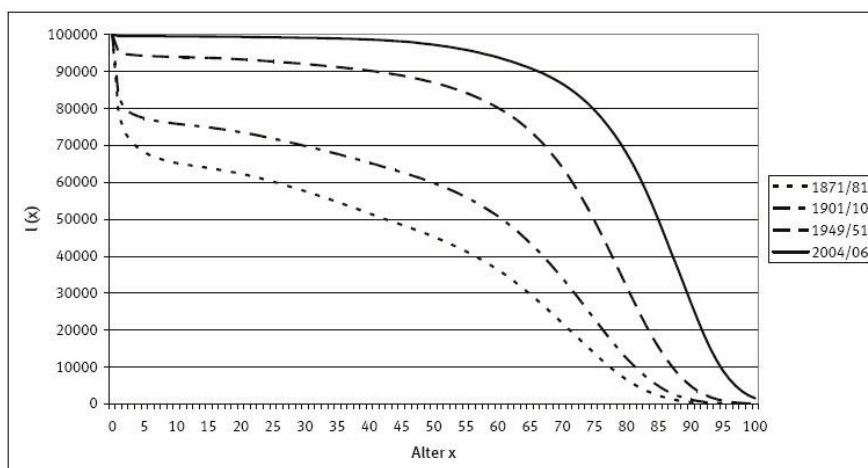


Abb. 2: Anteil von Frauen, die ein bestimmtes Alter erreichen (100.000 entspricht 100%), Statistisches Bundesamt, 2008

Die zunehmende Lebenserwartung und die immer größeren Chancen, ein hohes Alter zu erreichen, sind wesentlich durch Veränderungen der Sterblichkeit begründet. Wie dynamisch der demografische Wandel ist, zeigt ein Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeit der Jahre 2004/06 mit denen der Jahre 1991/93. Die Veränderungen beziehen sich auf einen Zeitraum, der lediglich 13 Jahre umfasst (vgl. Abbildung 3).

**Bedeutsamer Rückgang der Sterblichkeit in allen Altersgruppen**

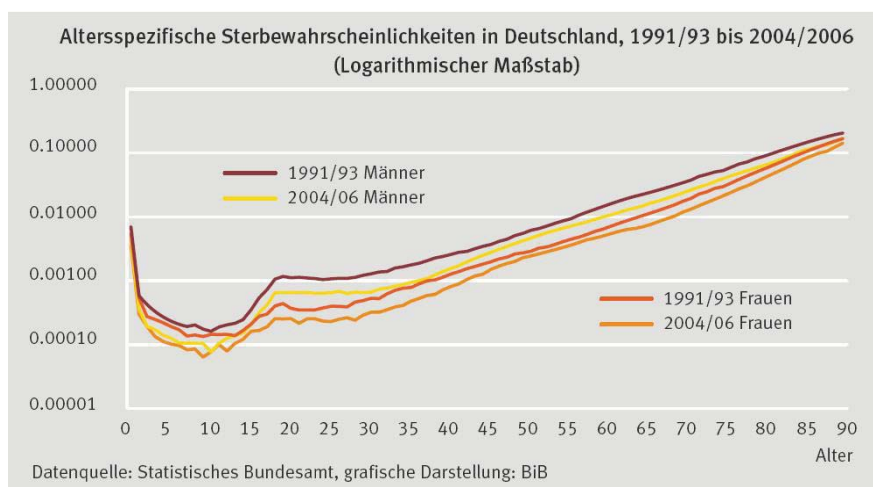
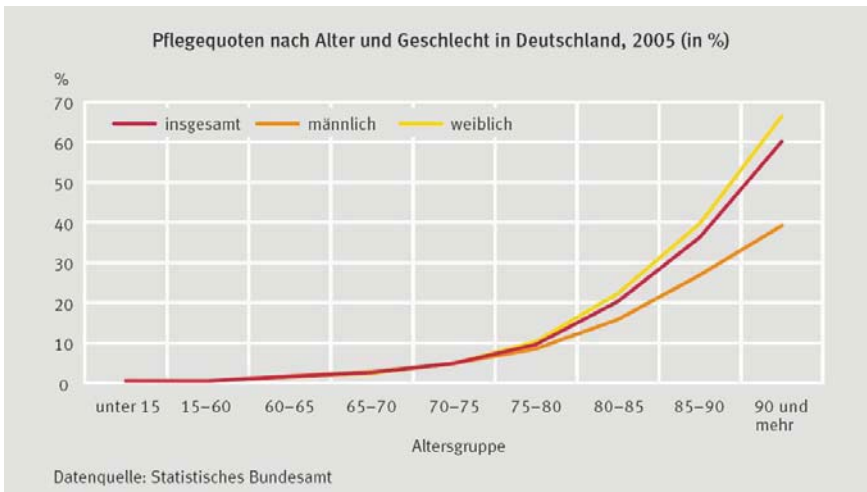


Abb. 3: Veränderung der Sterblichkeit in einem 13-Jahres-Zeitraum, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2008

Seit Beginn der 1990er Jahre ist die Sterblichkeit in allen Altersgruppen rückläufig. Die Säuglingssterblichkeit sank in diesem Zeitraum um 38% von 699 auf 433 gestorbene Säuglinge je 100.000 Lebendgeborene bei den Jungen und um 35% von 547 auf 357 bei den Mädchen. Stark verringert hat sich die Sterblichkeit bis zum Alter 40, hier sind teilweise Rückgänge um mehr als 40% zu verzeichnen. Am geringsten sank die Sterblichkeit im Alter zwischen 45 und 55, bei den Männern mit einem Rückgang von etwas über 20% jedoch stärker als bei den Frauen, bei denen die Sterblichkeit um deutlich weniger als 20% sank. Eine stärkere Verbesserung

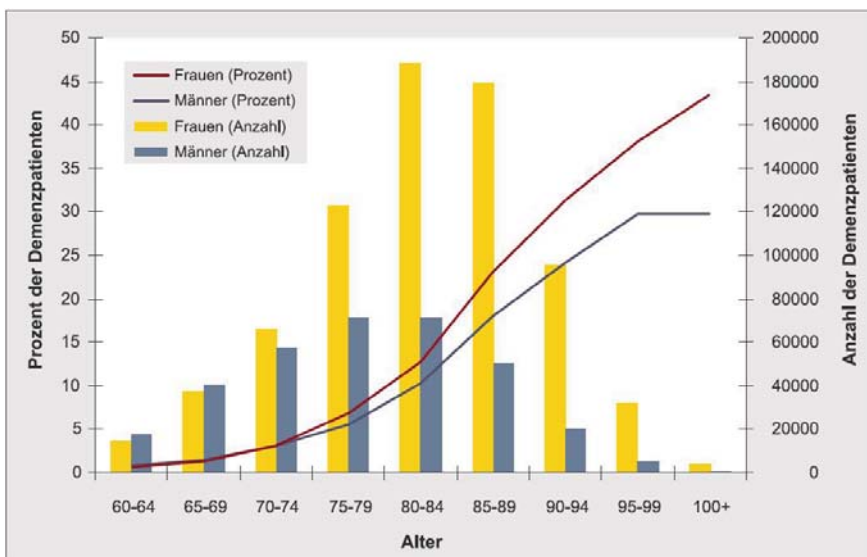
der Männer gegenüber den Frauen ist noch bis zum Alter von 65 Jahren zu verzeichnen. Danach sank die Sterblichkeit bei beiden Geschlechtern in etwa gleich hohem Ausmaß, um rund 30% bis zum Alter 80 und um mehr als 20% in den darüberliegenden Altersgruppen.

Die großen Herausforderungen dieser neuen Hochaltrigkeit bestehen in der ab dem Alter von 80 Jahren stark zunehmenden Pflegebedürftigkeit (vgl. Abbildung 4) und auch in dem dazu fast parallelen Ansteigen der Demenzrate (vgl. Abbildung 5).



**Zunehmende Pflegebedürftigkeit ab 80 Jahre**

Abb. 4: Pflegebedürftigkeit im Jahre 2005, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2008



**Anstieg der Demenzrate mit zunehmendem Alter**

Abb. 5: Prozentuale Verteilung der Demenzpatienten in Deutschland im Jahr 2002 nach Alter und Geschlecht sowie geschätzte Anzahl Betroffener für die Bevölkerung 2007, Ziegler & Doblhammer, 2008

Gleichzeitig darf aber nicht übersehen werden, dass diejenigen Hochaltrigen (80 – 100 Jahre), die über sich selbst Auskunft geben können, im Vergleich zu Personen im 7. und 8. Lebensjahrzehnt über eine nur unwesentlich reduzierte Lebensqualität verfügen,

wie die große internationale Studie WHOQOL-OLD gezeigt hat (Power et al., 2005; Abbildung 6). Viel deutlicher sind die Unterschiede, wenn man gesunde und nicht gesunde Ältere gegenüberstellt. Die Ergebnisse bedeuten zweierlei. Erstens können sie als Hinweise verstanden werden, dass ältere Menschen über ein hohes Maß an Fähigkeiten verfügen, sich mit der zunehmenden Langlebigkeit effektiv auseinanderzusetzen. Zweitens wird die große Bedeutung von Gesundheit für die Lebensqualität im Alter sichtbar.

**Lebensqualität bleibt größtenteils erhalten.**

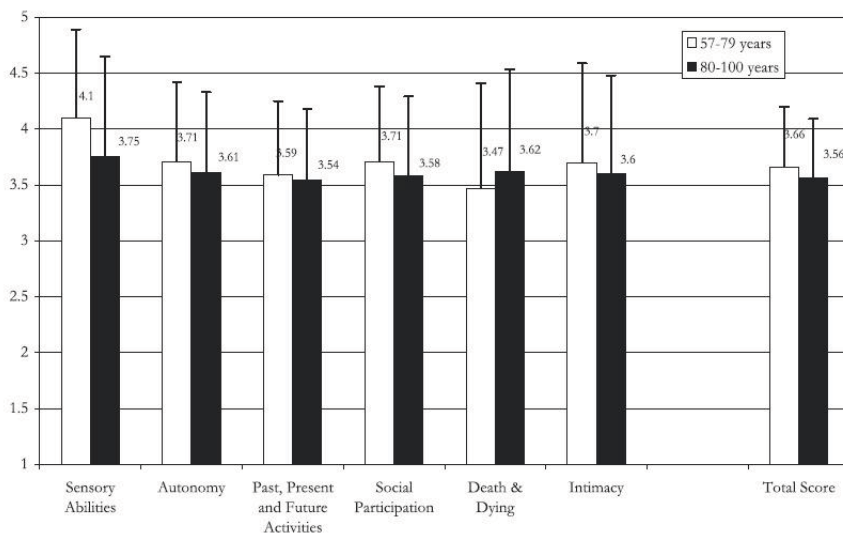


Abb. 6: Unterschiede von 57- bis 79-Jährigen und 80- bis 100-Jährigen in grundlegenden Facetten der Lebensqualität im Alter, Power et al., 2005

**Hochaltrigkeit als Herausforderung für die Kommunen**

Die zunehmende Hochaltrigkeit mit ihren vermehrten Begrenzungen aber auch mit verbleibenden Möglichkeiten stellt bezogen auf das Alter einen zentralen Bestandteil des demografischen Wandels für die Kommunen und die Gesellschaft insgesamt dar.

## 4.2 Prognosen zum demographischen Wandel

Lange gingen die offiziellen Schätzungen davon aus, dass die Lebenserwartung nur noch langsam ansteigen werde. Diese Sichtweise hat sich aufgrund einschlägiger demografischer Veröffentlichungen (insbesondere Oeppen & Vaupel, 2002) gewandelt. In der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung (Statistisches Bundesamt, 2006) wird die Möglichkeit eingeräumt, dass die Lebenserwartung auch weiterhin nahezu linear ansteigen könnte (vgl. Abbildung 7).

**Die Lebenserwartung wird weiter nahezu linear ansteigen.**

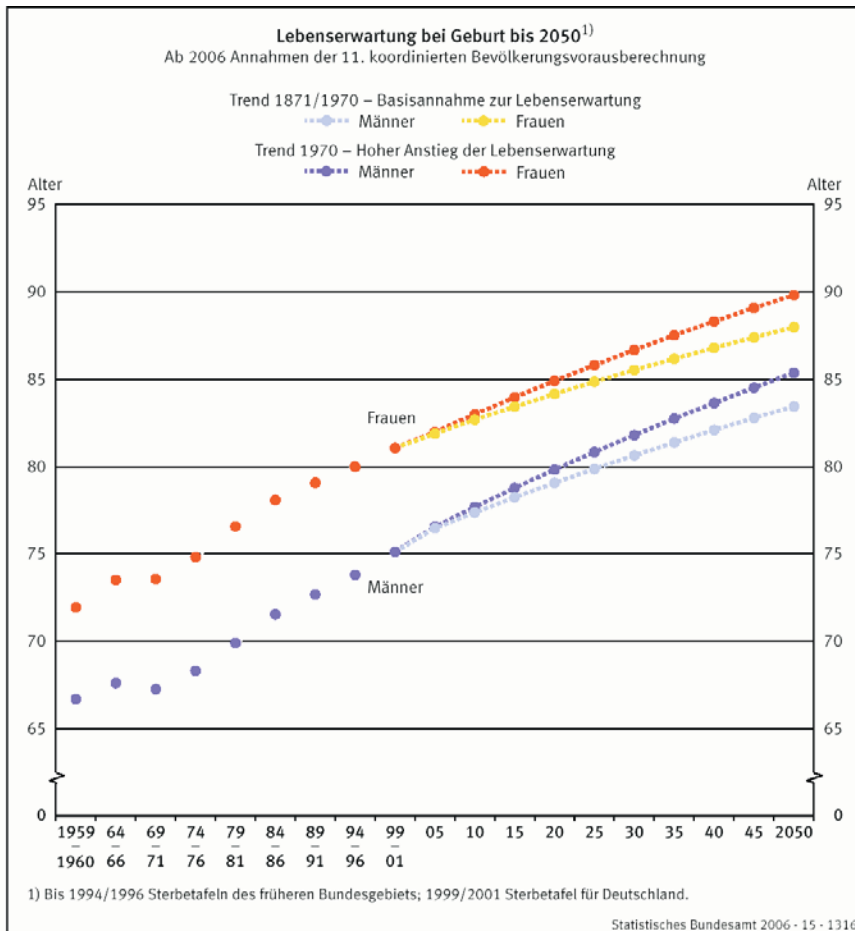


Abb. 7: Zwei Varianten von Vorausberechnungen der Lebenserwartung im Jahre 2050, Statistisches Bundesamt, 2006

Interessanterweise betrachtet das Statistische Bundesamt die kommenden Veränderungen im Segment Ältere (65 Jahre und älter) in zwei getrennten Altersgruppen, „die 65- bis unter 80-Jährigen, die zu den zunehmend aktiven Senioren gehören, und die Hochbetagten 80-Jährigen und Älteren“ (Statistisches Bundesamt, 2006, S. 42). Beide Gruppen unterscheiden sich stark in der Entwicklung bis zum Jahre 2050 (Variante 1-W1: „mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze; vgl. Abbildung 8). Die zentrale Erkenntnis lautet, dass es in Zukunft mehr Menschen im höheren Alter geben wird.

**Unterscheidung  
 65- bis unter 80-Jährige und  
 80-Jährige und Ältere**

**Starke Zunahme der 80-Jährigen und älteren in der Zukunft**

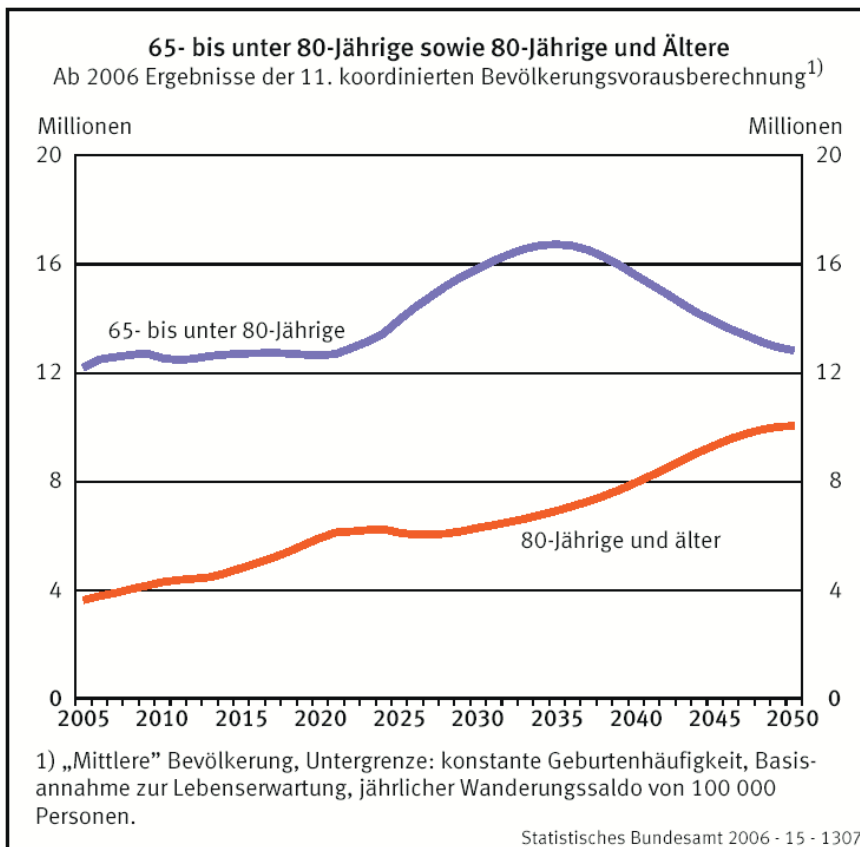


Abb. 8: Entwicklung der Anzahl von Personen im Alter 65-79 Jahre und 80 Jahre und darüber bis zum Jahr 2050, Bundesamt, 2006

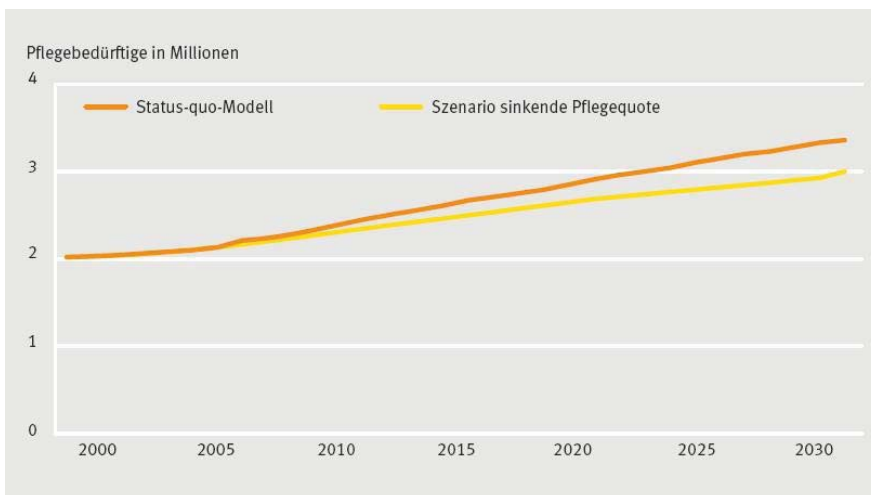
Die Entwicklung der Zahl der 65- bis unter 80-Jährigen kann grob in drei Phasen von je 15 Jahren unterteilt werden: von 2005 bis 2020 eine ganz leichte Zunahme um 0,5 Millionen auf 12,6 Millionen, welcher ein rasanter Anstieg auf 16,7 Millionen bis zum Jahr 2035 folgt, der dann in einen fast gleich schnellen Rückgang um 3,9 Millionen bis zum Jahr 2050 übergeht. Nach dieser achterbahnartigen Entwicklung ist die Gruppe der 65- bis unter 80-Jährigen im Jahr 2050 12,8 Millionen stark oder um lediglich 5% größer als im Ausgangsjahr 2005.

Die Altersgruppe der 80-Jährigen und Älteren wird dagegen bis zum Jahr 2050 deutlich wachsen. Der heute bereits stattfindende Anstieg wird sich zuerst bis zum Jahr 2020 fortsetzen. Hierbei steigt die Hochaltrigenzahl von 3,6 Millionen im Jahr 2005 auf 5,9 Millionen. Bis 2030 schwankt sie dann um die Marke 6 Millionen und nimmt anschließend weiter zu: von 6,3 Millionen im Jahr 2030 auf 10,0 Millionen im Jahr 2050. Damit verringert sich der Abstand zwischen den zwei betrachteten Altersgruppen von 8,6 Millionen im Jahr 2005 auf lediglich knapp 3 Millionen im Jahr 2050. Der Anteil der Hochaltrigen an allen 65-Jährigen und Älteren beträgt nicht mehr 23% sondern 44%. Bei der höheren Annahme zur Lebenserwartung (Variante 2-W1) wird Zahl der 80-Jährigen und älteren bis zum Jahr 2050 auf 11,6 Millionen steigen und somit um 1,6 Millionen (16%) höher als bei der Basisannahme zur Lebenserwartung (Variante 1-W1) liegen.

**2050 sind 44% der Älteren Hochaltrige (80 Jahre und älter)**



Um die Auswirkungen der mit Sicherheit weiter zunehmenden Lebenserwartung und Hochaltrigkeit auf die Pflegebedürftigkeit abschätzen zu können, legte das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008 zwei Modellrechnungen vor. Das erste Modell überträgt den momentanen Status quo der Pflegequoten (getrennt nach Geschlecht und Alter) auf die bis ins Jahr 2030 (nicht 2050!) zunehmend ältere Bevölkerungsstruktur (Status-quo-Modell mit konstantem Pflegerisiko). Entsprechend ist in diesem Modell das Risiko für z. B. einen 80-Jährigen pflegebedürftig zu sein, in Zukunft genauso hoch wie heute (vgl. Abbildung 9).



**Die Pflegebedürftigkeit wird bis 2030 sehr wahrscheinlich um mindestens 50% zunehmen.**

Abb. 9: Entwicklung der Pflegebedürftigkeit von 1999 bis zum Jahre 2030, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2008

Nach den Ergebnissen dieser Vorausberechnung dürfte die Zahl von 2,13 Millionen Pflegebedürftigen im Jahr 2005 auf 2,40 Millionen im Jahr 2010 steigen. Im Jahr 2020 sind 2,91 Millionen Pflegebedürftige und im Jahr 2030 etwa 3,36 Millionen Pflegebedürftige zu erwarten. Die Zahl der Pflegebedürftigen wird zwischen den Jahren 2005 und 2020 also um mehr als ein Drittel (37%) ansteigen; von 2005 bis 2030 um 58%. Die Zunahme fällt dabei bis zum Jahr 2030 bei den Männern mit 74% höher aus als bei den Frauen (50%). Gleichzeitig wird der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung zunehmen: Der Anteil beträgt heute 2,6% und wird bis zum Jahr 2030 auf 4,4% ansteigen. Deutliche Verschiebungen sind bei den Altersstrukturen feststellbar: Während im Jahr 2005 rund 33% der Pflegebedürftigen 85 Jahre und älter sind, beträgt dieser Anteil im Jahr 2020 rund 41% und 2030 ca. 48 %.

