

## Quartier und Inklusion

### Herausforderungen aus gerontologischer Sicht

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge versteht Inklusion als Herausforderung an eine plurale Gesellschaft, Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass „Menschen mit und ohne Behinderung, alte und junge Menschen, mit oder ohne Migrationshintergrund gemeinsam Lebensräume nutzen und gestalten.“ (2011: S. 1) Gelingende Inklusion bereichert eine Gesellschaft durch Vielfalt, sie setzt voraus, dass alle Menschen selbstbestimmt leben und die vorfindliche reguläre Infrastruktur (z. B. Arbeitsmarkt, Bildungssystem) nutzen können. Die Anfang 2009 in Deutschland ratifizierte UN-Konvention über die Rechte der von Menschen mit Behinderung stellt einen wichtigen Baustein der Entwicklung inklusiver gesellschaftlicher Räume dar.

Nun richtet die die UN-Konvention ihren Fokus auf die Lebens- und eben Inklusionssituation behinderter Menschen, aber so wie der Deutsche Verein entwickeln auch andere Verbände und Institutionen den Inklusionsgedanken weiter und übertragen ihn auf andere Gruppen der Bevölkerung – wie eben ältere Menschen.

Der Grundgedanke einer Altenhilfepolitik, die ältere Menschen in die Gesellschaft einbezieht, ihre Ressourcen erkennt und ihnen Angebote zur Verfügung stellt, die eine Teilhabe ermöglichen, ist dabei durchaus älteren Datums. So fanden die Planungen der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie, die u.a. zum Ziel hatte, das zu dem Zeitpunkt noch vorherrschende Defizitmodell des Alters kritisch zu überprüfen, bereits in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts statt. Tatsächlich konnte die Studie dann u.a. sehr deutlich zeigen, dass Veränderungen von Menschen im Verlaufe des Alterns weder generell noch universell sind, sondern primär geprägt sind durch Bildung, sozialen Status und Geschlecht (Weidekamp-Maicher 2010). Dass also ältere Menschen keineswegs eine homogene Gruppe sind, sondern vielfältig unterschiedliche Lebenssituationen, Bedarfe und Interessen älterer Menschen bei der Gestaltung von Gesellschaft zu berücksichtigen sind. Menschen in ihrer Individualität anzuerkennen ist eine wichtige Voraussetzung für ein nicht-diskriminierendes, nicht-ausgrenzendes Miteinander.

In diesem Sinne haben sich die *Berichte zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland* des zuständigen Bundesministeriums (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) 2005 und 2010) u.a. intensiv sowohl mit den gesellschaftlichen Potentialen der älteren Menschen befasst, als auch auf die Wirkung diskriminierender Altersbilder in der Gesellschaft hingewiesen. So werden im Bericht von 2005 die *Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft* thematisiert und dabei deutlich herausgestellt, dass Ältere in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen einen erheblichen Beitrag zum gesellschaftlichen Wohlstand leisten, es jedoch in vielen Bereichen verbesserter Rahmenbedingungen bedarf, damit ältere Menschen ihre Fähigkeiten einsetzen können. Die Veränderung der Rahmenbedingungen – so die Sachverständigenkommission – „müssen jedoch in einen gesellschaftlichen Kulturwandel eingebettet sein, der auch die Bereitschaft von Unternehmen, Organisationen und Verwaltung umfasst, die vorhandenen Potenziale Älterer in stärkerem Maße abzurufen.“ (BMFSFJ 2005: S. 452) Mit anderen Worten: es bedarf weiterer Fortschritte, um ältere Menschen ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen entsprechend vielfältig einzubinden und die Alterung der Gesellschaft in der öffentlichen Diskussion nicht mehr „beinahe ausschließlich mit finanziellen Belastungen ... insbesondere im Hinblick auf Alterssicherungssysteme,

das Gesundheitswesen und die Pflegeversicherung“ in Verbindung zu bringen. Gesellschaft – so die Empfehlung im Bericht 2010 – sollte die fürsorgliche Sicht auf das Alter „durch eine an den Stärken und Gestaltungsspielräumen des Alters orientierte Sicht“ (BMFSFJ 2010: S. 2) ergänzen und den vielfältigen Lebensstilen und Erwartungen älterer Menschen stärker Rechnung tragen.