In einem ergänzenden Szenario wird davon ausgegangen, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt auch das Pflegerisiko in den Altersgruppen abnimmt (Szenario sinkende Pflegequote). Als Orientierungsgröße gilt dabei die mögliche Zunahme der Lebenserwartung im jeweiligen Alter – es erfolgt daher eine Verschiebung des Pflegerisikos in ein höheres Alter entsprechend der steigenden Lebenserwartung. Dieses Szenario führt zu einem Dämpfungseffekt – allerdings steigt auch bei diesem Szenario die Zahl der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung. Demnach werden für das Jahr 2020 etwa 2,68 Millionen Pflegebedürftige und für

**Nur geringe Dämpfung durch  
medizinisch-technischen  
Fortschritt**

2030 rund 2,95 Millionen erwartet. Der Anstieg beträgt somit 26% bis 2020 und 39% bis 2030. Der Anteil der Pflegebedürftigen liegt entsprechend mit 3,4% im Jahr 2020 und 3,8% im Jahr 2030 etwas niedriger als im ersten Szenario.

Die Stadt Heidelberg erstellt zurzeit eine eigene Bevölkerungsvorausberechnung, die im Laufe des Jahres 2009 vorliegen müsste. Daher verzichten wir an dieser Stelle auf diesbezügliche Prognosen auf kommunaler Ebene. Über die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen liegen in Heidelberg zurzeit keine Angaben vor.

#### **4.3 Unterteilung der Lebensphase Alter in das 3. Alter und das 4. Alter**

##### ***Das 3. Alter als Blüte des Lebens***

Die Unterscheidung von mehreren Lebensphasen des Alterns geht auf Bernice Neugarten (1974), die von den „jungen Alten“ und den „alten Alten“ spricht, und Peter Laslett (1995) zurück, der die Einzigartigkeit des 3. Alters betont und eine völlig neue Sichtweise dieser Altersgruppe eröffnet. Für Peter Laslett ist das 3. Alter der Höhepunkt bzw. die Blüte des Lebens, eine Zeit der persönlichen Erfüllung und des Sinnerlebens. In diesem Alter sollte ein neuer Lebensplan entworfen werden, der ein aktives Engagement zugunsten des Gemeinwohls enthält. Personen im 3. Alter haben Pflichten und Verantwortung gegenüber der sozialen Zukunft, sie sind prädestiniert für die Rolle der "Treuhänder der Zukunft", und sie sollten sich für eine gerechte Ressourcenverteilung einsetzen.

##### ***3. Alter: gute Nachrichten***

Die Idee eines 3. und 4. Alters wurde von Margret Baltes und Paul Baltes aufgegriffen, weiterentwickelt und anhand der Befunde der Berliner Altersstudie auch empirisch überprüft (M. M. Baltes, 1998; P. B. Baltes, 1999; P. B. Baltes & Smith, 2003; Mayer & Baltes, 1996). Die vorliegenden Befunde zum 3. Alter zeigen, dass diese Personen in den meisten Fällen über einen guten Gesundheitszustand verfügen, gute kognitive Fähigkeiten haben, sozial gut eingebunden sind und vielfältige Aktivitäten ausüben. Darüber hinaus weisen sie ein hohes Niveau an emotionalem und persönlichem Wohlbefinden auf. Zudem kann in diesem Alter von einem erheblichen unausgeschöpften Potenzial im Bereich der körperlichen und geistigen Fitness ausgegangen werden. Insgesamt kann im 3. Alter von einer erfolgreichen Bewältigung der altersspezifischen und alterstypischen Anforderungen dieser Lebensphase gesprochen werden. Das 3. Alter umfasst den Altersbereich von ca. 65 bis 80/85 Jahren.

##### ***4. Alter: Nicht so gute Nachrichten***

Das sich daran anschließende 4. Alter (ab ca. 80/85 Jahre) wird weniger positiv gesehen. Der Optimismus des 3. Alters kann nicht auf das 4. Alter übertragen werden. P. B. Baltes spricht von einer sehr vulnerablen (verletzlichen) Lebensphase mit zunehmender Unmöglichkeit der effektiven Kompensation von Defiziten und P. Laslett von einer Zeit der unabänderlichen Abhängigkeit, der Altersschwäche und des Todes. In der Berliner Altersstudie wurde deutlich, dass es zu einer Häufung von chronischen Belastungen kommt. 80% erleiden Verluste in 3 bis 6 Bereichen: z.B. Sehen,



Hören, Kraft, funktionale Kapazität, Krankheiten, Intelligenz. Insgesamt ist ein hohes Ausmaß an Gebrechlichkeit, Funktionseinschränkungen und Multimorbidität zu beobachten. Weiterhin liegt eine beträchtliche Prävalenz von Demenzen (ungefähr 50% im Alter von 90 Jahren und darüber) vor. Den zunehmenden Verlusten und Defiziten stehen unzureichende Kompensationsmöglichkeiten gegenüber, eintretende Funktionseinschränkungen können zu einem Verlust der Selbständigkeit und Pflegebedürftigkeit führen. Personen im 4. Alter sind also durch vermehrt auftretende Krankheiten und geringer werdende physische, psychische und soziale Ressourcen in besonderer Weise gefährdet, Einschränkungen in ihrer Selbständigkeit und der sozialen Teilhabe zu erfahren. Ob es auch zu zunehmenden Verlusten in den positiven Dingen des Lebens (Glücklichsein, soziale Kontakte) kommt, ist umstritten.

Aufgrund der theoretischen Überlegungen und der vorliegenden Befunde, von denen einige zentrale Ergebnisse im nächsten Kapitel dargestellt werden, sehen wir es im Rahmen dieser Evaluation als notwendig und geboten an, die Angebote und die Nutzerstruktur der Seniorenzentren in Heidelberg in Bezug auf das 3 und 4. Alter zu unterscheiden, um den unterschiedlichen Ressourcen, Bedürfnissen und Risikofaktoren dieser Lebensphasen gerecht zu werden.

**4. Alter:  
Noch positive Dinge  
des Lebens?**

**Unterscheidung 3. und 4. Alter  
Grundlage der Evaluation**

## 5. Wissenschaftliche Erkenntnisse und Befunde zu den Indikatoren gesunden und zufriedenen Alterns

### *Indikatoren decken zentrale Bedürfnisse ab.*

Die Konzeption der Evaluation sah vor, die Arbeit der Seniorenzentren anhand von vier Leitkonzepten zu analysieren. Diese sind Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Integration und Lebenssinn. Sie stellen die zentralen Konzepte der Gerontologie dar und finden sich auch im Altenstrukturkonzept von 1988 wieder. Dort wird auch gefordert, dass sich die Angebote der Altenhilfe vor allem an den Bedürfnissen der Senioren orientieren sollen. Betrachtet man die Erkenntnisse eines Workshops aus dem Jahr 1996 zu den Bedürfnisstrukturen älterer Menschen, der in Heidelberg im Deutschen Zentrum für Altersforschung durchgeführt wurde, und die Ergebnisse einer vorgeschalteten Teilnehmerbefragung von 109 Senioren, so finden sich auch hier die vier Hauptkategorien wieder. In der erstellten Bedürfnishierarchie des Workshops, an dem ältere Menschen und Experten aus Forschung, Planung und Praxis teilnahmen, wurde zuerst Gesundheit, danach Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Sicherheit, Mobilität und Lebenssinn genannt.

### 5.1 Gesundheit

#### *Morbidität*

Die Beschreibung des Gesundheitszustandes der Älteren kann anhand mehrerer Indikatoren erfolgen. Ein erster Indikator ist die Morbidität. Sie misst die Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung bzw. Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. in einer bestimmten Periode. Neuere Daten zur Morbidität liefert die SHARE-Studie. Der »Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe« (SHARE) ist eine multidisziplinäre und länderübergreifende Studie zu den Themen soziale Lage, Gesundheit, soziale und familiäre Netzwerke der über 50-Jährigen. Sie wurde als internationales Kooperationsprojekt im Jahr 2004 in elf europäischen Ländern erhoben. Nach den Daten der SHARE-Studie ist der Anteil derjenigen älteren Befragten, die langfristige, chronische Gesundheitsprobleme berichten, hoch. Bereits im mittleren Erwachsenenalter (bei den 50- bis 59-Jährigen) gibt fast die Hälfte aller Befragten langfristige Gesundheitsprobleme an. Ab dem 60. Lebensjahr steigt dieser Prozentsatz deutlich und beträgt bei den über 80-Jährigen 76 Prozent (Männer) bzw. 84 Prozent (Frauen). Die überwiegende Mehrheit der älteren Bevölkerung ist also mit chronischen Gesundheitsproblemen konfrontiert, Frauen in größerem Umfang als Männer (vgl. Abbildung 10). Vor allem in den Altersgruppen ab 70 Jahren gibt es in den untersuchten europäischen Staaten große Geschlechterunterschiede bei chronischen Gesundheitsproblemen. Frauen haben in diesem Aspekt um 7 bis 12 Prozentpunkte höhere Anteile als Männer.

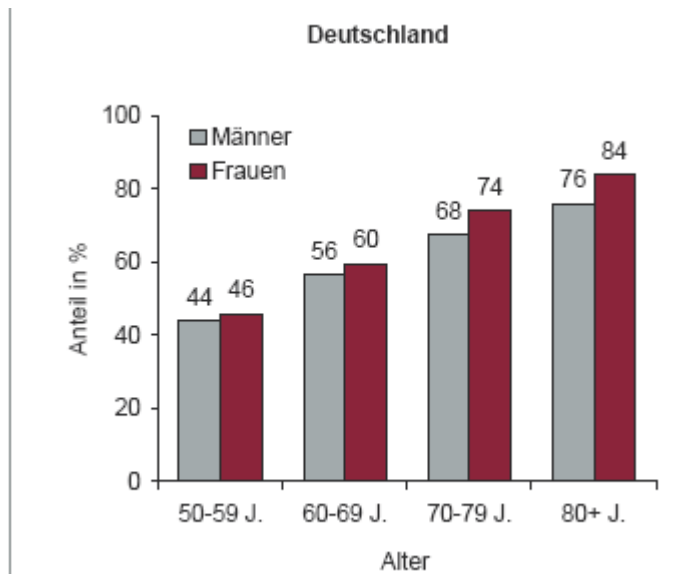
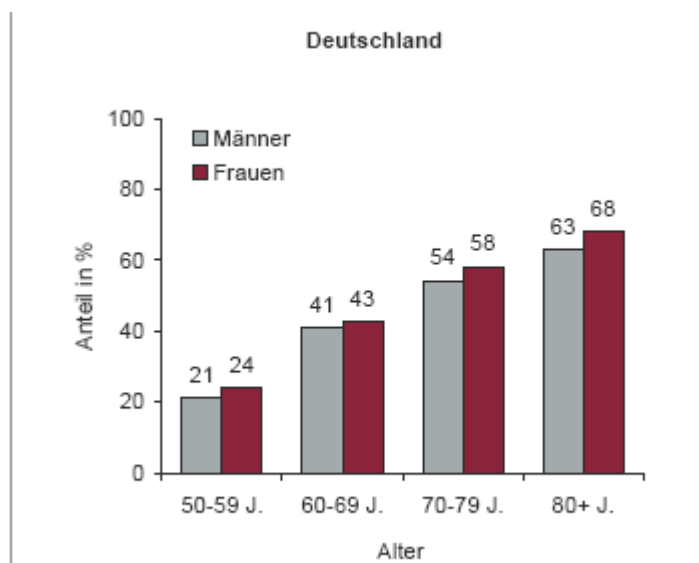


Abb. 10: Anteil der Befragten mit chronischen Gesundheitsproblemen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Die Anteile chronisch Erkrankter sind in Deutschland höher als im Durchschnitt aller in SHARE vertretenen europäischen Länder. Neben dem vermehrten Auftreten chronischer Krankheiten ist die Multimorbidität im Alter – das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen – ein schwerwiegendes Gesundheitsproblem. Die parallel bestehenden Erkrankungen haben häufig einen chronischen Verlauf, sie beeinflussen sich gegenseitig in negativer Weise und begünstigen das Auftreten weiterer akuter Krankheiten. Der Anstieg der Multimorbidität (hier als der Anteil der Befragten mit zwei und mehr chronischen Krankheiten) über die Altersgruppen ist augenfällig, wie Abbildung 11 zeigt. Während bei den 50- bis 59-Jährigen noch weniger als ein Viertel davon betroffen ist, sind es bei den 70- bis 79-Jährigen bereits mehr als die Hälfte und bei den über 80-Jährigen sogar etwa zwei Drittel, die mehrfach chronisch krank sind.

***Anteil chronisch Kranker in Deutschland besonders hoch***

***Multimorbidität***



***Zwei Drittel der 80 Jährigen und älteren haben mehr als eine chronische Erkrankung.***

Abb. 11: Anteil der Befragten mit zwei und mehr Krankheiten nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Einen guten Überblick über die Morbidität älterer Menschen in Deutschland findet man darüber hinaus in dem vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) herausgegebenen Report Altersdaten „Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter“ (Deutsches Zentrum für Altersfragen, 2006).

### ***Funktionale Gesundheit***

Im Kontext dieser Evaluation sind zwei weitere Gesundheitsindikatoren wesentlich, die funktionale Gesundheit und die subjektive Gesundheit. Mit der funktionalen und der subjektiven Gesundheit werden zwei Konzepte des Gesundheitsbegriffs vorgestellt, die erhebliche Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen haben. Die funktionale Gesundheit ist ein wesentlicher Indikator für Lebensqualität. Sie erfasst, inwieweit ein älterer Mensch mit seinen gesundheitlichen Gegebenheiten und trotz eventueller gesundheitlicher Einschränkungen Alltagsanforderungen bewältigen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann. Nach der Definition der WHO ist eine Person funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, persönliche Faktoren) – (a) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen), (b) sie nach Art und Umfang das tun oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), (c) sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise (Art und Umfang) entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. (Konzept der Partizipation) (Schuntermann, 2006). Eine gute funktionale Gesundheit ist daher wesentlich für Autonomie und selbständige Lebensführung im Alter.

### ***Deutlicher Anstieg der funktionalen Einschränkungen mit zunehmendem Alter***

In der SHARE-Studie wurde ermittelt, wie sich funktionale Einschränkungen über die Altersgruppen hinweg verteilen (vgl. Abbildung 12). Abgebildet ist der Indikator GALI (Global Activity Limitation Indicator), der misst, ob die Befragten innerhalb eines bestimmten Zeitraums (hier: im letzten halben Jahr) durch gesundheitliche Probleme an der Ausübung ihrer üblichen Aktivitäten gehindert waren. Deutlich wird, dass sowohl Männer als auch Frauen mit zunehmendem Alter wesentlich häufiger solche Aktivitätsbeschränkungen angeben. Während von 50- bis 59-jährigen deutschen Befragten nur etwa ein Drittel in ihrem Alltag Einschränkungen aufgrund gesundheitlicher Probleme hatten, traf das auf über 80 Prozent der 80-Jährigen und Älteren zu. Frauen zeigten dabei mit Ausnahme der ältesten Altersgruppe häufiger Einschränkungen als Männer.

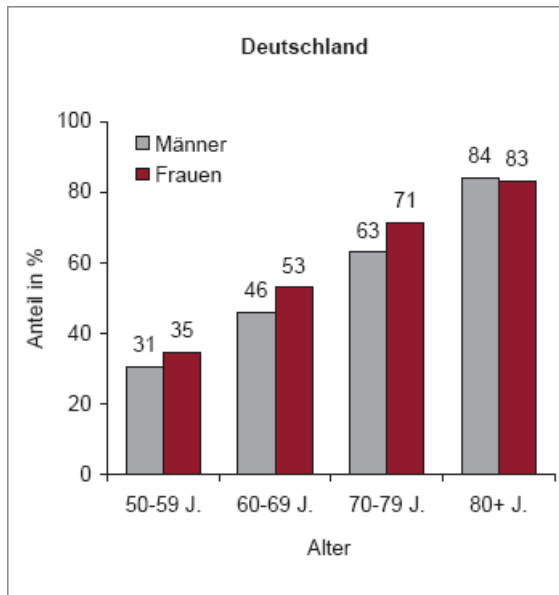


Abb. 12 Aktivitätsbeschränkungen nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Zu ähnlich negativen Ergebnissen kam auch eine Studie mit in Privathaushalten lebenden Älteren im 3. und 4. Alter (Hieber et al., 2006). 77% der Männer und 67% der Frauen im 3. Alter fühlten sich durch ihren Gesundheitszustand in ihren Aktivitäten ab und zu oder fast immer eingeschränkt. Im 4. Alter erhöhte sich nochmals der Anteil der Personen mit Aktivitätsbegrenzungen. Einschränkungen erlebten 87% der Männer und 91% der Frauen.

### ***Aktivitätsbeschränkungen im 3. und 4. Alter häufig***

Die subjektive Gesundheit (auch selbstberichtete Gesundheit, engl. self-rated health) ist ein Maß für die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (etwa: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“). Sie ergänzt andere, stärker objektiv ausgerichtete Indikatoren des Gesundheitszustandes um den Aspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die subjektive Gesundheit spiegelt nicht nur objektivierbare Fakten des Gesundheitszustandes wie körperliche Funktionsfähigkeit, diagnostizierte Krankheiten u. ä. wider, sondern fasst physische, psychische als auch soziale Aspekte der Gesundheit in der ganzheitlichen Sichtweise der Betroffenen zusammen und erfasst damit auch ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität. Zu den Vorteilen des Indikators gehört seine einfache Handhabung bei gleichzeitig komplexer Aussagefähigkeit. Durch empirische Untersuchungen wurde beispielsweise belegt, dass die subjektive Gesundheit künftige Mortalität besser vorhersagen kann als objektive Indikatoren, die auf Diagnosen und Messungen beruhen. Die Aussagefähigkeit des Indikators subjektive Gesundheit ist also hoch. (vgl. dazu z. B. Benyamini & Idler, 1999; Idler & Benyamini, 1997; Mossey & Shapiro, 1982; Müters, Lampert, & Maschewsky-Schneider, 2005).

### ***Subjektive Gesundheit***

**Die Mehrheit der Älteren beurteilt ihre Gesundheit als gut oder sehr gut.**

**Der Anteil mit unterdurchschnittlicher Gesundheitseinschätzung steigt mit dem Alter an, besonders in Deutschland**

Die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Ergebnisse des Telefonischen Gesundheitssurveys zeigen, dass einerseits in allen Altersgruppen der weit überwiegende Teil der Befragten die eigene Gesundheit als „gut“ oder „sehr gut“ bewertet. Zum Anderen nimmt aber mit steigendem Alter die positive Einschätzung der Gesundheit ab (Ellert et al., 2006). Zu ähnlichen Ergebnissen für den Altersverlauf kommt auch der Alterssurvey 2002. Die subjektive Gesundheit wird auch nach diesen Daten über die Altersgruppen hinweg und in besonderem Maße innerhalb der höchsten Altersgruppe (70 bis 85 Jahre) zunehmend schlechter beurteilt. Dabei zeigt sich aber auch, dass weniger das Alter selbst, als vielmehr die mit dem Alter ansteigende Zahl der Erkrankungen verantwortlich für die zunehmende Verschlechterung der subjektiven Gesundheitseinschätzung ist (Wurm & Tesch-Römer, 2006).

Im Vergleich europäischer Staaten ist die selbst eingeschätzte Gesundheit der über 50-Jährigen in Deutschland unterdurchschnittlich gut. Gemessen am Anteil derjenigen, die ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht einstufen (»less-than-good«-Anteil) weisen die deutschen Befragten relativ hohe Werte im negativen Bereich auf. Das trifft vor allem auf Männer der älteren Altersgruppen zu, aber auch bei den älteren Frauen ist diese Tendenz auszumachen (vgl. Abbildung 13). Die besten Werte der subjektiven Gesundheitseinschätzung weisen den SHARE-Daten zufolge die Schweiz, die Niederlande und Dänemark auf, eher negative Tendenzen zeigen neben Deutschland Italien und Spanien.

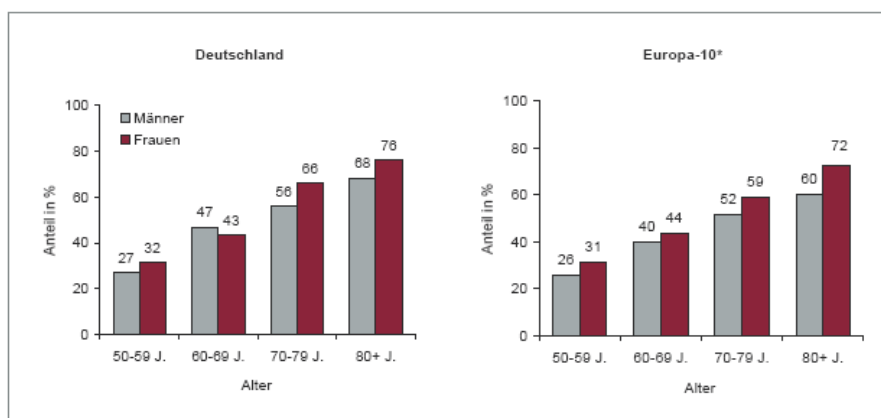


Abb. 13: Selbst eingeschätzte Gesundheit nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004 (Less-than-good-Anteil) \*Österreich, Deutschland, Schweden, Niederlande, Spanien, Italien, Frankreich, Dänemark, Griechenland, Schweiz

Der Vergleich von Selbsteinschätzungen des Gesundheitszustandes spiegelt allerdings nur bedingt den tatsächlichen, „objektiven“ Gesundheitszustand wider. Um den eigenen Zustand zu bewerten, müssen die Befragten ihre gesundheitliche Situation vergleichen, beispielsweise mit der anderer Personen des gleichen Alters oder im unmittelbaren Umfeld, aber auch mit den Erwartungen, die sie selbst an ihre Gesundheit haben. Die subjektive Reflexion der eigenen gesundheitlichen Situation kann im internationalen Maßstab außerdem durch unterschiedliche kulturelle Muster und Konnotationen beeinflusst werden.

Weitere zahlreiche und spezifische Befunde zur funktionalen Gesundheit und zur subjektiven Gesundheit Älterer aus dem Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts, dem Alterssurveys des Deutschen Zentrums für Altersfragen und der SHARE-Studie sind in dem Report Altersdaten „Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer“ (Menning, 2006) zu finden. Dieser Report ist als Anlage 1 diesem Evaluationsbericht beigelegt.

## 5.2 Selbständigkeit

Ebenso wie Gesundheit kann Selbständigkeit in unterschiedlicher Art und Weise aufgefasst und beschrieben werden. Unter Selbständigkeit wird im Allgemeinen die Unabhängigkeit von Hilfen anderer verstanden und damit die selbständige Lebensführung hervorgehoben. Für diese individuelle Autonomie sind verschiedene Kompetenzen notwendig, die in die vier Bereiche körperliche, alltagspraktische, psychische und kognitive Kompetenz aufgeteilt werden können. Diese Kompetenzen und Ressourcen müssen von der Person eingesetzt werden, um die täglichen Umwelтанforderungen zu bewältigen. Der Begriff Selbständigkeit impliziert auch einen hohen gesellschaftlichen und politischen Bedeutungswert. Der Verlorengang von Fähigkeiten, die für die eigenständige Bewältigung von Umwelтанforderungen von der Person benötigt werden und die damit zusammenhängende Abhängigkeit von Hilfe und Unterstützung durch andere kennzeichnen den Begriff „Unselbständigkeit“. Der Verlust von Selbständigkeit steht im Zusammenhang mit Verlust von Lebensqualität, finanzieller Belastung des Einzelnen und der Gesellschaft durch Hilfe- oder Pflegebedarf.

Um die scharfe Trennung von Selbständigkeit/Unselbständigkeit zu überwinden, schlägt A. Kruse folgende erweiterte Definition vor: „Selbstständigkeit beschreibt die Fähigkeit des Individuums, ein von Hilfen anderer Menschen weitgehend unabhängiges Leben zu führen oder im Falle des Angewiesenseins auf Hilfen diese so zu gebrauchen, dass ein selbstständiges Leben in den für die Person zentralen Lebensbereichen möglich ist“ (Kruse, 2005, S. 277). Damit kann eine Person zugleich selbständig und unselbständig sein. Die so verstandene Selbständigkeit ist nach Kruse beeinflusst von: (a) den individuellen, im Lebenslauf erworbenen Kompetenzen des Individuums, (b) dessen Lebens- und Umweltbedingungen, (c) dessen Grad der materiellen und sozialen Sicherung; (d) dem in

**Selbsteinschätzung von vielen Faktoren beeinflusst**

**Unabhängigkeit von Hilfen anderer**

**Erweiterte Definition: Hilfen zum selbständigen Leben in zentralen Lebensbereichen**



einer Gesellschaft bestehenden Niveau der materiellen und sozialen Sicherung und (e) der in der Wohnumwelt bestehenden Infrastruktur medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung (Kruse, 2002). Die Bedeutung der Infrastruktur medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Versorgung für die Aufrechterhaltung und Wiedererlangung von Selbständigkeit wächst – aufgrund der zunehmenden Verletzbarkeit ('Vulnerabilität') des Organismus – mit steigendem Alter.

### ***Bewusst angenommene Abhängigkeit***

A. Kruse ergänzt seine erweiterte Definition von Selbständigkeit durch die Einführung des Konzeptes der bewusst angenommenen Abhängigkeit. „Bewusst angenommene Abhängigkeit beschreibt die Fähigkeit des Menschen, die in seiner Lebenssituation notwendigen Hilfen anzunehmen und die Abhängigkeit als ein natürliches Phänomen des Menschseins zu deuten. Sie beschreibt weiterhin die Fähigkeit des Menschen, Einschränkungen und Verluste, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können, anzunehmen, wobei diese Fähigkeit auch gefördert wird durch Hilfen, die dazu beitragen, Einschränkungen und Verluste in Teilen zu kompensieren oder deren subjektive Folgen erkennbar zu verringern“ (Kruse, 2005, S. 279f.). Gerade diese Ergänzung der bewusst angenommenen Abhängigkeit dürfte für Personen im 4. Alter von hoher Relevanz sein.

### ***ADL und IADL***

Die kompetente Alltagsbewältigung im Sinne der Unabhängigkeit von Hilfen erfolgt häufig durch basale und erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL). Obwohl ADL und IADL objektiv messbare Kriterien darstellen sollen, geht in diese Maße auch die individuelle Selbsteinschätzung der Selbständigkeit mit ein (vgl. Schönemann et al., 2003). Einschränkungen in den ADL lassen auf einen relativ weit fortgeschrittenen Grad der Hilfebedürftigkeit schließen. Dementsprechend niedrig sind Angaben in dieser Kategorie bei älteren Menschen, die in Privathaushalten leben (und an einer Befragung teilnehmen). Eine Auswertung der SHARE-Daten für die deutsche Stichprobe zeigt, dass der Anteil der Befragten, die eine oder mehrere Beeinträchtigungen in den ADL aufweisen, bis zum 80. Lebensjahr noch relativ gering ist und erst danach sprunghaft ansteigt. Dann allerdings sind etwa ein Drittel der Männer und Frauen bei mindestens einer der Basisaktivitäten der Selbstversorgung wie Anziehen, Baden / Duschen oder Essen eingeschränkt (vgl. Abbildung 14).



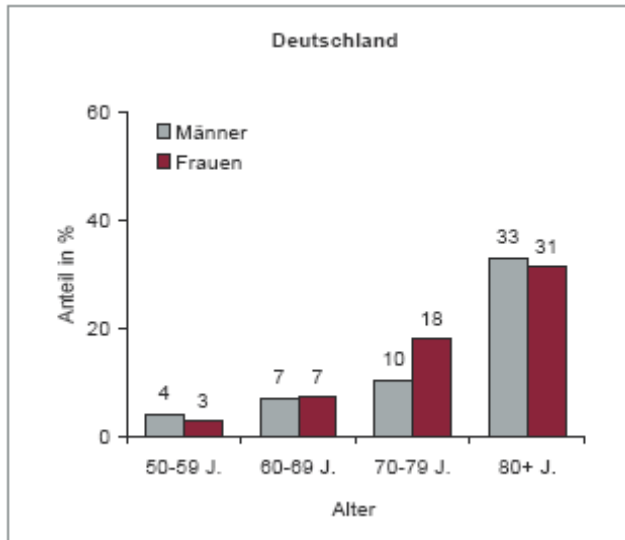


Abb. 14: Anteil der Befragten mit mindestens einer ADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

Eine Komponente der ADL scheint besonders anfällig zu sein, das Gehen. Die im Alterssurvey abgefragten Mobilitätsbeeinträchtigungen stiegen mit zunehmendem Alter an. Ein deutlicher Sprung ist ab dem Alter von 75 Jahren zu beobachten. Während in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen nur 10% angaben, Schwierigkeiten zu haben, mehrere Treppenabsätze zu steigen, geben in der Altersgruppe 75-84 Jahre 24% diese Schwierigkeiten an. 25% dieser Altersgruppe haben auch große Schwierigkeiten, mehr als einen Kilometer zu Fuß zu gehen und 22% können nicht mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen. Dieser Trend setzt sich weiter bis ins hohe Alter fort, wie die Studie von Hieber und Kollegen gezeigt hat (Hieber et al., 2006). Im 3. Alter geben 70,1% an, noch mehr als 1 km gehen zu können, im 4. Alter kehrt sich das Verhältnis um. Nur noch 30,8% geben an, mehr als 1 km gehen zu können und 69,2% sind nicht mehr dazu imstande. Differenziert man nach dem Geschlecht wird deutlich, dass Frauen die größeren Mobilitätseinschränkungen haben. In der Altersgruppe 65-79 Jahre geben 63,1% der Frauen und 76,9% der Männer an, noch mehr als 1 km gehen zu können. In der Altersgruppe der 80-94-jährigen sinkt zwar auch die Zahl der Männer, die noch 1 km gehen können (44,3%), aber deutlich weniger Frauen geben im 4. Alter an (20,2%), noch in der Lage zu sein, die Entfernung zu Fuß bewältigen zu können. Dieses Ergebnis ist umso bemerkenswerter, da sich die Gehfähigkeit als der wichtigste Faktor für die Autonomie (selbständige Lebensführung) im Alter herausgestellt hat (Perrig-Chiello et al., 2006). D.h., dass diejenigen Älteren, die gut gehen können, auch über ein hohes Maß an Selbständigkeit verfügen.

### ***Hohe Anfälligkeit der Mobilität***

### ***Mobilität zentraler Faktor der Autonomie***

**IADL umfassen komplexere Tätigkeit**

Die IADL (Instrumental Activities of Daily Living) erweitern im Vergleich zu den ADL das Spektrum der untersuchten Aktivitäten um diejenigen Tätigkeiten, die notwendig sind, um ein selbständiges Leben in einem Privathaushalt zu führen (z.B. Einkaufen, Mahlzeiten zubereiten, Haushaltsreinigung, Wäsche waschen). Sie umfassen damit komplexere Tätigkeiten als die ADL, die sich auf die reine körperliche Selbstversorgung richten. Demnach spiegeln die IADL in stärkerem Maß als die ADL nicht nur gesundheitliche Einschränkungen wider, sondern auch sozial definierte Rollen, Bedingungen der physischen und sozialen Umwelt und kulturelle Faktoren. Zum Anderen sind diese Indikatoren auch ein Ausdruck für die Entwicklung von Hilfsmitteln und ihren Verbreitungsgrad in der betroffenen Population. Die Daten der SHARE-Studie zeigen für Deutschland, dass ein erheblicher Anteil der über 80-jährigen Befragten, 39% der Männer und 44 % der Frauen, bei mindestens einer IADL-Kategorie eingeschränkt ist (vgl. Abbildung 15).

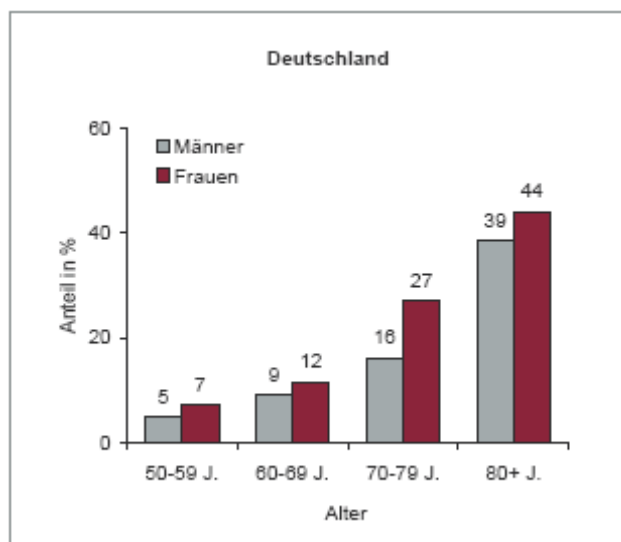


Abb. 15: Anteil der Befragten mit mindestens einer IADL-Einschränkung nach Alter und Geschlecht, SHARE 2004

**5.3 Soziale Integration**

Soziale Integration beschreibt, inwiefern Menschen durch soziale Beziehungen in eine Gemeinschaft und in die Gesellschaft eingebunden sind und kann als Ergebnis einer optimalen Nutzung von sozialen Netzwerken und von sowohl erhaltener als auch geleisteter sozialer Unterstützung angesehen werden. Eine gelungene soziale Integration kann die Anpassung an die gegebene Lebenssituation, das allgemeine Wohlbefinden und die geistige Gesundheit positiv beeinflussen (Antonucci et al., 1996). Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für ein selbständiges Leben bis ins hohe Alter (Stosberg & Bühler, 2006). Dabei spielen die Anzahl und die erlebte Qualität der Kontakte (Rott, 1999) sowie der Grad der Einbindung in die sozialen Netze eine wesentliche Rolle (Antonucci et al., 1996). Die engsten und wichtigsten sozialen Bindungen finden jüngere und ältere Menschen in Partnerschaft, Familie und bei Freunden.

**Eingebundensein in eine Gemeinschaft und die Gesellschaft**

In der Studie von Hieber und Kollegen (Hieber et al., 2006) konnte gezeigt werden, dass ca. zwei Drittel der älteren Menschen entsprechend der Erreichbarkeit wichtiger Personen zweimal oder öfter in der Woche persönlichen Kontakt zu wichtigen Personen haben. Für etwa 70% ist damit auch ihr Kontaktwunsch erfüllt. Ein überzufälliger Unterschied zwischen dem 3. und 4. Alter in Bezug auf Kontakthäufigkeit und Kontaktwunsch konnte nicht festgestellt werden. Bei fast allen der befragten, zuhause lebenden Personen ist eine Vertrauensperson vorhanden. Allerdings äußern auch zwischen 33% und 50% der Befragten, dass sie manchmal bis sehr oft Einsamkeitsgefühle haben.

**Ältere haben häufigen Kontakt mit ihnen wichtigen Personen.**

Wie lebenswichtig die soziale Integration insbesondere für Männer ist, konnten Seeman und Kollegen nachweisen (Seeman et al., 1993). Sowohl für Männer als auch für Frauen verringerte sich die Sterblichkeit mit zunehmender Anzahl bedeutsamer Beziehungen. Männer sind bei fehlenden Beziehungen anfälliger als Frauen. Mit zwei oder mehr Bindungen haben Männer ein wesentlich geringeres Risiko innerhalb von 5 Jahren zu sterben, als Männer mit nur einer oder keiner engen Sozialbeziehung (vgl. Abbildung 16). Bei Frauen treten diese Effekte nicht so stark auf.

**Soziale Integration ist lebenswichtig, besonders für Männer.**

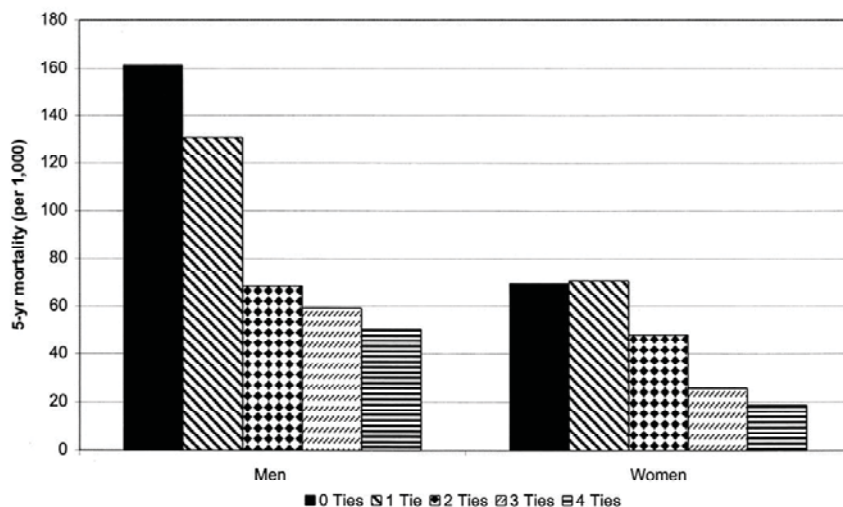


Abb. 16: Anzahl bedeutsamer Beziehungen („ties“) und Mortalität bei Männern und Frauen

Die Art und Weise, wie ältere Menschen ihre sozialen Netzwerke gestalten, kann in unterschiedliche Typen gruppiert werden, die unterschiedliche Auswirkungen auf Wohlbefinden, depressive Symptome und Morbidität haben (Fiori et al., 2007). Eine Gruppe sind Menschen, die auf ein vielfältiges Netzwerk aus Familie und Freunden zurückgreifen können, um emotionale oder instrumentelle Unterstützung zu erhalten. Sie zeigen weniger depressive Symptome, haben ein niedrigeres Morbiditätsrisiko und ein höheres subjektives Wohlbefinden als Menschen, deren Netzwerke eingeschränkt sind und die nur in wenige Aktivitäten eingebunden sind. Eine andere Gruppe sind „Risikopersonen“. Sie gehören eher dem 4. Alter an und sind auf Unterstützung angewiesen.

**Netzwerktypen**

**Soziale Integration wirkt sich positiv auf Gesundheit und Kognition aus.**

Es bestehen fast ausschließlich Kontakte zu Freunden und Bekannten und selten zur Familie. Meistens sind die Personen dieser Gruppe nicht oder nicht mehr verheiratet.

Die soziale Einbindung älterer Menschen hat erhebliche direkte Einflüsse auf körperliche Veränderungsprozesse, auf die Gesundheit und auf das Gesundheitsverhalten (vgl. Seeman & Crimmins, 2001). Es konnte sogar nachgewiesen werden, dass der Rückgang von kognitiven Leistungen, insbesondere im Bereich der Wahrnehmungsgeschwindigkeit durch soziale Integration abgeschwächt wird (Lövdén et al., 2005).

**Personale Ressourcen beeinflussen soziale Integration.**

Ältere Menschen, die über ein größeres soziales Netzwerk verfügen, nicht in der Mobilität eingeschränkt sind und sozialkommunikative Fähigkeiten besitzen, sind eher sozial integriert. Auch ein gewisses Maß an Stabilität und Zufriedenheit, sowie kognitive und soziale Bewältigungsstrategien wirken sich positiv auf die soziale Integration aus. Bei Hochaltrigen kommt zusätzlich noch das Ersuchen nach Hilfe im Sinne bewusst angenommener Abhängigkeit als verstärkender, positiv wirkender Faktor hinzu.

**Soziales Kapital als gesellschaftliche Ressource**

Soziale Beziehungen und soziale Integration haben nicht nur auf der individuellen Ebene einen Einfluss auf die Menschen. Aus amerikanischen Studien ist bekannt, dass ein hohes soziales Kapital, das sich durch gegenseitiges Vertrauen und Helfen sowie das füreinander Eintreten auszeichnet, mit einer niedrigeren Sterblichkeit verbunden ist (Satariano, 2006; Seeman & Crimmins, 2001)

**Soziale Teilhabe und Produktivität**

A. Kruse betrachtet die soziale Integration/ Teilhabe unter der Perspektive der gesellschaftlichen Produktivität alter Menschen und thematisiert die möglichen infrastrukturellen Rahmenbedingungen zur Stärkung und Nutzung dieser Produktivität (Kruse, 2002). Soziale Teilhabe ist für ihn (a) die Artikulation eigener Interessen, (b) die Beschäftigung mit gesellschaftlichen Prozessen und Entscheidungen, (c) die Einflussnahme auf gesellschaftliche Prozesse und Entscheidungen, (d) die Auseinandersetzung mit Inhalten der sozialen und kulturellen Umwelt, (e) die Mitgestaltung der sozialen und kulturellen Umwelt, (f) das Einbringen eigener Erfahrungen und Erkenntnisse in soziale Beziehungen und (g) die Bereitstellung von Hilfen für andere Menschen.

## 5.4 Lebenssinn

**Zwei Komponenten**

Nach Staudinger (2005) werden zwei zeitliche Komponenten des Lebenssinns unterschieden, eine rückwärtsgerichtete Komponente, die sich auf das Ordnen des bisherigen Lebens zu einem integrierten Ganzen bezieht, und eine vorwärts gerichtete Komponente, die auf das erfolgreiche Verfolgen von Lebenszielen ausgerichtet ist. Diese beiden Komponenten beeinflussen sich gegenseitig, haben aber über den Lebenslauf je unterschiedliche Gewichtungen. Während im jüngeren Alter die Zielkomponente wichtiger scheint, wird im höheren Erwachsenenalter die integrierende Komponente wichtiger. Zudem steht Lebenssinn immer auch in Bezug zu den

jeweiligen Lebensumständen und den zugehörigen Sinnsystemen und muss kontinuierlich immer wieder gefunden werden.

Lebenssinn wird im Rahmen dieser Evaluation in erster Linie als positive Lebensbewertung („valuation of life“, VOL) nach dem von Lawton entwickelten Konzept aufgefasst (Lawton et al, 1999). Lawtons Ziel war es, ein umfassendes Konzept psychischer Gesundheit zu entwickeln und sich stark von der Gesundheitsbezogenen Lebensqualität abzugrenzen. Eine wichtige Zielsetzung bei der Entwicklung des Konzeptes war, einen offenkundigen Bezug zur körperlichen Gesundheit, zu psychopathologischen Inhalten und zu themenspezifischen Bereichen wie Familie, Aktivitäten oder finanzielle Situation zu vermeiden. Damit wird hervorgehoben, dass Individuen auch bei Vorliegen von Funktionseinschränkungen und schweren Erkrankungen durchaus eine positive Lebensqualität haben und Lebenssinn empfinden können.

Lawtons Konzept der positiven Lebensbewertung beschreibt die geistige und emotionale Integration der vielen Quellen von positiven und negativen Bestandteilen des Lebens. Diese sind sowohl personelle Faktoren, Umweltbedingungen, physische und psychische Gesundheit und Krankheitsprozesse. Die positive Lebensbewertung beinhaltet den subjektiv erfahrenen Wert des eigenen Lebens und die aktive Bindung an das gegenwärtige Leben. Sie ist der entscheidende Faktor für die „lebenswerten Jahre“ und beschreibt den letztendlichen Grund, warum eine Person am Leben sein möchte. Lawtons Konzept der positiven Lebensbewertung geht weit über das der Lebenszufriedenheit hinaus und umfasst mehrere Bestandteile: Zukunftsbezogenheit meint, dass es sich lohnt, die Zukunft zu antizipieren und zu planen. Hoffnung lässt eine Person erwarten, dass das, was jetzt und in Zukunft geschehen wird, positiv ist. Selbstwirksamkeit beschreibt das Wissen, in Zukunft kompetent handeln zu können. Beharrlichkeit beschreibt die Einstellung, dass es sich lohnt ein Problem zu lösen und dass dies auch vermutlich gelingen wird. Zweckhaftigkeit umfasst das Eintreten für die Ziele, die das eigene Leben bestimmen.

In der bereits erwähnten Studie von Hieber und Kollegen (Hieber et al., 2006) wurde auch die positive Lebensbewertung im Altersbereich von 65 bis 94 Jahren erhoben. Weitere Daten zur positiven Lebensbewertung liegen auch aus der Heidelberger Hundertjährigen-Studie vor (Rott et al., 2006). Insgesamt liegt in dem erfassten Altersbereich (65 bis 100 Jahre) eine hohe positive Lebensbewertung vor, die aber mit zunehmendem Alter leicht abnimmt. Hundertjährige folgen nicht diesem Trend, sondern weisen eine positive Lebensbewertung auf, die der von 80- bis 89-Jährigen entspricht (vgl. Abbildung 17). Das ist umso erstaunlicher, da diese Personengruppe ein sehr hohes Ausmaß an Pflegebedürftigkeit verbunden mit der Aufgabe der selbständigen Lebensführung aufweist. Es treten nur sehr geringe Geschlechtsunterschiede in der positiven Lebensbewertung auf, die nicht bedeutsam sind.

### ***Lebenssinn als positive Lebensbewertung***

### ***Umfassendes Konzept***

### ***Lebenswerte Jahre***

### ***Insgesamt hohes Niveau, aber leichte Abnahme mit zunehmendem Alter***

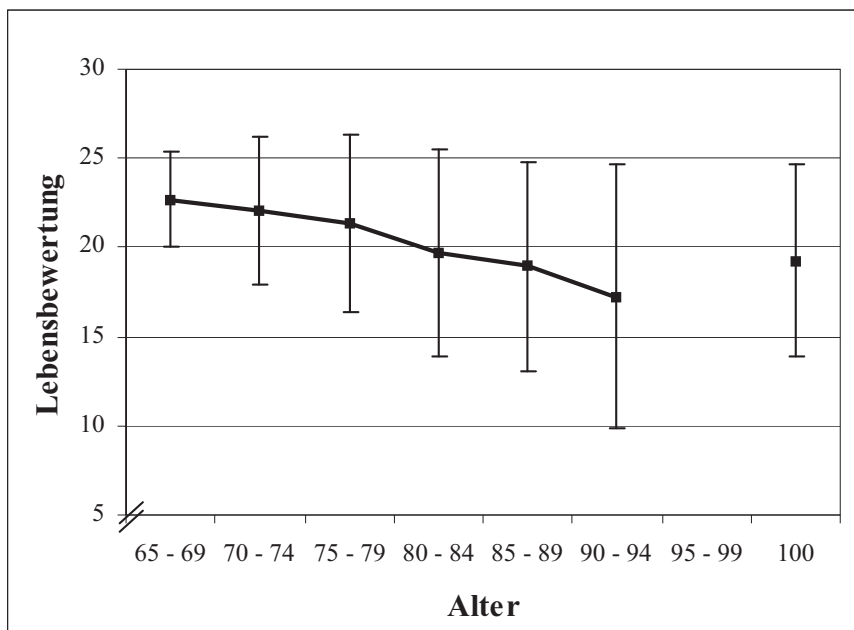


Abb. 17: Altersunterschiede in der positiven Lebensbewertung

**Altersunterschiede lassen sich erklären.**

**Autonomie, Gesundheit und soziale Faktoren wichtig**

Jopp und Kollegen (Jopp et al., 2008) konnten feststellen, dass sich die Altersunterschiede in der positiven Lebensbewertung vollständig durch andere Faktoren erklären lassen. Bei gleichzeitiger Berücksichtigung von soziodemografischen, sozialen und Gesundheitsfaktoren werden die soziodemografischen (einschließlich Alter) unbedeutend. Die Fähigkeit und Möglichkeit, sein Leben selbstständig zu gestalten (Autonomie), ist für alle drei Altersgruppen (3. Alter, 4. Alter und Hundertjährige) in Bezug auf die positive Lebensbewertung gleichermaßen wichtig. Weiter ist bei den 65- bis 79-Jährigen die Gesundheit zentral, bei den Älteren (80-94 u. 100 J.) sind es eher soziale Faktoren (besonders Telefonieren mit wichtigen Personen). Aus diesen Befunden kann der Schluss gezogen werden, dass ein lebenswertes Leben bis ins höchste Alter heute gestaltet werden kann, obwohl dies nicht unbedingt ein Leben in Gesundheit sein muss. Ansatzpunkte für Intervention zur Erhaltung oder Förderung der positiven Lebensbewertung sind Autonomie sowie Gesundheit und soziale Einbindung.