Auch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) hat sich seit seiner Gründung im Jahre 1962 die Förderung der Selbstbestimmungsrechte älterer Menschen und die Entwicklung entsprechend geeigneter Strukturen der Unterstützung zum Ziel gesetzt (<http://www.kda.de/news-detail/items/id-50-jahre-partnerschaft-fuer-mehr-lebensqualitaet-im-alter.html>). Der Fokus der Aufmerksamkeit des KDA lag und liegt dabei jedoch stärker auf Altenhilfestrukturen für ältere Menschen mit Unterstützungs- und Hilfebedarf.

Es sind also zwei Seiten einer Medaille, die mit einem differenzierten, inklusiven Blick auf das Alter(n) auch und gerade in der Quartiersentwicklung bedeutsam sind und Berücksichtigung finden sollten: die Einbindung, um der Entwicklung von Potenzialen, Fähigkeiten und Interessen älterer Menschen Raum zu geben und der Blick auf eine angemessene Unterstützungsinfrastruktur, die älteren Menschen auch bei Hilfebedarf Teilhabe gewährt.

Tatsächlich hat sich in der Entwicklung der Angebots-Infrastruktur und der Projekte, die die Teilhabe älterer Menschen voranbringen, in den letzten ca. 50 Jahren schon einiges getan.

So sind z.B. die Gemeinwesenöffnung und Sozialraumorientierung stationärer Einrichtungen der Altenhilfe seit langem Thema, die Konzeptionierung der mittlerweile 5. Generation von Einrichtungen der Altenhilfe mit einem expliziten Quartiersbezug ist vom KDA umfassend beschrieben, um die Praxisumsetzung zu unterstützen (Michell-Auli, Sowinski 2012).

Ich will im folgenden eher kurz darauf verweisen, welche Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, um eine inklusive Quartiersentwicklung so zu gestalten, dass sie auch den Anforderungen älterer Menschen im oben genannten Sinne Rechnung trägt und Beispiele für Projekte und erfolgreiche Modelle aufzeigen – also Hinweise geben, wo es bereits bisher best-practise-Beispiele gibt und wie diese arbeiten.

Ein wenig ausführlicher will ich mich dann einem Thema zuwenden, das noch eine Herausforderung für eine inklusive Quartiersentwicklung insbesondere in ländlichen Regionen darstellt, da in diesem Bereich zukünftig mit Problemen zu rechnen sein wird, für die die Suche nach Lösungen erst am Anfang steht: die Weiterentwicklung gesundheitlich-präventiver Strukturen im Quartier und die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten.

## Inklusive Quartiersentwicklung aus dem Blickwinkel älterer Menschen – Beispiele guter Praxis

Zwei Ebenen einer inklusiven Entwicklung sind (s.o.) zu betrachten:

- die Teilhabe-Möglichkeiten im Quartier – also das Eingebundensein in Nachbarschaft und Netzwerke sowie in Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse der eigenen Lebensräume bzw. des Quartiers (1),
- die Unterstützungs- und Versorgungsangebote – also die infrastrukturellen Rahmenbedingungen zur Gewährleistung eines selbstbestimmten Lebens in der Gemeinschaft auch bei Hilfebedarf (2).

Für die Teilhabe (1) in einem erweiterten Sinne – also Teilhabe nicht nur an Bildungs- und Arbeitsmarkt – als teilnehmen und mitgestalten im zivilgesellschaftlichen Sinne gibt es vielfältige Beispiele, die eine gute und erfolgreiche Praxis zeigen.