## 6. Aktivitäten der Seniorenzentren

Um die Aktivitäten der Seniorenzentren zu erfassen, wurde gemeinsam mit dem Gremium ein Erfassungsinstrument entwickelt, das von den Leiterinnen und dem Leiter der Seniorenzentren eingesetzt wurde, nachdem ihnen das Instrument am 18. Juni 2008 in einer Informationsveranstaltung von Frau Stanek erläutert wurde (siehe Anlage 2a). Die zu berücksichtigenden Angebote der einzelnen Seniorenzentren umfassten den Zeitraum **vom 01.06.2007 bis 31.05.2008**. Sie wurden unterteilt in

- Organisation und Durchführung von **Gruppenangeboten** (Soziale Gruppenarbeit und Bildungsangebote, sowie die Begleitung und Weiterbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen),
- Betreuung und Beratung von Besuchern, Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen im **Einzelfall** (Einzelfallhilfe, Lebens- und Konflikt-, sowie Sozialberatung)
- **Sozialräumliche Arbeit** (Stadtteilorientierte soziale Arbeit, Gemeinwesenarbeit)
- Angebote, die keinem der drei Bereiche zugeordnet werden konnten. Sie wurden im Teil **sonstige Angebote** erfasst.

Alle aufgelisteten Angebote für Gruppen und für Einzelpersonen wurden weiterhin danach beurteilt, wie häufig die einzelnen Angebote im 1-Jahres-Zeitraum angeboten wurden, für welche Altersgruppe sie konzipiert waren und ob sie sich speziell an Männer oder Frauen richteten. Die Häufigkeit der Angebote konnte von „täglich“ (werktags oder am Wochenende/ an Feiertagen), über x-mal pro Woche/ pro Monat, bis zu x-mal pro Jahr variieren. Es wurden Angebote für Menschen im 3. Alter, im 4. Alter, für Senioren allgemein (3. und 4. Alter) und für Menschen aller Lebensalter unterschieden. Grundlage für die Beurteilung von Häufigkeit, Zielgruppe und Zuordnung zur Leitkategorie bildete die jeweilige Konzeption des Angebotes.

Im nächsten Schritt wurde erhoben, welche konzeptionelle Ausrichtung mit Blick auf die vier Leitkategorien Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Integration und Lebenssinn den einzelnen Angeboten zu Grunde lag. Für jedes Angebot schätzten die Leiterinnen und der Leiter der Seniorenzentren den Anteil der jeweiligen Kategorie in Prozent ab. Für die sozialräumliche Vernetzungsarbeit wurden die Kooperationspartner und die Ziele der einzelnen Aktivitäten angegeben. Alle aufgelisteten Angebote wurden nachträglich verschiedenen Themenbereichen, wie „Bewegung und Sport“, „Beratung, Vermittlung und Gespräche“, „Dienstleistungen“ oder „Angebote mit Verpflegung“ zugeordnet. Eine vollständige Liste mit Beispielen befindet sich im Anlage 2b.

### *Erfassungsinstrument*

### *Angebote für Gruppen*

### *Angebote für Einzelpersonen*

### *Sozialräumliche Arbeit*

### *Häufigkeit*

### *Zielgruppen*

### *Konzeptionelle Ausrichtung*

### 6.1 Angebote für Gruppen und Einzelpersonen

Insgesamt nannten die LeiterInnen der Seniorenzentren 407 Angebote für Gruppen und Einzelpersonen im 1-Jahres-Zeitraum. Diese fanden jedoch unterschiedlich häufig statt (zwischen „1 mal im Jahr“ bis zu „jeden Werktag“), sodass für die weitere Auswertung eine Gewichtung der Angebote vorgenommen wurde. Jedes aufgelistete Angebot wurde mit der Anzahl der Tage, an dem es in einem Jahr angeboten wurde, multipliziert. (Ein Angebot wurde maximal mit 250, der Anzahl der Werktage im abgefragten Zeitraum, multipliziert) Daraus ergibt sich eine Zahl, die Auskunft darüber gibt, wie viele einzelne Angebote die Seniorenzentren in einem Jahr konzipiert und angeboten haben. Für den Zeitraum vom 01. Juni 2007 bis 31. Mai 2008 waren das **28.956 Angebote**. Umgerechnet auf 365 Tage im Jahr bedeutet dies, dass in den Seniorenzentren an jedem Tag etwa 80 Angebote unterbreitet wurden.

**28.956 Angebote insgesamt**

**53% sind Angebote für Einzelpersonen.**

**Beratung und Information ist die häufigste Tätigkeit**

Diese Angebote verteilen sich zu 43,5% auf Angebote für Gruppen und zu 53,1% auf Angebote für Einzelpersonen (3,4% der Angebote wurden unter „sonstige Angebote“ aufgelistet). Im Bereich der Angebote für Gruppen sind die häufigsten den Bereichen „Bewegung und Sport“ (3.226 Angebote), „Angebote mit Verpflegung“ (2.258 Angebote) und „Sprachkurse“ (1.950 Angebote) zuzuordnen. Für Einzelpersonen dominiert mit 10.931 Angeboten der Bereich „Beratung, Vermittlung und Gespräche“, danach folgen die „Dienstleistungen“ mit 2.070 Angeboten im Jahr. Das folgende Schaubild (Abb. 18) veranschaulicht die prozentuale Verteilung der gewichteten Angebote. Den größten Bereich nehmen Angebote zur Beratung und Information mit 38% ein, danach folgen die zusammengefassten Angebote aus Bildung, Austausch & Kultur (29%). Angebote mit dem Schwerpunkt „Bewegung und Sport“ haben auch in der Gesamtbetrachtung einen Anteil von 12%, danach folgen „Angebote mit Verpflegung“ (11%) und „Dienstleistungen“ (9%). Der Bereich Ausflüge und Feste macht weniger als 1% aller gewichteten Angebote aus.

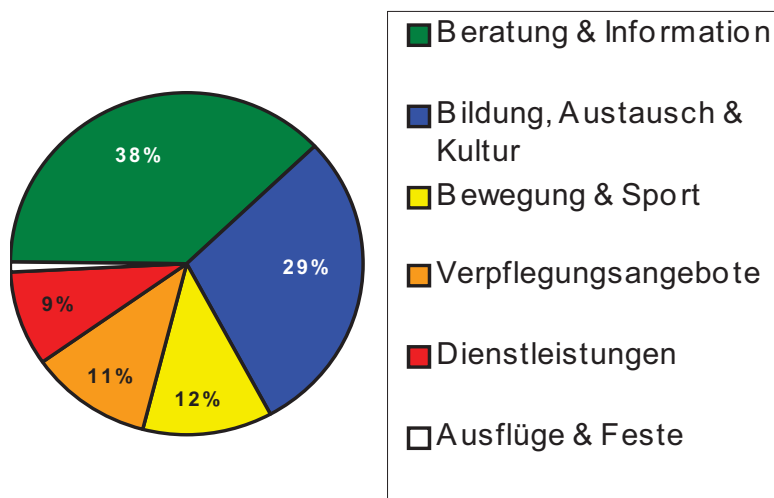
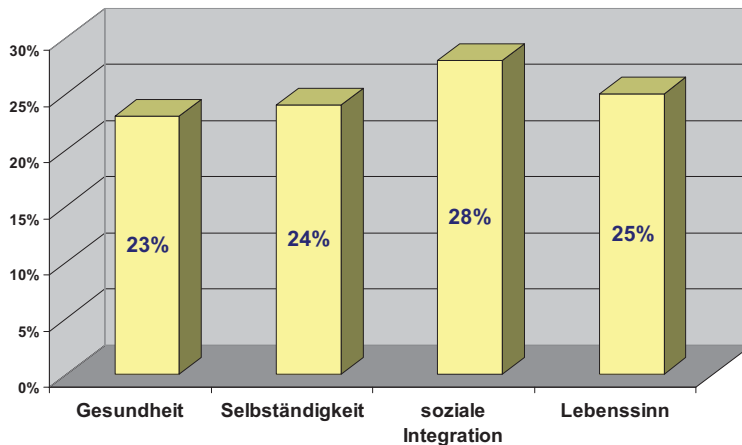


Abb. 18: Verteilung der gewichteten Angebote auf Themenbereiche



## Zentrale Lebensbereiche

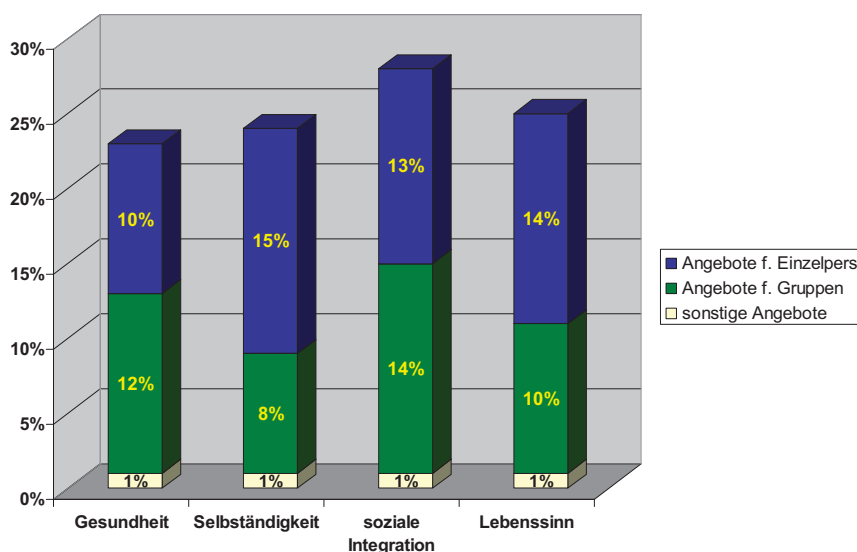
Mit dem Erfassungsinstrument wurde auch eingeschätzt, welche der vier zentralen Lebensbereiche anteilig mit den jeweiligen Angeboten angesprochen werden sollten. Die prozentuale Verteilung der Angebote nach den vier Bereichen Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Integration und Lebenssinn macht deutlich, dass alle vier Bereiche in den Konzeptionen etwa gleich stark berücksichtigt sind (vgl. Abbildung 19).



**Alle vier Lebensbereiche werden angesprochen.**

Abb. 19: Verteilung der gewichteten Angebote auf Lebensbereiche

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen, ob sich die Angebote für Gruppen und die Einzelangebote sowie die sonstigen Angebote in ihrer Zielorientierung hinsichtlich der vier zentralen Lebensbereiche unterscheiden. Während Angebote für Gruppen eher auf die Lebensbereiche Gesundheit und soziale Integration abzielen (12% bzw. 14%), sind in den Angeboten für Einzelpersonen eher die Bereiche Selbständigkeit und Lebenssinn repräsentiert (vgl. Abbildung 20). Insgesamt sind die Unterschiede aber gering.



**Gruppenangebote eher zu Gesundheit und sozialer Integration**

**Einzelangebote eher zu Selbständigkeit und Lebenssinn**

Abb. 20: Verteilung der gewichteten Angebote auf Lebensbereiche und nach Art des Angebots

### Lebensbereiche und Themen

Durch weitere Analysen wurde ersichtlich, dass der Lebensbereich Gesundheit hauptsächlich durch Angebote in den Themenbereichen „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ (35%) und „Bewegung und Sport“ (33%), sowie „Angebote mit Verpflegung“ (11%) abgedeckt werden. Im Lebensbereich Selbständigkeit dominieren die Themen „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ mit 45%. Hinzu kommen „Dienstleitungen“ (11%) und „Angebote mit Verpflegung“ (10%). Eine ähnliche Verteilung findet sich im Bereich „Lebenssinn“. Auch hier dominieren „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ mit 43%. Der Lebensbereich Soziale Integration wird durch verschiedene Angebote aus den Bereichen „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ (29%), „Angebote mit Verpflegung“ (14,5%) und „Dienstleistungen“ (11%) abgedeckt.

**Die meisten Angebote sind für alle Senioren vorgesehen.**

### Zielgruppen

Eine weitere Auswertung beschäftigte sich mit der Frage, für welche Zielgruppen die Angebote der Seniorenzentren konzipiert wurden (vgl. Tabelle 1). Die meisten Angebote wurden sowohl für Personen im 3. Alter als auch für Personen im 4. Alter (d.h. für alle Senioren) konzipiert (14.178 gewichtete Angebote; 49%), spezifisch für Menschen im 3. Alter oder im 4. Alter wurden wesentlich weniger Angebote angegeben (3. Alter: 3.348 gewichtete Angebote; 12%; 4. Alter: 2.900 gewichtete Angebote; 10%). Fast ein Drittel aller gewichteten Angebote richtete sich auch an jüngere Personen (8.530 gewichtete Angebote; 30%). Dabei wurde nicht differenziert, welche anderen Altersgruppen (z. B. Kinder, Erwachsene des mittleren Alters) mit den Angeboten angesprochen werden sollten.

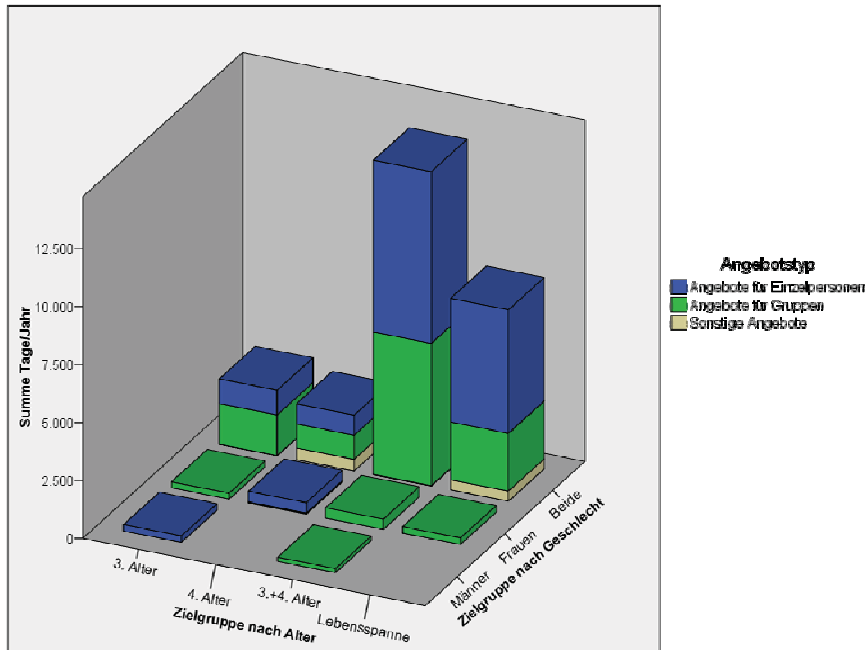
**Die meisten Angebote sind für beide Geschlechter vorgesehen.**

Die Differenzierung der gewichteten Angebote nach Geschlecht ergab, dass die Angebote zum größten Teil für beide Geschlechter gleichermaßen konzipiert waren. Nur 5% aller Angebote waren speziell auf Frauen ausgerichtet, 1,5% speziell auf Männer. Betrachtet man die gewichteten Angebote aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht, so fällt insbesondere auf, dass keine Angebote gezielt für Männer im 4. Alter und für Männer jeden Alters (Lebensspanne) konzipiert waren.

		Gewichtete Angebote			
		Zielgruppe nach Geschlecht			
		Beide	Frauen	Männer	Gesamt
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Zielgruppe nach Alter	3. Alter	2.825	249	274	3.348
	4. Alter	2.402	498		2.900
	3.+4. Alter	13.567	437	174	14.178
	Lebensspanne	8.254	276		8.530

Tab. 1: Verteilung der gewichteten Angebote auf die Zielgruppen Alter und Geschlecht

Wird zusätzlich noch die Unterscheidung in Angebote für Gruppen, Einzelpersonen oder sonstige Angebote vorgenommen, ist erkennbar, dass spezielle Angebote für Männer im 3. Alter und spezielle Angebote für Frauen im 4. Alter fast ausschließlich durch wenige Angebote für Einzelpersonen abgedeckt werden. Für Frauen im 3. Alter gibt es nur wenige Gruppenangebote (vgl. Abbildung 21).



**Keine Angebote für Männer im 4. Alter**

Abb. 21: Verteilung der Angebotstypen auf Zielgruppen und nach Art des Angebots

### Zentrale Lebensbereiche und Zielgruppen

Die Analyse der Verteilung von einzelnen Lebensbereiche hinsichtlich Alter und Geschlecht verteilen, zeigt, dass für das 3. Alter eher Angebote mit den Schwerpunkten soziale Integration und Lebenssinn gemacht werden. Bei Angeboten für das 4. Alter ist eher Gesundheit und Selbständigkeit angegeben wurden (vgl. Tabelle 2).

	Gewichtete Angebote			
	Lebensbereiche			
	Gesundheit	Selbständigkeit	Soziale Integration	Lebenssinn
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Zielgruppe nach Alter				
3. Alter	620	554	1.094	1.080
4. Alter	810	1.089	576	426
3.+4. Alter	3.524	3.523	3.910	3.221
Lebensspanne	1.800	1.759	2.630	2.342
Gesamt	6.754	6.925	8.209	7.068

**Schwerpunkt im 3. Alter: Soziale Integration und Lebenssinn**

**Schwerpunkt im 4. Alter: Gesundheit und Selbständigkeit**

Tab. 2: Verteilung der gewichteten Angebote auf die Lebensbereiche und die Zielgruppe Alter

Angebote, die sich speziell an Männer richten, sind eher den Lebensbereichen soziale Integration und Lebenssinn zuzuordnen, während spezielle Angebote für Frauen eher auf den Bereich Selbständigkeit ausgerichtet sind (vgl. Tabelle 3).

**Wenige spezifisch ausgerichtete Angebote für Männer und Frauen**

		Gewichtete Angebote			
		Lebensbereiche			
		Gesundheit	Selbständigkeit	Soziale Integration	Lebenssinn
		Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Zielgruppe nach Geschlecht	Beide	6.430	6.433	7.662	6.524
	Frauen	305	422	360	372
	Männer	20	70	187	172
	Gesamt	6.754	6.925	8.209	7.068

Tab. 3: Verteilung der gewichteten Angebote auf die Lebensbereiche und die Zielgruppe Geschlecht

**Gesundheit:**

Die Angebote im Bereich der Gesundheit werden vor allem durch Angebote für Gruppen und Einzelpersonen abgedeckt. Diese Angebote richten sich gleichermaßen an Männer und Frauen sowohl im 3. Alter als auch im 4. Alter. Während einige Gruppenangebote speziell für Frauen in allen Lebensaltern konzipiert wurden, werden für Frauen im 4. Alter fast ausschließlich Angebote für Einzelpersonen in den Seniorenzentren angeboten. Nur sehr wenige Angebotskonzeptionen speziell für Männer sind im Bereich der Gruppenangebote für das 3. und 4. Alter zu finden. Im 3. Alter werden nur Angebote für Einzelpersonen, im 4. Alter und für die gesamte Lebensspanne keine Angebote gemacht.

**Gruppen und Einzelangebote vorrangig auf alle Senioren und Lebensspanne ausgerichtet**

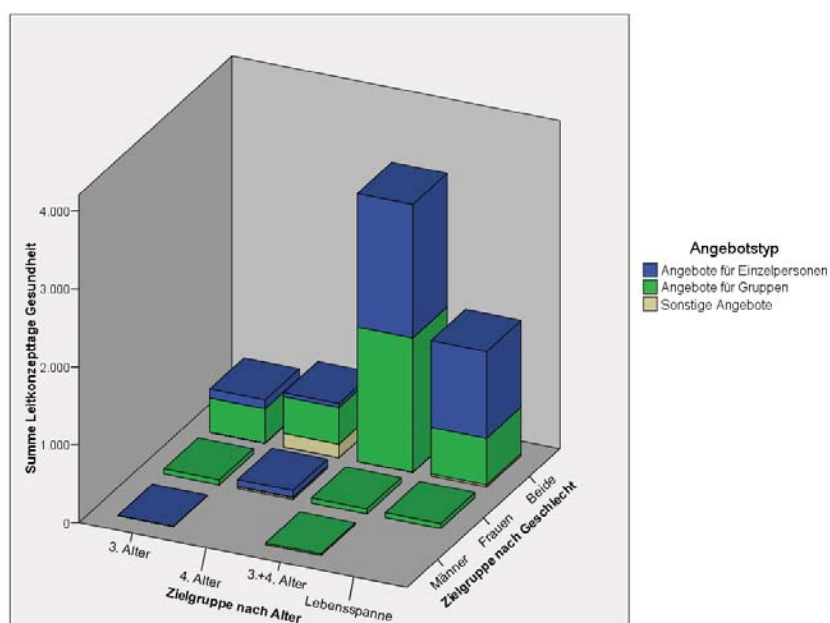
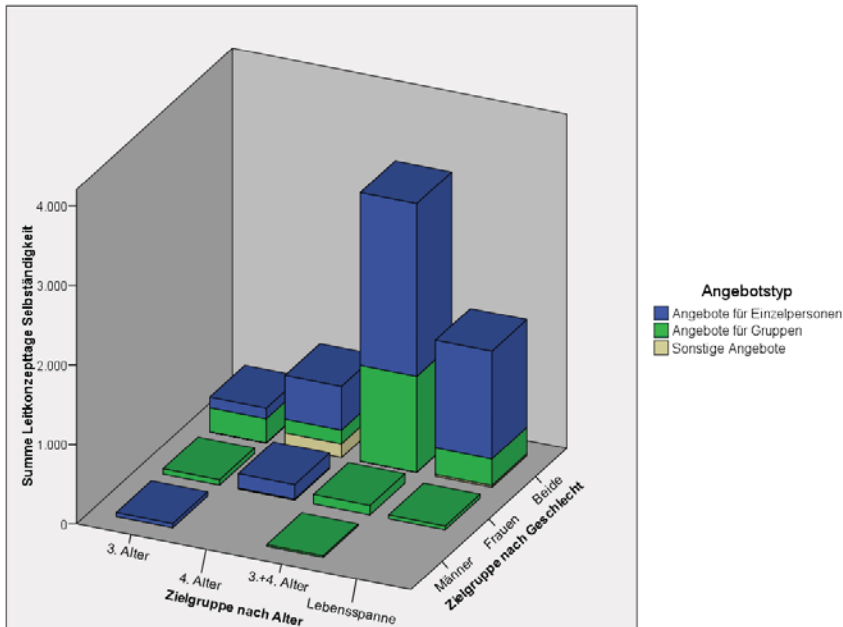


Abb. 22: Verteilung der Angebote im Lebensbereich Gesundheit auf Zielgruppen und nach Art des Angebots

### Selbständigkeit:

Im Vergleich zum Bereich Gesundheit ist für die Kategorie Selbständigkeit auffallend, dass Angebotskonzeptionen für beide Geschlechter im 4. Alter eher durch Angebote für Einzelpersonen geprägt sind. Gruppenangebote für das 3. Alter sowie für das 4. Alter sind weniger häufig.



***Eher Einzelangebote, vorrangig auf alle Senioren und Lebensspanne ausgerichtet***

Abb. 23: Verteilung der Angebote im Lebensbereich Selbständigkeit auf Zielgruppen und nach Art des Angebots

### Soziale Integration:

Angebote zur Förderung und zum Erhalt von sozialer Integration sind im Vergleich zu den Bereichen Gesundheit und Selbständigkeit in der Konzeption für Männer und Frauen im 3. Alter häufiger und besonders im Vergleich zur Selbständigkeit eher durch Angebote für Gruppen charakterisiert. Von geringerer Anzahl sind speziell konzipierte Angebote für das 4. Alter. Während speziell für Männer keine Angebote benannt wurden, werden speziell für Frauen im 4. Alter nur Angebote für Einzelpersonen gemacht. Der Anteil von Gruppenangeboten für Männer und Frauen im 3. und 4. Alter ist im Vergleich zu den beiden vorhergehenden Bereichen Gesundheit und Selbständigkeit stärker vertreten. Auch Angebote für die gesamte Lebensspanne und für beide Geschlechter sind im Bereich der sozialen Integration häufiger, vor allem durch mehr Gruppenangebote.

**Mehr Gruppenangebote, vorrangig auf alle Senioren ausgerichtet**

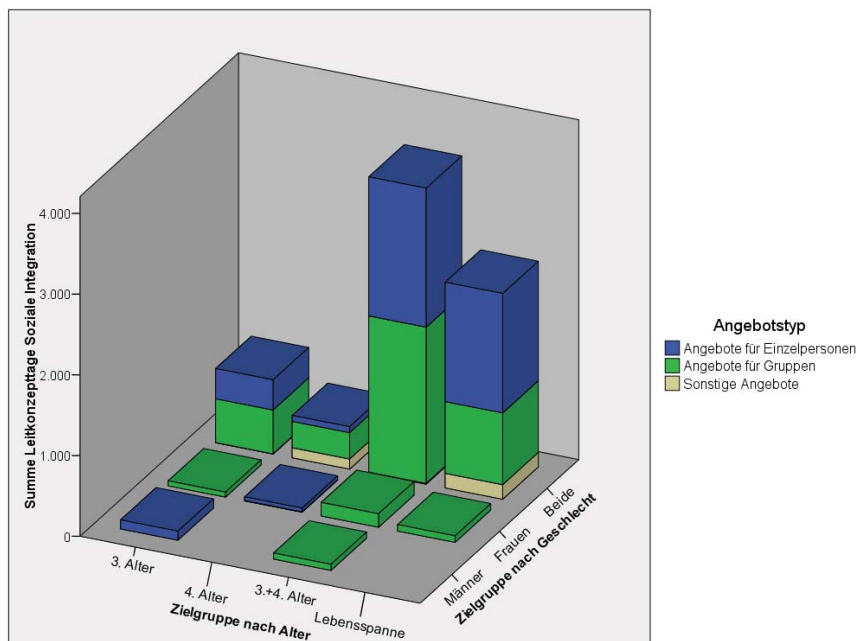


Abb. 24: Verteilung der Angebote im Lebensbereich soziale Integration auf Zielgruppen und nach Art des Angebots

**Lebenssinn:**

Die Verteilung der Angebote mit Blick auf Alter und Geschlecht der Zielgruppe im Bereich Lebenssinn ähnelt auf den ersten Blick der Verteilung im Bereich soziale Integration. Auffallend ist jedoch die geringe Anzahl der Angebote für Männer und Frauen im 4. Alter. Hier werden fast ausschließlich Angebote für Einzelpersonen gemacht. Im Gegensatz zu den Bereichen Gesundheit und Selbständigkeit wurden mehr Angebote für Männer und Frauen im 3. Alter konzipiert.

**Wenige Angebote für Männer und Frauen im 4. Alter**

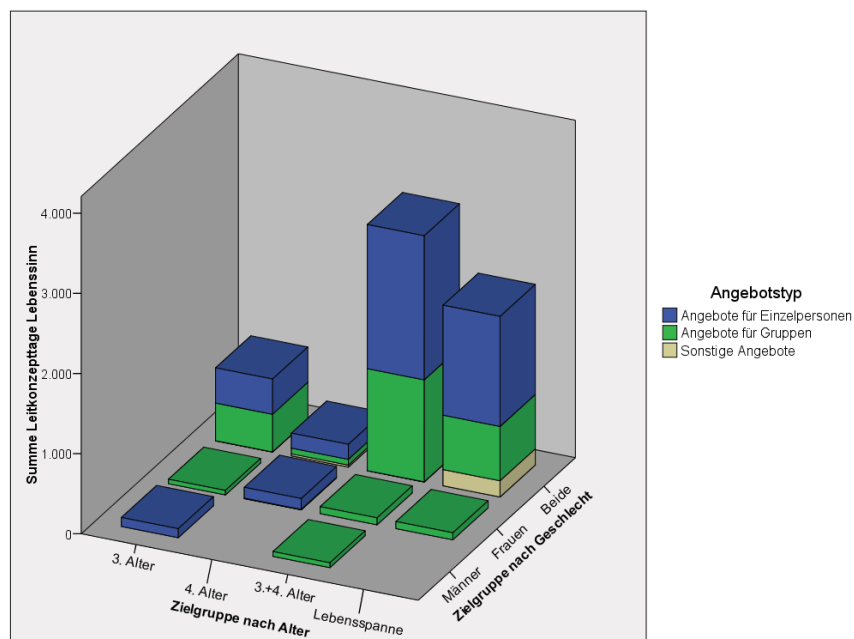


Abb. 25: Verteilung der Angebote im Lebensbereich Lebenssinn auf Zielgruppen und nach Art des Angebots

## 6.2 Sozialräumliche Vernetzungsarbeit

Die sozialräumliche Vernetzungsarbeit der Seniorenzentren wurde mit der jeweiligen Bezeichnung, den Kooperationspartnern und den Zielen der jeweiligen Arbeit angegeben. Insgesamt nannten die LeiterInnen der Seniorenzentren 44 verschiedene Angebote, Projekte und Arbeitskreise in Kooperation mit anderen Akteuren und Einrichtungen. Eine vollständige Auflistung ist im Anhang 2b zu finden. Die Ziele der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

**44 Aktivitäten**

### A) Sozialräumliche Vernetzungsarbeit, um konkrete Angebote für BesucherInnen der SZ im Stadtteil zu realisieren

**Ziele der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit**

Hier ist zunächst die Kooperation mit anderen Akteuren der Altenhilfe zu nennen, um Hilfen im Einzelfall zu gewährleisten, wie zum Beispiel die Zusammenarbeit mit Pflegediensten oder der Nachbarschaftshilfe, um dadurch Hilfen zur persönlichen Lebensbewältigung sicherzustellen. Auch der Kontakt zur Betreuungsbehörde der Stadt Heidelberg, dem Sozialdienst, Kontakte zu Ärzten und der Austausch in Arbeitskreisen zur Seniorenarbeit im Stadtteil werden aufgeführt. Des Weiteren werden Kooperationen genannt, deren Ziel die bessere Information und Aufklärung der älteren Bevölkerung im Stadtteil ist. Als Beispiele sind hier die Zusammenarbeit mit der Polizei oder die Beteiligung am Aktionstag zur ARD-Themenwoche „Mehr Zeit zu leben“ anzuführen.

**Kooperation mit anderen Akteuren der Altenhilfe**

Konkrete Angebote, die den Bereichen Gesundheit und soziale Integration zugeordnet werden können, sind ebenfalls in der Auflistung zu finden. Beispiele zur Gesundheitsförderung sind Gymnastikangebote, die Aktion „Deutschland bewegt sich“ und die Zusammenarbeit mit einem Hörakustiker. Im Bereich der sozialen Integration werden Aktionen mit dem Freundeskreis eines Seniorenzentrums, der Kontakt mit der Nachbarschaftshilfe, die Organisation von Seniorenfreizeiten und Ausflügen gemeinsam mit anderen Seniorenzentren oder gemeinsame Veranstaltungen mit einem sozialpsychiatrischen Dienst genannt.

**Beispiele**

Das Ziel, ältere Menschen im Stadtteil zu motivieren und zu aktivieren, an Veranstaltungen teilzunehmen, wird im Zusammenhang mit der Mitwirkung am Seniorenherbst, dem Bewegungsparcours und Projekten für Schüler und Senioren thematisiert. Letztere weisen auch auf einen weiteren Schwerpunkt in der sozialräumlichen Vernetzungsarbeit hin. Insgesamt sechsmal wird als Ziel von Kooperationen der intergenerationelle bzw. interkulturelle Austausch genannt.

**Motivation und Aktivierung**

### B) Sozialräumliche Vernetzung mit anderen Einrichtungen und Institutionen

In der Auswertung wurde deutlich, dass die Vernetzung mit anderen Akteuren im Stadtteil und darüber hinaus unterschiedliche Ziele verfolgt. Es geht zunächst einmal darum Kontakt herzustellen und Informationen auszutauschen. Diese Kontakte weiter zu pflegen und auszubauen wird ebenfalls als Ziel angegeben.

**Kontakte herstellen und Informationen austauschen**



**Ressourcen gemeinsam nutzen**

Unter dem Aspekt Ressourcen gemeinsam nutzen oder Synergien stärken wird eine weitere Ebene der Vernetzungsarbeit angesprochen. Hier wird ebenfalls die gegenseitige Unterstützung der Kooperationspartner aufgeführt. Auch gemeinsame Projekte mit anderen Einrichtungen des Stadtteils und der Stadt werden genannt. Von den 44 angegebenen Angeboten wird 16-mal konkret das Ziel der Vernetzung, Kooperation, gegenseitigen Unterstützung oder die Stärkung von Synergien formuliert.

**Öffentlichkeitsarbeit****C) Sozialräumliche Vernetzungsarbeit – sich im und für den Stadtteil einbringen**

Schließlich können die Ziele der Vernetzungsarbeit dieser dritten Gruppe zugeordnet werden. Durch Öffentlichkeitsarbeit, die Teilnahme an Festen und die Mitwirkung in Arbeitskreisen und Arbeitsgemeinschaften wollen die Seniorenzentren im Stadtteil Impulse setzen und die Bereiche Bildung, Kultur und Begegnung der Generationen fördern. Auch ihre Präsenz als Seniorenzentrum soll im Stadtteil und auf Stadt-Ebene verdeutlicht werden. Diese Ziele werden vor allem im Zusammenhang mit Stadtteilstesten, Seniorenherbst, Brückenfest, lebendiger Neckar, „Deutschland bewegt sich“, Mitgliedschaft im Stadtteilverein und Infoveranstaltungen genannt.

**Umfrage**

Ebenfalls benannt wurde eine Stadtteillumfrage von älteren Menschen, um Informationen auch über die Personen zu erhalten, die nicht das Seniorenzentrum besuchen.

**Lebenssituation  
der Älteren verbessern**

Durch sozialräumliche Vernetzungsarbeit stellen sich die Seniorenzentren zum einen nach Außen hin dar, um auf sich und ihre Angebote in der Öffentlichkeit aufmerksam zu machen und um neue BesucherInnen zu gewinnen. Zum anderen bringen sich die Seniorenzentren im Stadtteil und auf Stadtebene mit Anregungen und Impulsen ein, um konkret die Lebenssituation der älteren Menschen im Stadtteil zu verbessern und auf die Bedürfnisse der Älteren aufmerksam zu werden.



## 7. TeilnehmerInnen der Angebote für Gruppen und Einzelpersonen

Mit der Erhebung der Nutzerstruktur für alle zuvor aufgelisteten Angebote in den Seniorenzentren wurde ermittelt, inwieweit die in den Konzeptionen der Angebote anvisierten Zielgruppen auch tatsächlich erreicht wurden. Darüber hinaus wurde versucht, das Ausmaß an Ressourcen der TeilnehmerInnen in den Lebensbereichen Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Integration und Lebenssinn zu erfassen. Dazu wurden erneut Tabellen von den LeiterInnen der Seniorenzentren ausgefüllt, die ähnlich wie die Erfassung der Angebote aufgebaut waren. Anleitung und Informationen zur Bearbeitung der Tabellen sowie eine Tabellenvorlage sind in Anlage 2c beigefügt. Alle zuvor aufgelisteten Angebote eines Seniorenzentrums wurden in die Tabellen übertragen und anschließend das Geschlecht, die Altersgruppe und das Ausmaß der Ressourcen für die Teilnehmenden der einzelnen Angebote eingeschätzt.

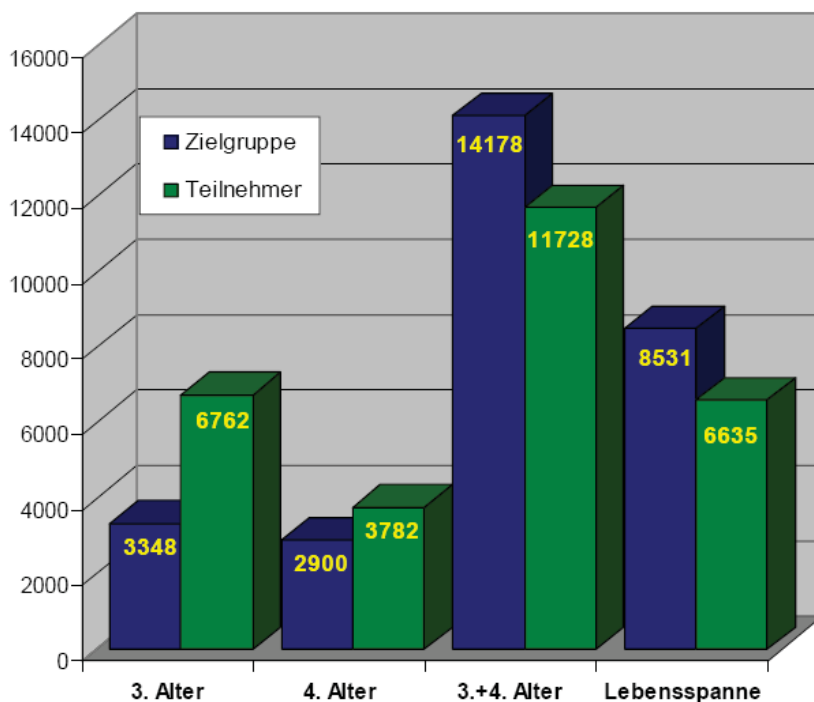
### Nutzerstruktur

### Vergleich von Zielgruppe und Teilnehmenden der Angebote

In der folgenden Abbildung werden die konzipierten und tatsächlich genutzten Angebote hinsichtlich des Alters der BesucherInnen verglichen. Als Grundlage dient die Anzahl der gewichteten Angebote. Obwohl deutlich weniger Angebote speziell für Personen im 3. oder 4. Alter konzipiert waren, wurden 6.762 Angebote von Personen im 3. Alter genutzt. Das sind fast doppelt so viele Angebote, wie in der Konzeption für diese Altersgruppe vorgesehen waren. Auch bezüglich der BesucherInnen im 4. Alter wurden mehr Angebote von dieser Altersgruppe genutzt, als konzipiert war. Der Unterschied ist aber deutlich geringer.

*Mehr Nutzer im 3. Alter*

*Mehr Nutzer im 4. Alter*



*Weniger Nutzer der breit ausgerichteten Angebote*

Abb. 26: Vergleich von Zielgruppe und Teilnehmer der gewichteten Angebote nach Alter

**Größere Nutzung durch Frauen**

Differenziert nach Geschlecht der Zielgruppe und Teilnehmenden kann festgestellt werden, dass nur 1.460 Angebote speziell für Frauen konzipiert waren, aber 7.583 Angebote von Frauen genutzt wurden. Für Männer ergab sich kein wesentlicher Unterschied. Es wurden nur wenige Angebote speziell für Männer konzipiert und nur geringfügig mehr Angebote von Männern genutzt (vgl. Abbildung 27)

**Weniger Nutzer der breit ausgerichteten Angebote**

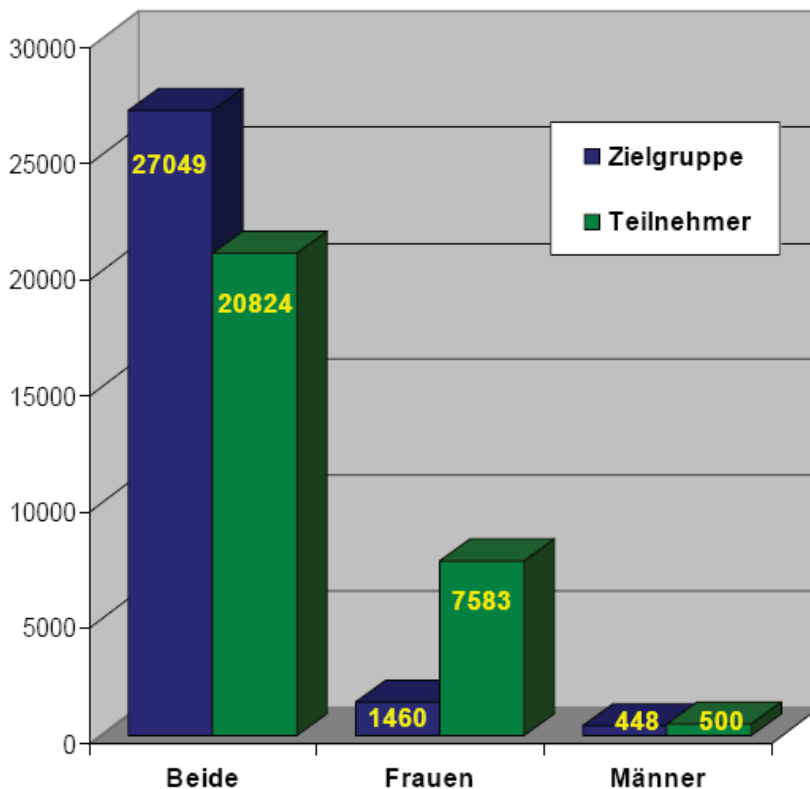


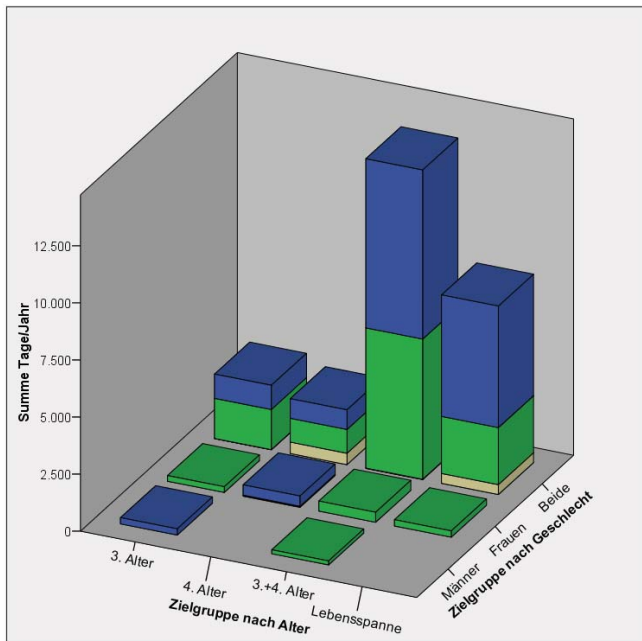
Abb. 27: Vergleich von Zielgruppe und Teilnehmer der gewichteten Angebote nach Geschlecht

Im direkten Vergleich von Zielgruppe und Teilnehmenden (vgl. Abbildung 28 und 29) hinsichtlich Alter und Geschlecht ist hervorzuheben, dass

**Zusammenfassung Nutzung**

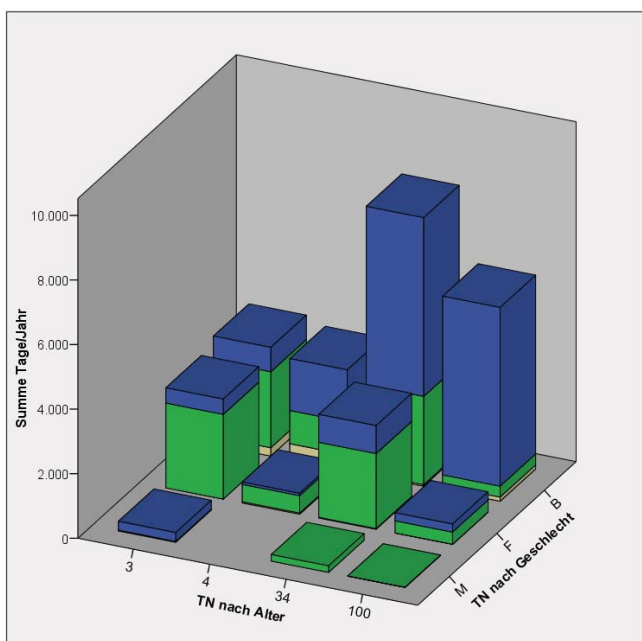
- deutlich mehr Gruppenangebote von Frauen im 3. Alter genutzt wurden;
- Gruppenangebote von Frauen im 4. Alter genutzt wurden, obwohl keine Gruppenangebote für diese Zielgruppe konzipiert wurden;
- Angebote für Gruppen und für Einzelpersonen von Frauen im 3. und 4. Alter deutlich mehr genutzt wurden;
- weniger Gruppenangebote von Männern und Frauen im 3. Alter konzipiert waren, als tatsächlich von dieser Teilnehmergruppe in Anspruch genommen wurden;
- vor allem Angebote für Einzelpersonen von Männern und Frauen im 4. Alter häufiger genutzt wurden, als dies in der Angebotskonzeption vorgesehen war;

- Gruppenangebote für beide Geschlechter im 3. und 4. Alter sowie der gesamten Lebensspanne seltener von diesen Zielgruppen genutzt wurden;
- von Männern der gesamten Lebensspanne einige wenige Gruppenangebote in Anspruch genommen wurden, obwohl für diese Zielgruppe keine Angebote in der Konzeption berücksichtigt wurden.



**Zielgruppen**

Abb. 28: Zielgruppe der gewichteten Angebote nach Alter und Geschlecht



**Tatsächliche Nutzer**

Abb. 29: Teilnehmer der gewichteten Angebote nach Alter und Geschlecht

## **Konzeption und Nutzung nach Kategorien**

Die Unterschiede zwischen Zielgruppe und Teilnehmenden der Angebote in den Seniorenzentren lassen sich auch mit Blick auf die unterschiedlichen Angebotskategorien beschreiben. Im Folgenden werden die Kategorien benannt, die von einzelnen Teilnehmergruppen hinsichtlich Alter bzw. Geschlecht häufiger oder seltener besucht wurden, als es in den Konzeptionen vorgesehen war und deren prozentuale Veränderung über 5% lag.

### **3. Alter: mehr Aktivitäten, weniger Beratung**

Von Besuchern im 3. Alter wurden 6% mehr Angebote im Bereich „Bewegung und Sport“ und 6% mehr „Sprachkurse“ genutzt. Demgegenüber wurden 21% weniger Angebote zu „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ von dieser Zielgruppe in Anspruch genommen.