So hat die Landesseniorenvertretung Nordrhein-Westfalen schon 2005 ein Handbuch *Altengerechte Stadt* (Grymer et al. 2005) herausgegeben, das gelungene Beispiele und konkrete Handlungsschritte aufzeigt auf dem Wege zu einer aktivierenden und ermöglichenden Rolle der kommunalen Politik. Insbesondere wird auf die erforderliche Infrastruktur vor Ort eingegangen, die eine aktive und aktivierende Seniorenarbeit erfordert.

Anhand guter Beispiele für die Initiierung und Gestaltung einer lebendigen Nachbarschaft zeigt das Forum Seniorenarbeit NRW auf, wie eine Einbindung und Aktivierung älterer Menschen im Wohnquartier gelingen kann (Scholl, Carls 2008).

*Neues Altern in der Stadt* (NAIS) ist eine Initiative der Bertelsmann Stiftung, in deren Rahmen in sechs Pilot-Kommunen in einem intensiven Analyse-, Planungs- und Umsetzungsprozess aufgezeigt wird, wie Kommunen die Auswirkungen des demographischen Wandels gestaltend selbst in die Hand nehmen können und Chancen offensiv nutzen. Auf der Grundlage umfangreicher statistischer Daten über die jeweilige Ist-Situation und die zukünftig zu erwartende Bevölkerungsentwicklung ([www.wegweiser-kommune.de](http://www.wegweiser-kommune.de)) haben sich die beteiligten Kommunen auf den Weg gemacht, in einem partizipativen Verfahren – insbesondere unter Einbeziehung auch von Senioren – Zukunftsszenarien für ihre Stadt abzu prüfen, Leitlinien des zukünftigen Handelns und darauf aufbauend notwendige Maßnahmen der Zukunftsgestaltung zu entwickeln und umzusetzen (Bertelsmann-Stiftung 2006 und 2007). Verlauf und Ergebnisse des Projektes sind als Anregung und Empfehlung für andere Kommunen dokumentiert.

Als Voraussetzungen und Erfolgsfaktoren einer gelingenden partizipativen Quartiersentwicklung sind in allen Projekten und Veröffentlichungen die Einbindung aller relevanten Akteure in den Quartieren genannt sowie Bereitschaft der kommunalen Entscheidungsträger, nicht nur Ressourcen (z.B. Sach- und Personalleistungen) in den Prozess einzubringen, sondern darüberhinaus als Moderator und Koordinator die beteiligten Netzwerke und die Umsetzungsprozesse unterstützen (siehe z.B. Grymer et al. 2005, GdW Bundesverband Wohnungs- und Immobilienunternehmer e.V. 2010).

Im Bereich der infrastrukturellen Rahmenbedingungen (2) sind es die Teilbereiche

- Wohnen,
- Mobilität,
- Versorgungs- und Unterstützungsangebote im engeren Sinne,

die bedeutsam sind für ein selbstbestimmtes Altern im Quartier.

Angemessene Wohnangebote und die für – sich verändernde – Hilfebedarfe notwendige flexible Infrastruktur aus professionellen Pflege- und im Vor- und Umfeld von Pflegebedürftigkeit (im Sinne des SGB XI) erforderlichen ergänzenden Dienstleistungen und Beratungsangebote sowie eine funktionierende Nachbarschafts- und Ehrenamtskultur sind Rahmenbedingungen, die die Zielsetzung einer inklusiven Quartiersentwicklung für ältere Menschen sein müssen. Darin sind sich im Kern Fachwelt und Politik einig.

So ist die Gewährleistung einer angemessener infrastruktureller Rahmenbedingungen Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge. Vielfältige gute Beispiele der kommunalen Pflegebedarfsplanung und Seniorenpolitik zeigen, dass das Thema in der Politik angekommen ist.

Auch die im Jahr 2008 in Kraft getretene Änderung des SGB XI schreibt erstmals einen gesetzlichen Anspruch auf Beratung und Unterstützung für Menschen mit Pflegebedarf fest und stärkt mit der Einführung der Pflegestützpunkte Voraussetzungen, die Vernetzung der Versorgungsstruktur und die Stärkung des Ehrenamtes voranzutreiben (auch wenn bei der Umsetzung des Gesetzes eine stärkere Rolle der Kommunen sicherlich wünschenswert gewesen wäre).

Vielfältige Praxisbeispiele zeigen, wie die Umsetzung in der Kommune und im Quartier unterstützt und vorangetrieben werden kann.

So z.B. das Projekt *Soziales Neu Gestalten* (SONG) (Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG)), das in Leuchtturmprojekten konsequent quartiersorientierte und alltagsnahe Wohnmodelle für ältere Menschen mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf entwickelt hat, in denen auch neue Finanzierungsmodelle für vernetzte Beziehungs- und Hilfearrangements erprobt wurden (Netzwerk: Soziales neu gestalten (SONG) 2009) (<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-173EE255-49115358/bst/hs.xsl/72947.htm>).

Ebenso zeigt das KDA mit vielfältigen Beispielen für Wohnen mit Quartiersorientierung Wege auf, eine gesicherte Lebens- und Wohnsituation für Ältere zu gestalten, die auch Anpassungsbedarfen bei beginnendem oder zunehmendem Unterstützung- und Hilfebedarf Rechnung trägt (siehe Michell-Auli 2011, Kremer-Preiß, Stolarz 2005). Synonym steht in der Arbeit des KDA für diese Zielvorstellung der Begriff der Quartiershäuser (Michell-Auli, Sowinski 2012).

Keineswegs soll hier gesagt werden, dass im Bereich der inklusiven Quartiersentwicklung alles „im grünen Bereich“ ist, das ist keineswegs der Fall. Aber es gibt hinreichend gute Beispiele, wie es gehen kann, wir haben in diesem Bereich eher ein Umsetzungs- denn ein Erkenntnisdefizit.

## **Inklusive Quartiersentwicklung aus dem Blickwinkel älterer Menschen – Herausforderungen für die Zukunft**

Zwei Themenbereiche der Quartiersentwicklung, die für die Lebenssituation älterer Menschen von Bedeutung sind, gibt es, in denen die Entwicklung von Praxis-Beispielen weniger weit vorangeschritten ist, als in den eingangs skizzierten Handlungsfeldern. Im Bereich der Entwicklung von gesundheitspräventiven Strukturen im Quartier (1) und in der Versorgung mit Allgemeinmedizinern und Hausärzten (2) ist zukünftig mit neuen Herausforderungen zu rechnen.

### **Gesundheitsprävention im Quartier**

Seit Juli 2008 sind die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, einen Teil ihrer Mitgliedsbeiträge in primärpräventive Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge zu investieren. Vorgesehen sind Maßnahmen der Individual-Prävention, Gruppen-Maßnahmen in Settings bzw. im Lebensraumkontext und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsvorsorge (Schemp et al. 2012). Mit Blick auf ältere Menschen sind insbesondere die Maßnahmen der Individual-Prävention und der Setting-Ansatz von Bedeutung.

Im Rahmen der Individual-Prävention sind es die gesetzlichen Krankenkassen, die zertifizierte Kurse im Bereich Ernährung, körperliche Aktivität bzw. Bewegung, Suchtmittelkonsum und Entspannung anbieten, die auch von älteren Menschen wahrgenommen werden, wenngleich Spezifikationen der Angebotsstruktur für den Bedarf älterer Menschen noch nicht praktiziert werden, so wie ältere Menschen als Zielgruppe insgesamt im Leitfaden der gesetzlichen Krankenkassen zur Entwicklung von Präventionsangeboten und auch in der Berichterstattung marginalisiert werden (ebenda), so wie insgesamt für die Bundesrepublik zu konstatieren ist, dass keine regelhaften und flächendeckenden Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung für ältere Menschen bestehen (Kuhlmann et al. 2009).