### **4. Alter: Mehr Beratung, mehr Bewegung, weniger Dienstleistungen**

Personen im 4. Alter nutzten ebenfalls häufiger Angebote zu „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ (+12%) und Bewegungs- und Sportangebote (+7%). Speziell diese Zielgruppe nahm dagegen seltener an Angeboten im Bereich „Dienstleistungen“ teil (-9%) als dies in der Angebotskonzeption vorgesehen war.

### **Viel mehr Beratung als geplant!**

Die Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nutzern der gesamten Lebensspanne lassen sich vor allem durch eine Zunahme der Angebote im Bereich „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ (+29%) verstehen.

### **Frauen: Bewegung**

Während Angebote speziell für Frauen im Bereich „Bewegung und Sport“ häufiger genutzt wurden (+14%), waren mehr Angebote für Frauen in den Bereichen „Beratung, Vermittlung und Gespräche“ sowie „Musik und Kunst“ konzipiert, als schließlich von Frauen in Anspruch genommen wurden.

### **Männer: Spiel**

Die Ziel- und Teilnehmergruppe der Männer unterscheidet sich hauptsächlich im Bereich „Spiel“. Während 33% der speziell für Männer konzipierten Angebote diesem Bereich zuzuordnen sind, machte der Bereich „Spiel“ bei der Nutzung 40% aus.

### **Spezifische Zielgruppen**

Dass die in der Angebotsauflistung angegebenen Zielgruppen sich von den tatsächlichen Nutzern unterscheiden, kann als ein Hinweis darauf verstanden werden, die Angebote zielgruppenspezifischer zu formulieren und insbesondere die Hochaltrigen (4. Alter) und Männer als spezielle Zielgruppe in die Konzeptionen aufzunehmen. Die obenstehenden Angaben darüber, welche Angebotskategorien häufiger von einer speziellen Zielgruppe genutzt werden, können dazu dienen, gerade Angebote in diesen Kategorien auch spezifischer auf diese Zielgruppen auszurichten.

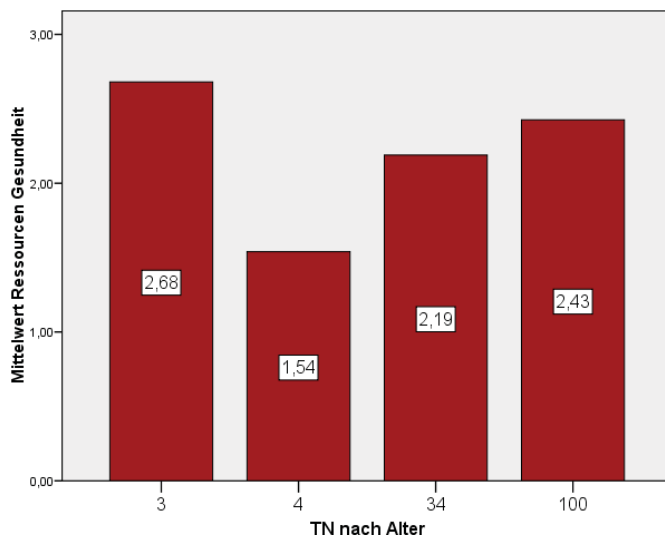
## Einschätzung der Ressourcen

Unter Ressourcen der Teilnehmenden können zum einen personale Ressourcen in den unterschiedlichen Lebensbereichen (Gesundheit, Selbständigkeit, soziale Integration und Lebenssinn) gefasst werden. Zum anderen sind auch externale Ressourcen, wie sie zum Beispiel durch Dienstleistungen oder Angebote der Seniorenzentren bereit gestellt werden, von Bedeutung. Die Einschätzung, ob Teilnehmer also viele, einige oder wenige Ressourcen haben, kann sich sowohl auf die schon vorhandene Unterstützung durch Umweltbedingungen beziehen, als auch darauf, ob die BesucherInnen noch „fit“ sind. In der Auswertung wurde die Angabe „wenige Ressourcen“ mit 1, die Angabe „einige Ressourcen“ mit 2 und „viele Ressourcen“ mit 3 kodiert.

Betrachtet man die Ressourcen der Teilnehmer getrennt nach Altersgruppen (vgl. Abbildung 30-33) und Geschlecht (vgl. Abbildung 34-37), so ist erkennbar, dass die meisten Teilnehmer einige bis viele Ressourcen in den vier Lebensbereichen aufweisen. Eine Ausnahme bilden BesucherInnen des 4. Alters, die in den Bereichen Gesundheit, Selbständigkeit und soziale Integration durchgehend eher wenige bis einige Ressourcen haben. Insgesamt werden Ressourcen im Bereich Lebenssinn am höchsten eingeschätzt. Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts sind kaum erkennbar, die Ressourcen von Männern werden geringfügig niedriger eingeschätzt.

### *Personale und externale Ressourcen*

*Die Mehrheit verfügt über ein hohes Ausmaß an Ressourcen.*



*Eher geringe gesundheitliche Ressourcen im 4. Alter*

Abb. 30: Verteilung der Ressource Gesundheit nach Alter

**Eher geringe Ressourcen hinsichtlich Selbständigkeit im 4. Alter**

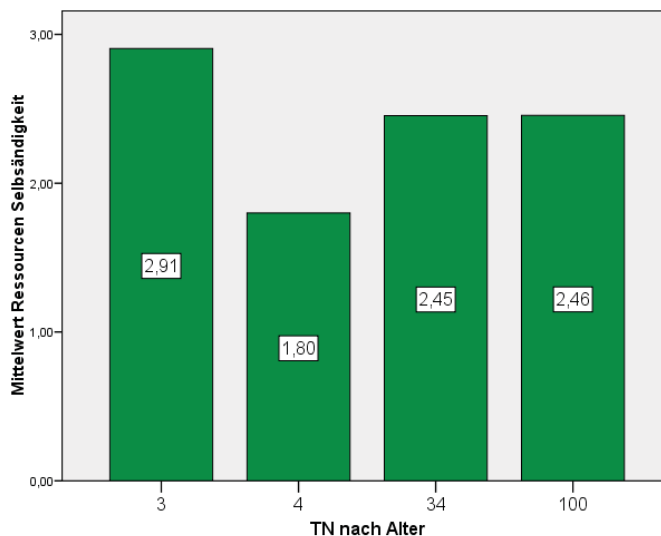


Abb. 31: Verteilung der Ressource Selbständigkeit nach Alter

**Eher geringe Ressourcen hinsichtlich sozialer Integration im 4. Alter**

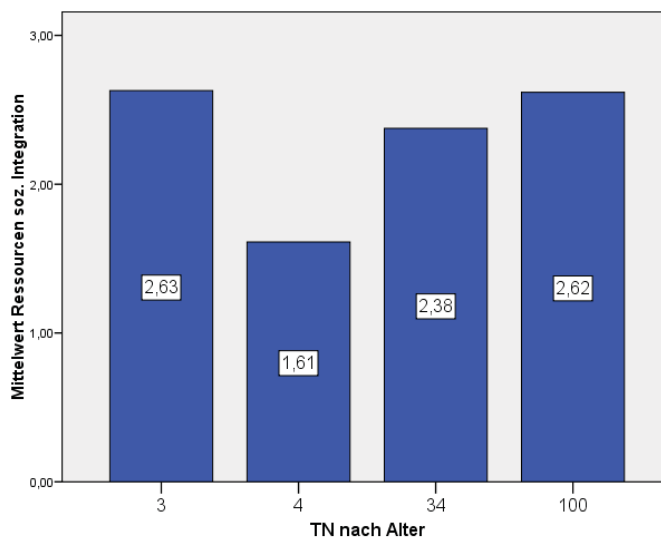


Abb. 32: Verteilung der Ressource soziale Integration nach Alter

**Insgesamt hohe Ressourcen hinsichtlich Lebenssinn, aber Einbußen im 4. Alter**

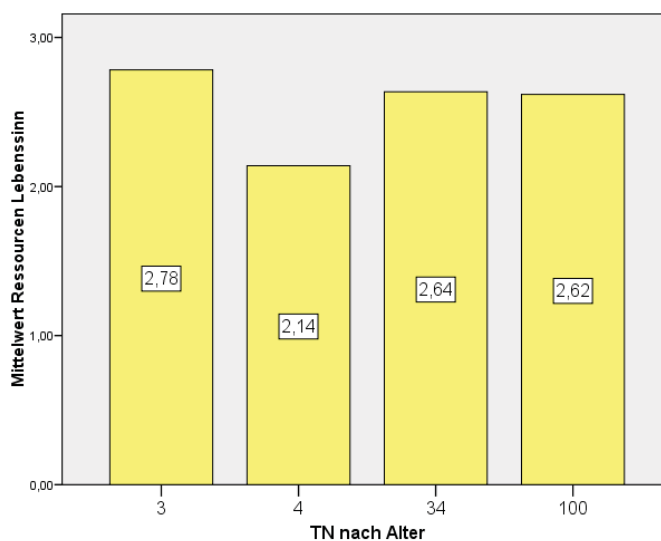


Abb. 33: Verteilung der Ressource Lebenssinn nach Alter

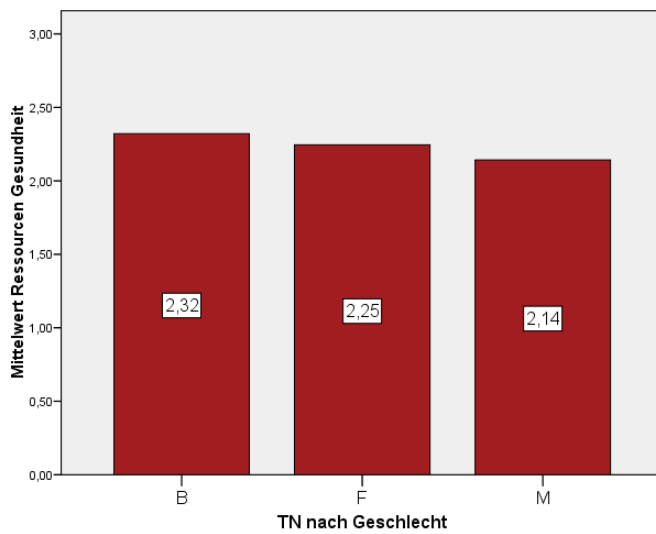
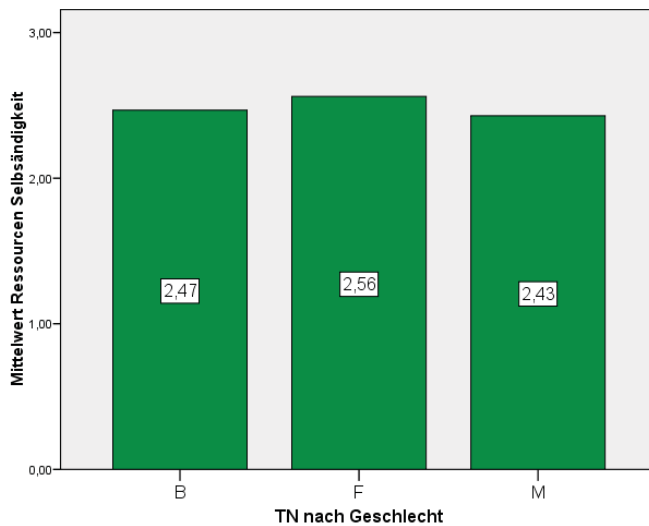


Abb. 34: Verteilung der Ressource Gesundheit nach Geschlecht



*Nur sehr geringe  
Geschlechtsunterschiede  
in den Ressourcen*

Abb. 35: Verteilung der Ressource Selbständigkeit nach Geschlecht

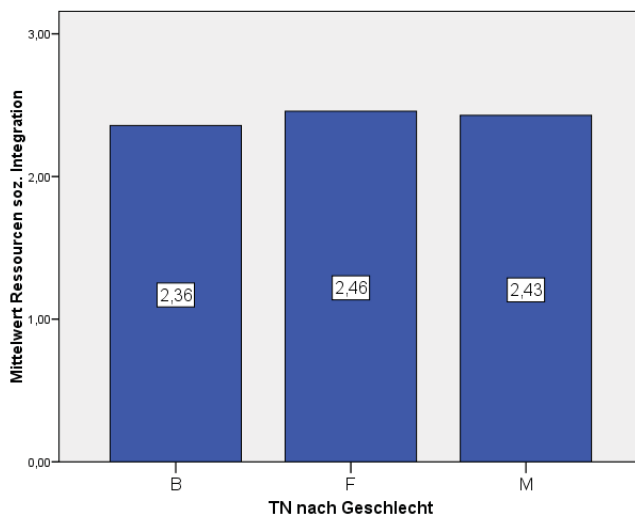


Abb. 36: Verteilung der Ressource soziale Integration nach Geschlecht



**Männer scheinen im Hinblick auf die Ressource Lebenssinn leicht gefährdeter als Frauen.**

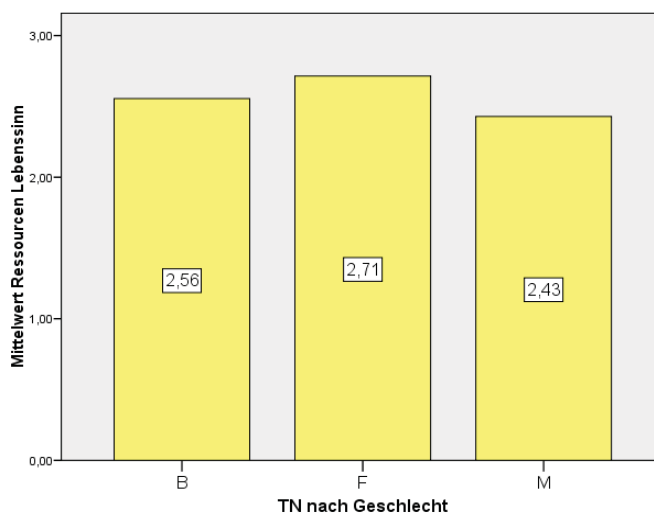


Abb. 37: Verteilung der Ressource Lebenssinn nach Geschlecht

**Eingeschränkte Aussagekraft**

**Individuelle Diagnostik**

Für die Einschätzung der Ressourcen durch die SeniorenzentrumsleiterInnen ist kritisch anzumerken, dass sie immer für die gesamte Teilnehmergruppe eines Angebotes vorgenommen wurde und somit individuelle Unterschiede unberücksichtigt bleiben. Auch der Maßstab, welche Ressourcen wie hoch einzuschätzen sind und welchen Lebensbereichen zuzuordnen sind, war nicht genau festgelegt. Den Angaben liegen also die subjektiven Einschätzungen der SeniorenzentrumsleiterInnen zugrunde, die für eine ganze Gruppe gemittelt wurden. Für weitergehende Analysen der objektiven und subjektiven Ressourcen von BesucherInnen der Seniorenzentern müssten individuelle Erhebungen mit evaluierten diagnostischen Instrumenten durchgeführt werden, die zunächst auf wissenschaftlicher Basis entwickelt und erprobt werden müssten. Solche diagnostischen Erkenntnisse könnten dann auch dazu dienen zu überprüfen, inwieweit die angestrebten Ziele der Angebote, wie Förderung und Erhalt von Gesundheit, Selbständigkeit, sozialer Integration und Lebenssinn auch erreicht werden.

## 8. Nutzung der Seniorenzentren von Personen im 3. und 4. Alter

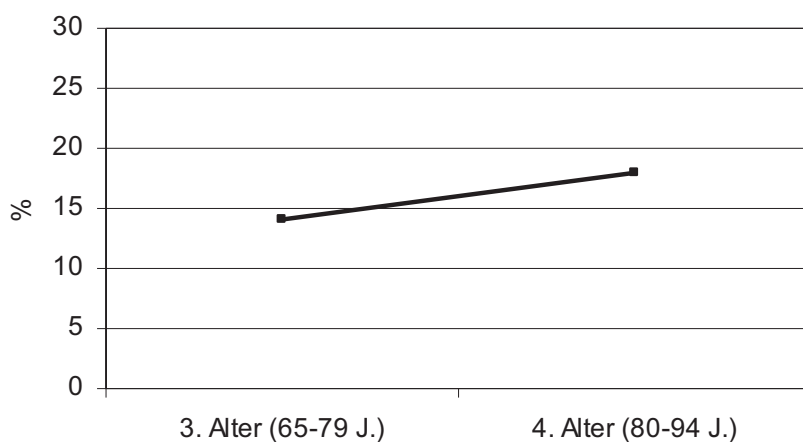
In einer parallel zur Evaluation laufenden separaten Studie zu Aktivitäten in Heidelberg wurde u. a. erfragt, ob in einer typischen Woche der vergangenen vier Wochen ein Seniorenzentrum genutzt wurde. Teilnehmer dieser Studie („Aktiv-in-Heidelberg“), die im Juni und Juli 2008 durchgeführt wurde, war eine Zufallsauswahl aus dem Melderegister an Heidelberger Männern und Frauen im Alter von 65 bis 94 Jahren, die nicht in Pflegeheimen lebten. Von 1.002 angeschriebenen Personen schickten 300 TeilnehmerInnen der Studie, 175 Männer und 125 Frauen den Fragebogen zurück. 158 Personen befanden sich im 3. Alter, 142 Personen im 4. Alter.

Insgesamt gaben 16% der Befragten an, in letzter Zeit ein SZ genutzt zu haben. Dieser Anteil entspricht ziemlich genau dem Ergebnis der Bevölkerungsumfrage „Demografischer Wandel in Heidelberg“. Dort gaben 16,8% der über 60-Jährigen(!) an, ein Seniorenzentrum zu benutzen.

Betrachtet man die Nutzung nach Lebensphase (3. vs. 4. Alter), so zeigt sich, dass 14% der 65- bis 79-Jährigen, aber 18% der 80- bis 94-Jährigen die Heidelberger Seniorenzentren besuchen (vgl. Abbildung 38).

**Separate Studie zur Nutzung der Seniorenzentren**

**16% der Älteren (65+) nutzen die Seniorenzentren**



**Mehr Personen im 4. Alter**

Abb. 38: Anteil von Personen im 3. und 4. Alter, die ein Seniorenzentrum nutzten

Unterschiede in der Nutzung bestehen auch zwischen Männern und Frauen. Insgesamt sind 13% der Männer, aber 21% der Frauen Nutzer der SZ (vgl. Abbildung 39).

**Mehr Frauen**

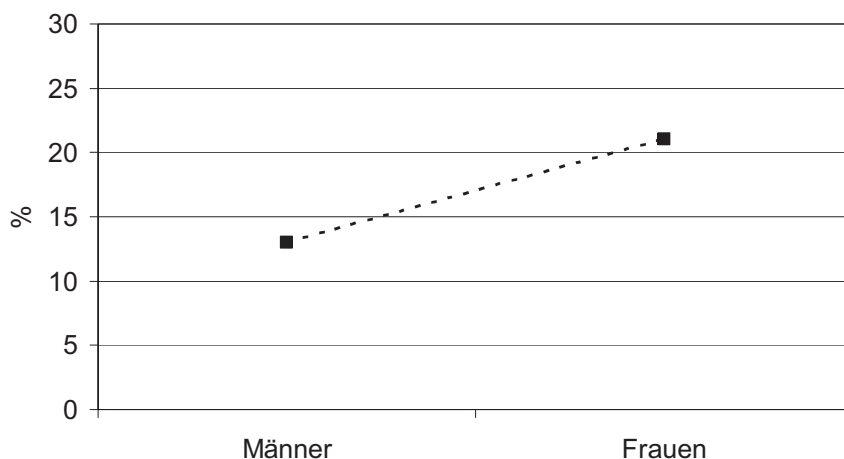


Abb. 39: Anteil von Männern und Frauen, die ein Seniorenzentrum nutzen

Die Geschlechtsunterschiede werden noch deutlicher, wenn man eine Aufteilung nach Geschlecht und Altersgruppe vornimmt. Die größte Nutzergruppe sind die Frauen im 4. Alter (26%), dann folgen die Frauen im 3. Alter (18%), die Männer im 4. Alter 14% und die Männer im 3. Alter (11%) (vgl. Abbildung 40).

**Mehr Frauen im 4. Alter**

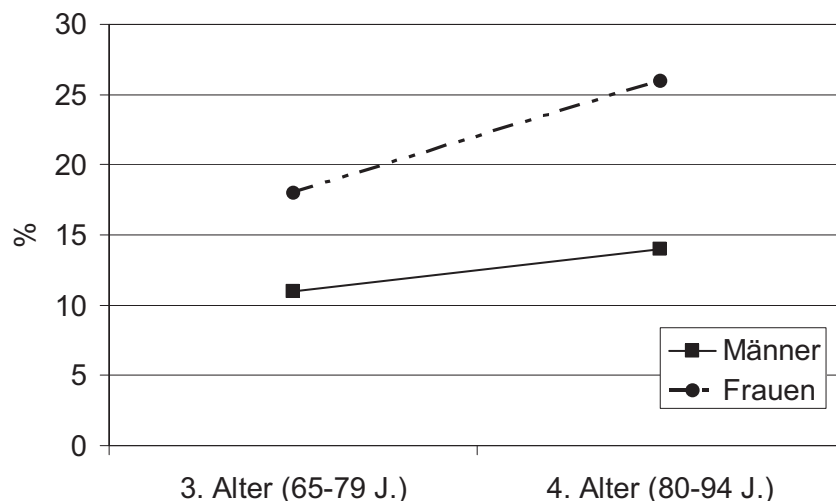


Abb. 40: Anteil von Männern und Frauen im 3. und 4. Alter, die ein Seniorenzentrum nutzten.

**Höchste Nutzung im 4. Alter, besonders bei Männern**

Analysiert man die Alterseinteilung in 5-Jahres-Gruppen, so sind es bei den Frauen die 85-89-Jährigen, die mit 33% die höchste Nutzungsrate aufweisen. Von den Männern nutzen die 90-94-Jährigen ein SZ am häufigsten (16%). Insgesamt kann festgehalten werden, dass mehr Hochaltrige und mehr Frauen die SZ nutzen, obwohl die Angebote nicht speziell für diese Gruppen konzipiert waren.

## 9. Seniorenzentren und Mehrgenerationenhäuser

### 9.1 Theoretische Grundlagen

Von der Evaluation wurde auch eine Antwort auf die Frage erwartet, ob sich die SZ zu Mehrgenerationenhäusern entwickeln sollen und können. Das Konzept der Mehrgenerationenhäuser baut darauf auf, dass persönliche Kontakte zwischen verschiedenen Generationen auch im nahen sozialen (Wohn-)Umfeld, also dem Sozialraum möglich werden. Es stellt sich hierbei jedoch die Frage, ob diese neuen Generationenbeziehungen im nahen Sozialraum bestehende familiäre Kontakte lediglich ergänzen sollen, oder ob durch Kontakte in Mehrgenerationenhäuser fehlende Generationenbeziehungen ersetzt werden sollen. Obwohl sich abzeichnet, dass die Familien kleiner werden und die Entfernungen zwischen den Haushalten von Eltern, Geschwistern und Kindern zunehmen, kann dennoch von einer starken emotionalen Bindung und funktionierenden familiären Netzwerken ausgegangen werden (Dallinger, 2002). Mit Blick auf die demographischen Veränderungen in unserer Gesellschaft, werden Mehrgenerationenhäuser auch deshalb als wichtig erachtet, um eine bessere Versorgung der zunehmenden Zahl hochaltriger Menschen mit Unterstützungsbedarf zu gewährleisten, indem entlastende Dienstleistungen und die Möglichkeit zu ehrenamtlichem Engagement angeboten werden.

Für eine angemessene Beurteilung der Mehrgenerationenhäuser ist zunächst zu klären, was unter dem Begriff „Generation“ zu verstehen ist. Der eher alltägliche und öffentliche Gebrauch des Begriffs „Generation“ bezieht sich auf seine Verwendung für „eine Gruppe von Personen, die sich entweder hinsichtlich ihres Alters weitgehend ähnlich sind und/oder eine vergleichbare Stellung im Lebenslauf einnehmen“ (Filipp & Mayer, 1999, S. 18). Diese Verwendung ist deshalb nicht kritiklos zu sehen, da gerade im höheren Erwachsenenalter inter- und intraindividuelle Unterschiede zwischen alternden Menschen größer werden und sich die Gruppe der über 65-Jährigen nicht als homogene Gruppe darstellen lässt. Im Sinne von Karl Mannheim werden Generationen durch Menschen gebildet, die einen gemeinsamen Erfahrungs- und Erlebnishorizont teilen. Unterschiedliche Generationen sind also nicht zwangsläufig verschiedenen Geburtskohorten zuzuordnen, sondern unterscheiden sich hinsichtlich ihrer sozialhistorischen Erfahrungen und bilden damit Gruppen, die sich über ihre Unterschiedlichkeit definieren (Fillip, 1997). U. Dallinger fordert für eine Generation, „dass sie gemeinsam altert und ähnliche Erfahrungen ausgesetzt ist und daraus ein Bewusstsein, eine Identität als Generation für sich erwirbt oder zugeschrieben bekommt“ (Dallinger, 2002).

Aus diesen Überlegungen heraus bedeutet der Versuch, Mehrgenerationenhäuser aufzubauen, die Zusammenführung sehr heterogener Gruppen, die sich gerade durch unterschiedliche sozialgeschichtlichen Erfahrungen unterscheiden und nun einen Teil ihrer

***Was sollen  
Mehrgenerationenhäuser  
leisten?***

***Begriff „Generation“***

***Zusammenführung sehr  
unterschiedlicher Gruppen***

***Unterschiedliche Generationen  
wie unterschiedliche Kulturen***

Zeit miteinander und in gegenseitiger Verantwortung füreinander verbringen sollen. Fremde, mit sehr unterschiedlichen persönlichen und gesellschaftlichen Hintergründen sollen gemeinsam aktiv werden. F. Lang geht davon aus, dass sich Menschen unterschiedlicher Generationen genauso zueinander verhalten, wie Menschen unterschiedlicher Kulturen (Lang, 2005). Ob es gelingt miteinander zu leben und Verantwortung für die anderen zu übernehmen, hängt davon ab, ob ein Sozialraum geschaffen werden kann, der Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen die Möglichkeit zu Begegnung und Verantwortung eröffnet und zur gegenseitigen Kontaktaufnahme motiviert.

***Brauchen alte Menschen  
junge Menschen?***

Darüber hinaus ist aus einer entwicklungspsychologischen Perspektive die Frage zu beantworten, ob alte Menschen jungen Menschen brauchen, um die Entwicklungsaufgaben, die sich im Alter stellen, zu lösen? Dabei handelt es sich in erster Linie um zwei übergeordnete Aufgaben: (a) Entwicklungsaufgaben zur Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung und (b) Entwicklungsaufgaben zur Aufrechterhaltung eines selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens.

***Auch negative Auswirkungen  
durch Kontakt zu Jüngeren  
denkbar***

Zu a: Um altersbedingte Verluste zu kompensieren und dennoch Selbständigkeit und Autonomie in wichtigen Bereichen des Lebens aufrecht zu erhalten, ist es häufig notwendig, die Unabhängigkeit in bestimmten Bereichen aufzugeben. Brauchen ältere Menschen dazu Jüngere, bzw. eine jüngere Generation? Es werden zumindest Menschen gebraucht, die in bestimmten Bereichen des Lebens Aufgaben übernehmen. Dies können zum Beispiel Pflegetätigkeiten sein, Einkaufen oder andere instrumentelle Hilfen. Häufig sind es jüngere Menschen, die diese Hilfestellungen leisten, seien es Familienangehörige oder professionelle Helfer. Ist dieser Hilfebedarf aber noch nicht notwendig, könnte man sogar „argumentieren, dass der Kontakt mit jugendlicher physischer Stärke das Verlorene schmerzlich bewusst macht und ein Vergleich des eigenen Könnens mit dem von Gleichaltrigen dem Selbstbewusstsein mehr zugute kommt“ (Lang & Baltes, 1997). Wie selbständig ältere und alte Menschen leben können, ist auch von der Einbindung in soziale Netzwerke abhängig. Zwar wird das soziale Netzwerk im Alter allgemein kleiner, alte Menschen sind aber an der Gestaltung dieser Netzwerke aktiv beteiligt. Aufgrund geringerer werdender körperlicher Kräfte und wegen des Bedürfnisses, das Selbst zu schützen, grenzen alte Menschen ihre Kontakte auf emotional wichtige und unterstützende Personen ein. Jüngere Menschen spielen also hauptsächlich dann eine Rolle zur Aufrechterhaltung sozialer Bindungen, „wenn sie zu den emotional wichtigen Personen eines alten Menschen zählen“ (Lang & Baltes, 1997).

***Jüngere müssen zu den  
emotional wichtigen Personen  
zählen.***

Zu b.: Entwicklungsaufgaben zur Aufrechterhaltung eines selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebens im Alter können zum einen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit gesehen werden. Um diese eigene Endlichkeit akzeptieren zu können, muss Ich-Integrität und eine positive Lebensbilanz vorausge-

setzt werden. Diese Aufgabe wird von Erikson (1979.) in seiner psychosozialen Entwicklungstheorie beschrieben: Ich-Integrität versus Verzweiflung. Braucht der alte Mensch für diese Entwicklungsaufgabe jüngere Menschen? Staudinger (1994) beschreibt, dass Lebenserinnerungen und Lebensrückblick leichter fallen, wenn es Partner gibt. Das Alter der Partner spielt zunächst kaum eine Rolle. Wichtiger ist, dass der Zuhörer den alten Menschen versteht und interessiert ist. Auch kann es die Bilanzierung erleichtern, wenn der Zuhörer erfahren ist und falls nötig auch korrigierend eingreifen kann. Kontakte und Verpflichtungen gegenüber Jüngeren könnten sogar nötige Zeit und Energie beanspruchen, um sich mit der eigenen Endlichkeit produktiv auseinander zu setzen.

*„Ich-Integrität“*

Ebenfalls bei Erikson (1979) wird die Entwicklungsaufgabe der Generativität beschrieben, dabei geht es nicht nur um die Erziehung der nachkommenden Generation, sondern, weiter gefasst, um die Vermittlung und Weitergabe von Erfahrung und Kompetenz an jüngere Generationen. Prinzipiell geht es bei Generativität darum, Sorge für nachkommende Generationen zu tragen und in einem weiteren Schritt auch darum, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und damit anderen nicht zur Last zu fallen. Obwohl man annehmen könnte, dass für Generativität der Kontakt mit Jüngeren dringend notwendig ist, sieht man bei näherer Betrachtung, dass der Kontakt nur bedingt notwendig ist. Erfahrung und Wissen können auf unterschiedliche Weisen weitergegeben werden, etwa über Bücher oder im unmittelbaren Kontakt. Auch die Selbstverantwortung eines alten Menschen erfordert keinen Kontakt mit jüngeren Generationen. Aus Sicht der Entwicklungsaufgaben ist es also nicht zwingend notwendig, allen alten Menschen den Kontakt mit jüngeren Generationen zu ermöglichen. Dennoch ist ein Austausch über unterschiedliche Generationen hinweg wünschenswert, solange er sich an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientiert.

**Generativität**

***Direkter Kontakt zu Jüngeren  
nicht unbedingt notwendig***

Studien zu intergenerationellen Kontaktwünschen Älterer sind rar. In einer kürzlich in Darmstadt durchgeführten repräsentativen Studie mit älteren Menschen im Alter von 65 bis 94 Jahren (Hieber et al., 2006) hatten 70% der Altersgruppe 65-79 Jahre und 83% der Altersgruppe 80-94 Jahre keinen Kontakt zu Kindern und Jugendlichen außerhalb der Familie. Von diesen Personen wünschten aber nur 19% bzw. 12% einen solchen Mehrgenerationenkontakt.

**Befunde**

## **9.2 Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)**

Im Jahre 2007 wurde vom BMFSFJ eine detaillierte Konzeption von Mehrgenerationenhäusern vorgestellt: „Starke Leistung für jedes Alter. Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser“. Die Konzeption beruht hauptsächlich auf zwei Annahmen: (a) Durch den demografischen Wandel fehlt es an familiärem Zusammenhalt und Unterstützung und (b) Ältere haben wenig Gelegenheit zum Kontakt mit Jüngeren. Dies führt zur Isolation einzelner

***Annahmen  
des Aktionsprogramms***



### **Vielfältige Ziele**

Generationen. Wie im vorangehenden Abschnitt erläutert stehen diese Aussagen nicht im Einklang mit wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die mit dem Aktionsprogramm verfolgten vielfältigen Ziele können folgendermaßen zusammengefasst werden: (a) Förderung von verlässlichen Beziehungen außerhalb von Familie; (b) Leben des Prinzips der Großfamilie in moderner Form; (c) Förderung von Toleranz und Verständnis zwischen den Generationen und (d) Anregung und Förderung vielfältiger Interaktionen von Menschen verschiedenen Alters.

### **Was soll stattfinden?**

Mehrgenerationenhäuser sollen aktive und aktivierende Zentren für Jung und Alt sein, in denen Folgendes stattfinden soll: (a) Interaktion zwischen den vier Lebensaltern: Kinder/Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen, sehr alte Menschen; (b) bürgerschaftliches Engagement und Hilfe zur Selbsthilfe; (c) frühe Förderung von Kindern und Jugendlichen; (d) Aktivierung der Potenziale älterer Menschen; (e) Qualifizierungsmaßnahmen und Unterstützung beim (Wieder)Einstieg in den Beruf; (f) Unterstützung der Balance von Arbeit und Leben, Orientierung an den Anforderungen der Familien und der Arbeitswelt; (g) Partnerschaften zwischen Jung und Alt und (h) Zusammenwirken von Haupt- und Ehrenamt.

### **Prototyp "Seniorenbildung- / Seniorentreff plus"**

Das BMFSFJ benennt eine Reihe möglicher Prototypen von Mehrgenerationenhäusern. Darunter ist der "Seniorenbildung- / Seniorentreff plus" zu finden, der im Rahmen dieser Evaluation von besonderer Bedeutung ist. Das BMFSFJ versteht darunter, dass sich Einrichtungen der Altenhilfe für junge Menschen öffnen und Begegnungen zwischen den Generationen, vor allem zwischen Senioren und Kindern organisieren. Die Schwerpunkte sind: (a) offene Begegnungsmöglichkeit für Alt und Jung; (b) systematische Integration von Angeboten für junge und alte Menschen, auch von Kinderbetreuungsangeboten; (c) aktiver Einbezug von älteren Menschen mit ihren Kompetenzen, Interessen und Fähigkeiten bei den Angebotsformen und (d) neue Angebote, zum Beispiel Besuchsprogramme für Kinder und Senioren, Sportangebote mit dem Sportverein, Biographiearbeit, Journalismus etc.

## **9.3 Wissenschaftliche Evaluation der Mehrgenerationenhäuser**

### **Bisher keine wissenschaftliche Evaluation**

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist keine wissenschaftliche Evaluation zu Mehrgenerationenhäusern verfügbar, die unter einer theoriegeleiteten Perspektive und nach wissenschaftlichen Kriterien überprüft, ob die angestrebten Ziele auch tatsächlich erreicht werden. Auf eine Nachfrage bei Frau Prof. Philipp, Entwicklungspsychologin Universität Trier, erhielten wir folgende Antwort: „Bezug nehmend auf Ihre Anfrage muss ich Ihnen leider mitteilen, dass ich Ihnen wohl kaum weiterhelfen kann. Das Thema Mehrgenerationenhäuser ist zwar als politisches Programm in aller Munde, aber ich kenne keine Literatur dazu! Alles, was von Seiten der Wissenschaften dazu - meines Wissens - gesagt wird, geht über den Status von "wohlbegründeten Plausibilitäten" nicht hinaus - jedenfalls kenne ich keine Empirie!“

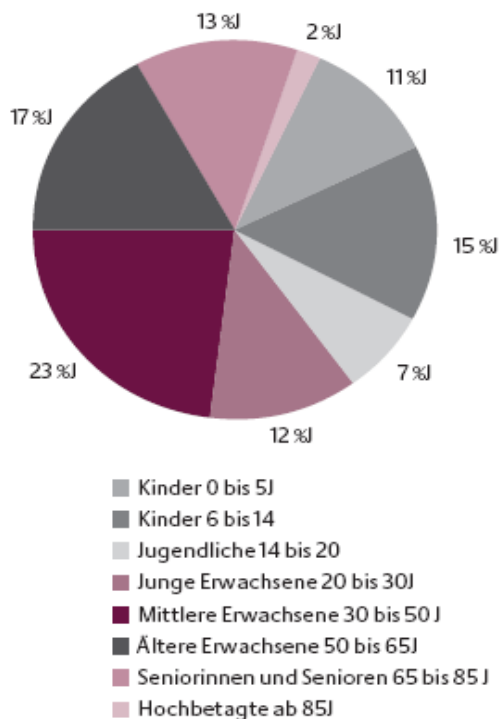


#### 9.4 Ergebnisse der Wirkungsforschung des Aktionsprogramms Mehrgenerationenhäuser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Obwohl bisher keine wissenschaftlichen Studien vorliegen, können doch erste Aussagen über die Erfahrungen mit dem Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser gemacht werden. Seit Beginn des Aktionsprogramms begleitet eine eigene Wirkungsforschung, wie sich die Mehrgenerationenhäuser entwickeln. Die Ergebnisse aus den ersten drei Datenerhebungen über 19 Monate wurden 2008 vorgelegt (BMFSFJ, 2008).

Als allgemeines Ergebnis kann festgehalten werden, dass ca. 90.000 junge und alte Menschen in ganz Deutschland die Leistungen der 500 Mehrgenerationenhäuser jeden Tag nutzen. Es sind dort Menschen aller Altersgruppen anzutreffen (vom Säugling bis zur 97-jährigen). In Städten stellen sie als offene Tagestreffpunkte eine wichtige Ergänzung zu vorhandenen Angeboten oder Orten dar.

Allerdings werden die Mehrgenerationenhäuser nicht in erster Linie von den Älteren genutzt. Die größte Nutzergruppe mit 40% sind Personen im mittleren Erwachsenenalter und ältere Erwachsene (30-65 Jahre). Der Anteil von Personen im 3. Alter (65-85 Jahre) beträgt 13%, der von Hochaltrigen (85+ Jahre) lediglich 2%.



**Mehrgenerationenhäuser werden nicht in erster Linie von Älteren genutzt!**

Abb. 41: Nutzung der Mehrgenerationenhäuser nach Altersgruppen (BMFSFJ, 2008)

15.000 Menschen sind bundesweit in den Mehrgenerationenhäusern freiwillig aktiv. Auch hier sind die Personen im mittleren Erwachsenenalter mit 42% am stärksten vertreten. Personen im 3.

Alter stellen 16% der freiwillig Engagierten, Personen im 4. Alter nur noch 1%.

**Ehrenamtlich Tätige:  
am häufigsten Personen im  
mittleren Erwachsenenalter**

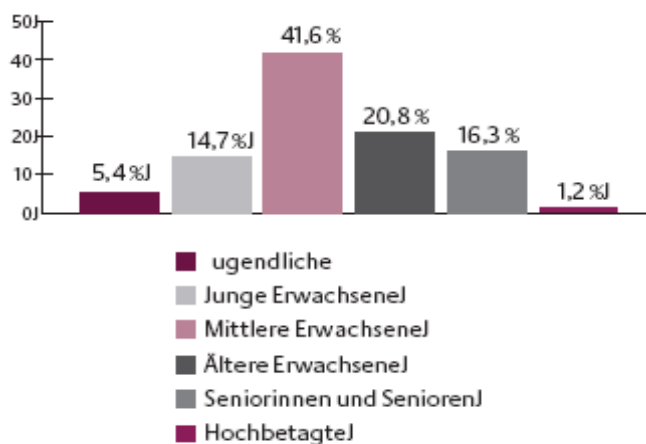


Abb. 42: Prozentualer Anteil an ehrenamtlich Tätigen nach Altersgruppen (BMFSFJ, 2008)

### 9.5 Konsequenzen für Heidelberg

Eine Veränderung der SZ hinzu Mehrgenerationenhäusern beinhaltet, dass sich die Zielgruppe auf Menschen jeglichen Alters im Stadtteil erweitert. Diese Öffnung erfordert ein völlig neues Konzept, um allen Bedürfnissen gerecht zu werden. Es erfordert erheblich mehr Personal unterschiedlicher Professionen und erheblich größere Räumlichkeiten (mindestens: ein Raum für den offenen Treff, ein Büro, ein Raum für Angebote, ein Raum für Beratung, Koordination und Weiterbildung von Ehrenamtlichen). Die SZ erfüllen schon heute teilweise Kriterien von Mehrgenerationenhäusern (Prototyp Seniorenbildungs- / Seniorentreff plus). Das bereits vorhandene generationenübergreifende Angebot der Seniorenzentren sollte aufrechterhalten und an aktuelle Wünsche immer wieder neu angepasst werden. Wie die Begleitforschung ergeben hat, werden Mehrgenerationenhäuser in erster Linie von Personen im mittleren Erwachsenenalter genutzt. Ältere und insbesondere Hochaltrige sprechen sie weniger an. Eine Entscheidung, die SZ eher als Mehrgenerationenhäuser zu betreiben, geht zu Lasten der Älteren und Hochaltrigen und ist auch langfristig mit enormen Investitionen verbunden. Damit wäre eine wichtige Chance vertan, den in Zukunft verstärkt auftretenden Risiken des hohen Alters angemessen zu begegnen.

**Neues Konzept**

**Viele generationenübergreifende Angebote bereits vorhanden**

**Enorme Investitionen**

**Zu Lasten der Älteren!**

---

## **10. Zusammenfassende Bewertung der bisherigen Arbeit und Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung**

**Formulierte Ziele der Arbeit**

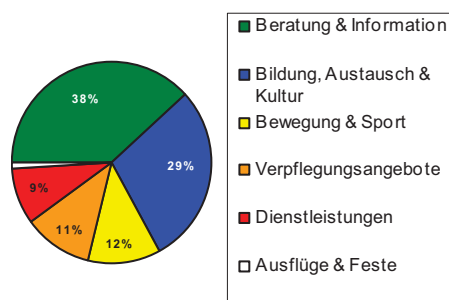
Die Ziele der Arbeit der Seniorenzentren sind im Altenstrukturkonzept von 1988, dem Stadtentwicklungsplan 2010 und 2015 sowie in den Verträgen, die zwischen den Trägern und der Stadt abgeschlossen werden, und den jährlichen Zielvereinbarungen festgelegt. Sie lassen sich zusammenfassend beschreiben als Maßnahmen, die möglichst vielen alten Menschen ein selbstbestimmtes, selbständiges Leben mit der Teilnahme an der Gesellschaft im Alter ermöglichen sollen. Die Seniorenzentren haben die Aufgabe, Angebote in folgenden Bereichen zu unterbreiten:

- 1) Begegnung, Bildung und Kultur; 2) Hilfen zur Alltagsbewältigung; 3) Hilfen zur persönlichen Lebensbewältigung, 4) Information und Beratung, 5) Vernetzungsarbeit im Sozialraum und 6) Serviceleistungen (insbesondere gemeinschaftliches Mittagessen). Dabei sollen die Seniorenzentren zentrale Anlaufstellen für Ältere im Stadtteil sein.

**Als Stadtteil orientierte Einrichtung bewährt**

Die Evaluation ergab, dass sich die Seniorenzentren als Stadtteil orientierte Einrichtungen bewährt haben und ihre Angebote ein fester Bestandteil der Kultur der Stadtteile sind. Die Seniorenzentren machen ein äußerst vielfältiges und umfangreiches Angebot, das von den älteren Menschen im Stadtteil angenommen wird.

**Äußerst vielfältiges Angebot**



Im 1-Jahres-Zeitraum (01.06.2007 bis 31.05.2008) wurden insgesamt ca. 29.000 gewichtete Angebote (Anzahl der Angebote multipliziert mit ihrer Häufigkeit) unterbreitet. Das sind durchschnittlich 80 Angebote pro Tag, die sich in erster Linie den Bereichen „Beratung und Information“ (38%), „Bildung, Austausch und Kultur“ (29%), „Bewegung und Sport“ (12%), „Verpflegungsangebote“ (11%) und „Dienstleistungen“ (9%) zuordnen lassen. Hervorzuheben ist, dass Beratung und Serviceleistungen über die Hälfte der gewichteten Angebote ausmachen und somit ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der Seniorenzentren darstellen. Insgesamt erfüllt die Arbeit der Seniorenzentren in hohem Maße die formulierten Zielvorgaben.

**Vier zentrale Lebensbereiche**

Neben einer Überprüfung, ob die in den städtischen Konzeptionen formulierten Ziele auch erreicht werden, ist es für eine wissenschaftsbasierte Evaluation erforderlich zu überprüfen, inwieweit die Arbeit der Seniorenzentren wesentliche Elemente aktueller gerontologischer Modelle aufgreift. Eine zentrale gerontologische Erkenntnis ist, dass sich die Lebenssituation im Alter größtenteils durch vier Lebensbereiche erfassen lässt, die auch den gesamten Evaluationsprozess geleitet haben:

**Gesundheit**

1. **Gesundheit** in einem umfassenden Verständnis im Sinne von körperlichem Wohlbefinden, objektiven Krankheitskriterien, subjektiver Krankheitswahrnehmung, Multimorbidität und funktionellen Einschränkungen mit den vorhandenen Interventionsmöglichkeiten der positiven Einflussnahme;

2. **Selbständigkeit** als Unabhängigkeit von Hilfen sowie Kompetenzen und Ressourcen, die von der Person eingesetzt werden müssen, um die täglichen Alltagsanforderungen zu bewältigen;

Selbständigkeit

3. **Soziale Integration** als Grad der Einbindung einer Person in eine Gemeinschaft, bzw. in die Gesellschaft mit ihren erheblichen Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit;

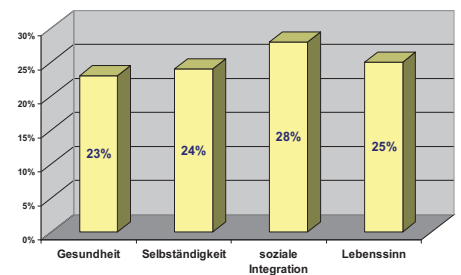
Soziale Integration

4. **Lebenssinn** als umfassende Bewertung der positiven und negativen Aspekte der Lebenssituation, die das Leben lebenswert machen sowie die Bindung an das gegenwärtige Leben.