Im Bereich des Setting-Ansatzes der Krankenkassen überwiegen derzeit eindeutig – und gezielt – Maßnahmen für Kinder bzw. Familien, die im Setting Schule und Kindergarten durchgeführt werden. Stadtteil- bzw. ortsbezogene Maßnahmen hatten mit gerade mal 1,75 % der Setting-Maßnahmen im Jahr 2010 eine sehr geringe Bedeutung. Das kann seine Ursache u.a. darin haben, dass die hohen präventiven Potentiale älterer Menschen nach wie vor unterschätzt werden (Altgeld 2009). Insbesondere für ältere Menschen ist die Lebensqualität in hohem Maße mit einer guten gesundheitlichen Verfassung und den daraus resultierenden Potenzialen für eine selbstständige Lebensführung verbunden.

Gerade stadtteil- bzw. quartiersbezogene Aktivitäten der Gesundheitsprävention sind es, die ältere Menschen erreichen können. Insofern ist die Weiterentwicklung präventiver Angebote gerade im Wohnquartier und Stadtteil ein wichtiger Baustein einer Politik, die die Inklusion älterer Menschen sicherstellen will. Das Quartier ist – so Altgeld (2009) – die zentrale Handlungsebene zur Entwicklung effektiver Ansätze, die die Gesundheitspotentiale älterer Menschen – und insbesondere sozial benachteiligter älterer Menschen – unterstützen und damit der Marginalisierung dieser Zielgruppe zu begegnen. Auch in diesem Bereich sind es jedoch beteiligungsorientierte Ansätze, die ein Gelingen wahrscheinlicher machen, insofern ist die kommunale Seniorenpolitik sicherlich ein besser geeigneter Akteur als das klassisch am medizinischen Paradigma orientierte Gesundheitswesen (Altgeld 2009).

Beispiele für entsprechende Projekte lassen sich durchaus finden. So ist im Rahmen der Initiative *Neues Altern in der Stadt* (s.o.) in Bruchsal das Thema Gesundheitsprävention und -förderung umgesetzt worden (Bertelsmann Stiftung 2006). Wie in einer Großwohnsiedlung Gesundheitsförderung für ältere Menschen etabliert werden kann, zeigen Heusinger et al. (2009) an einem Berliner Beispiel. Auch hier sind es partizipative Netzwerk-Strukturen unter Einbeziehung vorhandener Akteure und Betroffener, die das Modell zum Erfolg gemacht haben (Kümpers 2008).

Insgesamt sind stadtteil- oder gemeindebezogene Entwicklungsprozesse zur Gesundheitsförderung und Prävention gut möglich, jedoch durchaus voraussetzungsvoll. Kommunen sind in diesem Bereich gefordert, in starkem Maße initiiierend und organisierend tätig zu werden und die Nachhaltigkeit zu sichern.

Eine Handlungshilfe für Projekte, die das gesunde Altern in der Stadt fördern, hat die BKK (2009) herausgegeben. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen der Initiative *IN FORM* (Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung, <http://www.in-form.de/>) eine Schrift unterstützt, die als Arbeitshilfe für quartiersbezogene Aktivitäten zur Gesundheitsförderung älterer Menschen dient (Bräunling et al. 2010).

Im Hinblick auf die Fragestellung, welche Rahmenbedingungen und Maßnahmen in diesem Bereich Erfolge versprechen, ist jedoch noch Evaluations- und Forschungsbedarf gegeben (Kümpers 2008).

## **Hausärztliche Versorgung**

Stärker noch als die Herausforderung, angemessene Präventionsangebote auch für ältere Menschen im Quartier zu entwickeln, wird die Versorgung mit hausärztlich tätigen Praxen zukünftig Kommunen beschäftigen (müssen).