Lebenssinn

Der unter dieser Perspektive durchgeführte Teil der Evaluation erbrachte, dass in den Konzeptionen aller Angebote diese vier zentralen Lebensbereiche je anteilmäßig vorhanden sind. Obwohl die einzelnen Angebote sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen, sind die vier Lebensbereiche insgesamt etwa gleich stark repräsentiert. Damit erfüllen die Seniorenzentren die Voraussetzung, durch ihre Arbeit wissenschaftsbasiert alle zentralen Lebensbereiche zu erfassen, die individuellen Ressourcen älterer Menschen in diesen Bereichen zu stärken sowie Risiken für Verluste in Gesundheit, Selbständigkeit, sozialer Integration und Lebenssinn zu erkennen und zu kompensieren.

**Repräsentation Lebensbereiche**

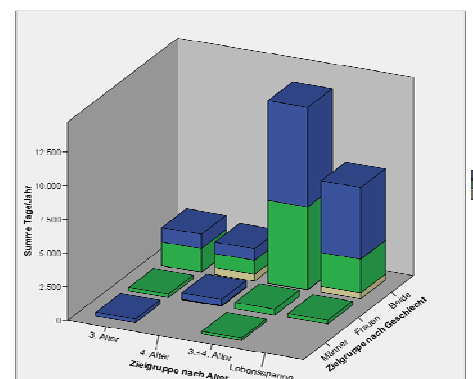


Die Evaluation ging auch der Frage nach, in welcher Weise die Angebote auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtet sind. Neben einer Unterscheidung nach Geschlecht (Angebote für Frauen und Angebote für Männer) ist die Differenzierung nach 3. Alter (etwa 65-80 Jahre) und 4. Alter (über 80 Jahre) bedeutsam. Insbesondere die Arbeiten von Peter Laslett und Paul B. Baltes haben deutlich gemacht, dass das Alter in diese zwei qualitativ unterschiedliche Phasen zu unterteilen ist. Während das 3. Alter in den meisten Fällen durch das Vorhandensein von Potenzialen und vielfältigen Ressourcen charakterisiert ist, gelingt es im 4. Alter, der Hochaltrigkeit, immer weniger, die auftretenden Verluste effektiv zu kompensieren. Da immer mehr Menschen das 4. Alter erreichen, entsteht hier für die Kommunen zunehmend ein neuartiges Aufgabenfeld, das veränderte Konzepte verlangt.

**Zielgruppen**  
Frauen und Männer  
3. und 4. Alter

Bisher wird die Zielgruppe eher unspezifisch als selbständige, selbstverantwortliche alte Menschen (Altenstrukturkonzept, 1988), alte Menschen und ältere Mitbürger/innen allgemein (STEP 2010) sowie Seniorinnen und Senioren angesprochen (Verträge der SZ mit der Stadt). Daher überrascht es nicht, dass die meisten Angebote eher unspezifisch für Männer und Frauen im 3. und 4. Alter (bzw. der gesamten Lebensspanne) konzipiert sind. Durch diese Offenheit werden zwar keine Älteren ausgeschlossen, auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen (z.B. Realisierung von Potenzialen vs. Umgang mit Verlusten) kann aber nicht in vollem Umfang, auch aufgrund begrenzter Personalressourcen, eingegangen werden. Spezifische Angebote für Männer insbesondere im 4. Alter wurden bisher nicht konzipiert.

**Geringe Zielgruppenorientierung**



**Sozialräumliche Arbeit**

Zusätzlich zu den Angeboten wurde in der Evaluation die sozial-räumliche Vernetzungsarbeit auf unterschiedlichen Ebenen abgefragt. Nur durch die Kooperation unterschiedlicher Organisationen und Einrichtungen kann ein tragfähiges Netz für gutes Altern in den Stadtteilen entstehen. Innerhalb der Stadtteile kann insgesamt von einer guten Vernetzung mit unterschiedlichen Einrichtungen und Vereinen gesprochen werden.

**Enorme Angebotsvielfalt und weitere vielfältige Aktivitäten**

Die Seniorenzentren zeichnen sich bereits heute durch eine enorme Angebotsvielfalt und weitere vielfältige Aktivitäten aus, die über Jahre aus den Bedürfnissen der älteren Menschen in ihrem Stadtteil erwachsen sind und die weit über das hinaus gehen, was im Altenstrukturkonzept von 1988 vorgesehen war. Das gesamte Angebots- und Aktivitätsspektrum ist aus gerontologischer Sicht als sinnvoll und notwendig zu bewerten. Die Seniorenzentren leisten mit ihrer Arbeit einen erheblichen Beitrag zum guten Altern im Stadtteil. Die Konzeption und deren Realisierung stellt eine tragfähige Basis für die Zukunft dar.

**Fünf Arbeitsschwerpunkte**

Aus den beschriebenen Angeboten und Tätigkeiten ergeben sich für die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Seniorenzentren zurzeit und auch zukünftig folgende fünf Arbeitsschwerpunkte :

Sozio-kulturelles Angebot

1. Konzeption und Organisation des sozio-kulturellen Angebotes. Dies beinhaltet die inhaltliche und organisatorische Planung von Angeboten, sowie die Vor- und Nachbereitung, die vor Ort in den einzelnen Seniorenzentren geleistet werden müssen.

Beratung und Information

2. Beratung und Information von Besucherinnen und Besuchern der Seniorenzentren und ihren Angehörigen, sowie interessierten im Stadtteil lebenden Menschen zur Bewältigung ihrer Lebenssituation im Alter.

Dienstleistungen und Versorgungsangebote

3. Erbringen von Dienstleistungen (z.B. Fahrdienste) sowie das Bereitstellen von zuverlässigen und regelmäßigen Versorgungsangeboten (z.B. Mittagstisch).

Sozial-räumliche Vernetzungsarbeit

4. Die sozial-räumliche Vernetzungsarbeit mit Organisationen, Einrichtungen und Vereinen im Stadtteil (z.B. Stadtteilverein, kirchliche und städtische Einrichtungen) sowie die Zusammenarbeit mit politischen Gremien, wissenschaftlichen Einrichtungen usw.

Förderung ehrenamtlicher Tätigkeiten

5. Gewinnung ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, indem Möglichkeiten für freiwilliges Engagement aufgezeigt sowie inhaltliche und persönliche Begleitung und Weiterbildung angeboten werden. Dieser Aspekt ist in der Evaluation kaum thematisiert worden.

**Erhaltung und Ausbau einer eigenständigen Beratung**

Ein unerwartetes Ergebnis der Evaluation war der große Umfang des Bereichs Beratung und Information. Die von den Seniorenzentren erbrachten Leistungen stellen ein niederschwelliges Angebot hoher Qualität dar, das in dieser Form nicht von anderen



Einrichtungen (IAV-Stelle und Soziale Dienste) erbracht werden kann. Durch den persönlichen Kontakt und die persönliche Ansprache in den Seniorenzentren wird von Älteren oder ihren Angehörigen ein Beratungsangebot angenommen, das sie in einer anonymen Situation nicht nachsuchen würden.

Um die langfristig gewachsene große Angebotsvielfalt nicht zu gefährden und um alle in den fünf Arbeitsschwerpunkten genannten Tätigkeiten regelmäßig und zuverlässig durchführen zu können, sind mindestens 1,5 Stellen mit sozial-pädagogisch oder ähnlich geschulten Fachkräften erforderlich. Der Stellenbedarf an professionellen Kräften kann nicht mit einer quantitativen Erhebung der Besucherzahlen begründet werden, sondern muss sich an der spezifischen Bedürfnislage in den einzelnen Stadtteilen orientieren. Die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten sind ein großes ungelöstes Problem in den Seniorenzentren. Um den tatsächlichen Bedarf im hauswirtschaftlichen Bereich zu decken, ist eine Ausstattung, die einer halben Personalstelle entspricht, anzusetzen. Angemessene Lösungen dieses Problems sind zu erarbeiten.

In zehn Stadtteilen werden zur Zeit Seniorenzentren betrieben. Die Stadtteile Emmertsgrund und Boxberg haben bisher kein Seniorenzentrum. Beide Stadtteile zusammengenommen weisen einen Anteil an Älteren auf, der dem Durchschnitt in Heidelberg entspricht und das, obwohl die Altersverteilung sehr unterschiedlich ist. Die Einrichtung eines Seniorenzentrums im Stadtteil Boxberg ist daher sinnvoll und wird empfohlen. Dass diese Stadtteile eine Randlage aufweisen und insbesondere im Stadtteil Boxberg die älteren Einwohner kollektiv altern, kann als weiteres Argument für die Einrichtung eines Seniorenzentrums angesehen werden. Hier ist mit Blick auf die besonderen Strukturen in beiden Stadtteilen ein geeignetes Konzept zu entwickeln.

Im Verlauf der Evaluation wurde auch intensiv die Frage diskutiert, die Seniorenzentren unter Beibehaltung der Arbeit für Senioren in Richtung Mehrgenerationenhäuser weiter zu entwickeln. Die Fortführung der bisherigen Arbeit hat aber höchste Priorität—sie kann nicht in einem Mehrgenerationenhaus aufgehen. Die in Zukunft immer wichtiger werdende Differenzierung in spezifische Angebote für das 3. und 4. Alter ist nur so leistbar. Denkbar wäre evtl. die Organisation eines Mehrgenerationenhauses mit einem Seniorenzentrum mit erweiterter personeller Ausstattung zu verbinden. Mehrgenerationenhäuser stellen nach dem Konzept von Frau Bundesministerin von der Leyen räumliche, personelle und konzeptionelle Anforderungen, die einen extrem großen räumlichen und personellen und damit auch finanziellen Mehraufwand bedeuten würden (räumliche Erweiterung, Erarbeitung einer neuen Konzeption und Erweiterung der Arbeitsinhalte). Die personellen, inhaltlichen und finanziellen Anforderungen an ein Mehrgenerationenhaus müssen gesondert von den Erfordernissen an ein Seniorenzentrum gesehen werden. Hierzu gibt es aus den Modellprojekten und –standorten bereit einige Erkenntnisse aus der Begleitforschung.

**1,5 Stellen für Fachkräfte plus  
0,5 Stelle für hauswirtschaftliche Kraft pro Seniorenzentrum**

### **Einrichtung eines Seniorenzentrums im Stadtteil Boxberg**

Anteil der im Privathaushalt lebenden Bewohner in den Stadtteilen

Stadtteil	65+	%-Anteil
Pfaffengrund	1782	24%
Ziegelhausen & Schlierbach	2247	18%
Handschuhsheim	2756	18%
Wieblingen	1681	18%
Emmertsgrund & Boxberg	1827	17%
Kirchheim	2618	17%
Rohrbach	2237	15%
Weststadt & Südstadt	2179	13%
Neuenheim	1851	13%
Bergheim	814	13%
Altstadt	1020	10%
Heidelberg	21012	16%

**Keine Umwandlung  
in Mehrgenerationenhäuser**



**Erhaltung und Weiterentwicklung des existierenden generationenübergreifenden Angebots**

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es nicht für alle Menschen im 3. und 4. Alter erforderlich, in engem Kontakt mit jüngeren Menschen zu stehen. Dennoch ist ein Austausch über unterschiedliche Generationen hinweg wünschenswert, solange er sich an den Bedürfnissen der älteren Menschen orientiert. Das bereits vorhandene generationenübergreifende Angebot der Seniorenzentren sollte aufrechterhalten und an aktuelle Wünsche immer wieder neu angepasst werden.

**Zukünftige Gestaltung**

Die Arbeit der Seniorenzentren wird in Zukunft noch wichtiger werden, da sich die Zahl der Älteren (65+) von momentan ca. 22.600 auf ca. 26.000 im Jahre 2020 (Steigerung von 15%) und auf ca. 31.200 im Jahre 2025 (Steigerung um 38%) erhöhen wird. Diese Zunahmen gelten sowohl für das 3. als auch für das 4. Alter.

**Stärkere Zielgruppenorientierung**

Um für zukünftige Entwicklungen gerüstet zu sein, ist es aus gerontologischer Sicht notwendig, die Arbeit der Seniorenzentren stärker an den spezifischen Bedürfnissen der wachsenden Zahl von Menschen im 3. und 4. Alter zu orientieren und auch nach Geschlechtszugehörigkeit zu differenzieren. Zwar gibt es allgemeine Bedürfnisse älterer Menschen, z.B. das Bedürfnis nach Gesundheit, Selbständigkeit/Selbstbestimmung, Sicherheit, Mobilität und Lebenssinn, die als zentrale Lebensbereiche schon heute in der Arbeit der Seniorenzentren thematisiert werden. Aber ältere Menschen haben je nach Lebensphase (3. vs. 4. Alter), Geschlecht, Bildungsniveau, Lebenslage und kulturellem Hintergrund auch spezifische Bedürfnisse, über die wenig bekannt ist. Für die zukünftige Arbeit sollte eine systematische Erhebung dieser Bedürfnisse angestrebt werden.

**Neue Themen aufgreifen**

In Zukunft werden Generationen von Menschen das Alter erreichen, die ein anderes, neues Selbstverständnis und andere Ansprüche und Bedürfnisse haben. Um auch sie als Nutzer der Seniorenzentren zu gewinnen, muss schon heute überlegt und systematisch erhoben werden, welche Themen in welcher Art und Weise für sie interessant sein könnten. Andererseits erfordert auch die zunehmende Hochaltrigkeit, sich neuen Themen zuzuwenden. Von zentraler Bedeutung ist die Vermeidung bzw. das Hinauszögern von Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit („Pflegeprävention“) sowie die bessere Identifikation von Personen mit einem hohem Risiko, abhängig zu werden. Eine zentrale Frage ist, wie die vorhandenen sozialräumlichen Ressourcen noch stärker für gutes Altern im Stadtteil genutzt werden können.

**Wissenschaftliche Begleitung**

Die internationale Gerontologie liefert ständig neue Erkenntnisse auch in Form von konkreten Interventionsprogrammen, um gutes Altern zu fördern. So gibt es z.B. wissenschaftlich evaluierte Programme zum Lebensmanagement, zur Erhaltung und Förderung der Gehfähigkeit, zur Verbesserung von Gedächtnisleistungen usw. Sie für die Arbeit der Seniorenzentren nutzbar zu machen, erfordert gerontologische Kompetenz. In Heidelberg gibt es gute Möglichkeiten eines effektiven Wissenschaft-Praxis-Transfers, auf den nicht verzichtet werden sollte.

Die Koordination der Arbeit in den Seniorenzentren findet in organisierten Arbeitskreisen, sowohl auf Trägerebene als auch auf der Arbeitsebene viermal jährlich statt. Auf der Arbeitsebene gibt es regelmäßig einen Austausch über inhaltliche Angebote, im Sinne von best-practice – Beispielen. Einmal jährlich wird auf einer zweitägigen Klausurtagung neben aktuellen Themen ein für alle wichtiges Thema ausführlich inhaltlich bearbeitet. Die fachliche und inhaltliche Gestaltung erfolgt durch den jeweiligen Träger. Für die strukturellen Rahmenbedingungen und die Weiterentwicklung von Seniorenzentren ist die Stadt Heidelberg zuständig.

Kooperation und Koordination

Eine weitere Form der Zusammenarbeit sind die Arbeitskreise zum Thema Älterwerden im Stadtteil, die von den Seniorenzentren moderiert werden und an denen die sozialen Dienste und weitere lokale Akteure teilnehmen.

Alle Beteiligten sollten Überlegungen anstellen, in welcher Weise die Kooperation gestärkt werden kann. Ein wesentliches Ziel besteht darin, die jeweiligen Profile der beteiligten Einrichtungen noch besser bekannt zu machen, damit die älteren Bewohner des jeweiligen Stadtteils möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld leben können.

Für eine kontinuierlich Weiterentwicklung der Arbeit der Seniorenzentren ist es von Bedeutung, die angestrebten Ziele regelmäßig zu überprüfen. Dazu können folgende Strategien auch in Zukunft eingesetzt werden: Die jährlichen Zielvereinbarungen und Jahresberichte, um spezifische Ziele der Seniorenzentren zu überprüfen, der Rückgriff auf wissenschaftlich überprüfte Interventionsmaßnahmen, um die Wirksamkeit von Angeboten sicherzustellen und der gezielte Einsatz von Erhebungsverfahren, um auf individueller Ebene positive Wirkungen unterschiedlicher Angebote belegen zu können.

Ständige Evaluation  
der eigenen Arbeit

Die zusammenfassende Bewertung und die Empfehlungen für die zukünftige Gestaltung wurden vom Gremium „Evaluation der Seniorenzentren“ auf der Sitzung vom 17. Dezember 2008 einstimmig verabschiedet.

**Gemeinsame Verabschiedung**

## 11. Literatur

- Altenstrukturkonzept (1988). *Altenstrukturkonzept der Stadt Heidelberg*. Stadt Heidelberg
- Antonucci, T. C., Sherman, A. M., & Akiyama, H. (1996). Social networks, support and integration. In J. E. Birren (Hrsg.), *Encyclopedia of gerontology. Age, aging and the aged* (Vol. 2, S. 505-515). San Diego: Academic Press.
- Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: The Fourth Age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- Baltes, P. B. (1999). Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 433-448.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Benyamini, Y., & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.
- BMFSFJ (2008). *Starke Leistung für jedes Alter. Erste Ergebnisse der Wirkungsforschung im Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser*. Berlin: BMFSFJ.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.). (2008). *Daten, Fakten, Trends zum demographischen Wandel in Deutschland*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung und Statistisches Bundesamt.
- Dallinger, U. (2002). Das ‚Problem der Generationen‘: Theorieentwicklung zu intergenerationellen Beziehungen. In U. Dallinger & K. R. Schroeter (Hrsg.), *Theoretische Beiträge zur Alterssoziologie* (S. 203-234). Opladen: Leske + Budrich.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.). (2006). *Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität im Alter*. GeroStat Report Altersdaten 01/2006. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Ellert, U., Wirz, J. & Ziese, T. (2006). *Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2. Welle) – Deskriptiver Ergebnisbericht*. Berlin: Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Erikson, E. H. (1979). *Identität und Lebenszyklus Drei Aufsätze* (5. Aufl.). Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Filipp, S.-H. (1997). Beziehungen zwischen den Generationen im Erwachsenenalter als Thema der verhaltenswissenschaftlichen Forschung. In L. Krappmann & A. Lepenies (Hrsg.), *Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen* (S. 229-242). Frankfurt/ Main: Campus Verlag
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (1999). *Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehung zwischen den Generationen*. Stuttgart: Kohlhammer
- Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B, P322–P330.
- Hieber, A., Oswald, F., Rott, C., & Wahl, H.-W. (2006). *Selbstbestimmt Älterwerden in Arheilgen. Abschlussbericht*. Heidelberg: Abteilung für Psychologische Altersforschung des Psychologischen Instituts und Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48, 646-658.
- Kruse, A. (1999). *Evaluation der Seniorenzentren. Ergebnisse der gerontologischen Untersuchung*. Abschlußbericht an die Stadt Heidelberg. Heidelberg: Institut für Gerontologie.
- Kruse, A. (2002). Autonomie und soziale Teilhabe im Alter als politische Leitbilder eines erfolgreichen Alters. In H. J. Kaiser (Hrsg.), *Aspekte einer gerontologischen Herausforderung* (S. 17-34). Münster: Lit Verlag.
- Kruse, A. (2005). Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, bewusst angenommene Abhängigkeit und Mitverantwortung als Kategorien einer Ethik des Alters. *Zeitschrift für Gerontologie & Geriatrie*, 38, 223-237.
- Lang, F. R. (2005). Generationenbegegnungen – Gewöhnlich und doch einzigartig? In G. Mey (Hrsg.), *Jung & Alt. Perspektiven im städtischen Raum* (S. 21-25). Köln: Kölner Studienverlag

- Lang, F. R. & Baltes, M. M. (1997). Brauchen alte Menschen junge Menschen? Überlegungen zu den Entwicklungsaufgaben im hohen Lebensalter. In L. Krappmann & A. Lепенies (Hrsg.), *Alt und Jung. Spannung und Solidarität zwischen den Generationen* (S. 161-184). Frankfurt/ Main: Campus Verlag
- Laslett, P. (1995). *Das Dritte Alter: historische Soziologie des Alterns*. Weinheim: Juventa.
- Lawton, M. P., Moss, M. S., Hoffman, C., Grant, R., Have, T. T., & Kleban, M. H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, 39, 406-416.
- Lövdén, M., Ghisletta, P., & Lindenberg, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and Aging*, 20, 423-434.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.). (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Menning, S. (2006). *Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer*. GeroStat Report Altersdaten 02/2006. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808.
- Müters, S., Lampert, T., & Maschewsky-Schneider, K. (2005). Subjektive Gesundheit als Prädiktor für Mortalität. *Das Gesundheitswesen*, 67, 129-136.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Politics and Social Sciences*, 9, 187-198.
- Oeppen, J. & Vaupel, J. W. (2002) Broken limits to life expectancy. *Science*, 296, 1029-1031.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Uebelbacher, A., & Stähelin, H. B. (2006). Impact of physical and psychological resources on functional autonomy in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 470-482.
- Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & the WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHO-QOL-Old module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Rott, C. (1999). Kognitive Repräsentation, Coping-Verhalten und soziale Integration von Hundertjährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 246-254.
- Rott, C., Jopp, D., d'Heureuse, V., & Becker, G. (2006). Predictors of well-being in very old age. In H.-W. Wahl, H. Brenner, H. Mollenkopf, D. Rothenbacher & C. Rott (Hrsg.), *The many faces of health, competence and well-being in old age: Integrating epidemiological, psychological and social perspectives* (S. 119-129): Springer: Printed in the Netherlands.
- Satariano, W. A. (2006). *Epidemiology of aging: An ecological approach*. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Schönemann-Gieck, P., Rott, C., Martin, M., d'Heureuse, V., Kliegel, M. & Becker, G. (2003). Übereinstimmungen und Unterschiede in der selbst- und fremdeingeschätzten Gesundheit bei extrem Hochaltrigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 429-436.
- Schuntermann, M. F. (2006). *Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Kurzeinführung*. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Seeman, T. E. & Crimmins, E., M. (2001). Social environment effects on health and aging: Integrating epidemiologic and demographic approaches and perspectives. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954, 88-117.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Kohout, F., Lacroix, A., Glynn, R., & Blazer, D. (1993). Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly: A comparative analysis of three communities. *Annals of Epidemiology*, 3, 325-335.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Berechnung von Periodensterbetafeln*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2006). *11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Staudinger, U. M. (1994). Interaktive Kognition: Ein erfolversprechendes Paradigma für die Kognitions- und Entwicklungspsychologie? In K. Pawlik (Hrsg.), *Bericht über den 39. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Hamburg 1994* (S. 432-439). Göttingen: Hogrefe.
- Staudinger, U. M. (2005). Lebenserfahrung, Lebenssinn und Weisheit. In: S.-H. Philipp, U. M. Staudinger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters* (S. 740 – 763). Göttingen: Hogrefe.

- Stosberg, M. & Bühler, S. (2006). Soziale Netzwerke. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber, & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3., vollständig überarbeitete Aufl., S. 339-344). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wurm, S., & Tesch-Römer, C. (2006). Gesundheit, Hilfebedarf und Versorgung. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland – Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 329-384). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ziegler, U. & Doblhammer, G. (2008). Bereits 1,2 Millionen Demenzerkrankte in Deutschland. *Demografische Forschung Aus Erster Hand*, 5(4), 4.

**Dank**

Wir danken dem begleitenden Gremium, bestehend aus Vertreterinnen der Seniorenzentren, ihrer Träger, den Stadträten und Mitarbeiterinnen des Amtes für Soziales und Senioren der Stadt Heidelberg für die kontinuierliche und produktive Begleitung des Evaluationsprozesses.