Aktuell berichtet die KN am 5. März d.J. über eine Studie des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung, die aufzeigt, dass die gegenwärtige Struktur der hausärztlichen Versorgung nicht länger aufrecht zu erhalten sein wird. Das gilt insbesondere in ländlichen Regionen. Das Thema ist durchaus nicht neu. So hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sich in einem Sondergutachten von 2009 mit der Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens u.a. mit der Bedeutung der hausärztlichen Versorgung befasst. In diesem Gutachten wird der hausärztlichen Versorgung eine nachhaltige Bedeutung für die gesundheitliche Primärversorgung einer älter werdenden Gesellschaft zugesprochen. Vor dem Hintergrund einer wachsenden Zahl hochaltriger häufig chronisch und mehrfacherkrankter Patient/innen kommt der Koordination in der ärztlichen Versorgung und Begleitung eine besondere Bedeutung zu – eine klassische Aufgabe von Hausärzten. Nach Ansicht der Gutachter ist das derzeit im bundesrepublikanischen Gesundheitswesen noch vorherrschende Muster der Akutmedizinischen und fachspezialistischen Versorgung keine geeignete Struktur, um den Herausforderungen, die mit der Begleitung einer zunehmenden Zahl älterer Patient/innen verbunden ist, gerecht zu werden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat bereits auf diese Situation reagiert und im Rahmen ihres Internet-Angebotes die Praxisbörse für Ärzte, die sich niederlassen wollen, um eine Seite erweitert, auf der Kommunen, die niedergelassene Ärzte suchen, sich vorstellen können. Derzeit sind 22 Kommunen bemüht, niederlassungsbereite Ärzte für ihre Region zu interessieren. Einen Überblick über weitere Maßnahmen des Gesetzgebers, dem Mangel zu begegnen, findet sich auf der website der Kassenärztliche Bundesvereinigung ([http://www.kbv.de/37305.html#mehr\\_Anreize](http://www.kbv.de/37305.html#mehr_Anreize)).

Nun sind natürlich die erforderlichen Aufgaben im Bereich der Sicherstellung ärztlicher Versorgung Aufgabe des Bundesgesetzgebers und der Verhandlungspartner im Gesundheitswesen.

Dennoch können – und sollten – Kommunen sich des Themas annehmen und Aktivitäten entwickeln, um das ihre zu einer adäquaten medizinischen Versorgung der älteren Bevölkerung beizutragen. Hierzu macht der Sachverständigenrat Vorschläge (2009), die sich im wesentlichen auf medizinisch-versorgungsorganisatorische Maßnahmen konzentrieren, aber eben auch die finanziellen und infrastrukturellen Bedingungen in Kommunen thematisieren, die es Ärzten erleichtern, sich auf dem Lande niederzulassen.. Auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden hat in einem Bericht bereits 2008 Vorschläge gemacht, wie die Kommunen und Länder infrastrukturelle Unterstützung bieten können um attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen, um frei werdende Arztsitze neu besetzen zu können. So werden z.B. ansiedlungsunterstützende Maßnahmen, Bereitstellung von Praxis-Räumen und shuttle-Diensten vorgeschlagen. Auch Hausärzte-Busse werden in Erwägung gezogen ([http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/816697/deutschlands-erster-hausaerztebus-steht-startloechern.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/816697/deutschlands-erster-hausaerztebus-steht-startloechern.html)).

Im Rahmen verschiedener Projekte wird zudem derzeit erprobt, wie der hohen Arbeitsbelastung in hausärztlichen Praxen begegnet werden kann. So z.B. mit einer stärkeren Einbindung nicht-ärztlicher Berufsgruppen in die Versorgung ([http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/805975/forschungsprojekt-hausarzt-versorgung.html?sh=3&h=-1659777301](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/805975/forschungsprojekt-hausarzt-versorgung.html?sh=3&h=-1659777301)), hierzu können auch „Gemeindeschwestern“ gehören, die im Bereich der Überwachung des Gesundheitszustandes von Patient/innen eine wichtige Rolle übernehmen können (Beirat für Raumordnung 2009). Neben der stärkeren Gewichtung nicht-ärztlicher Leistungen kann die Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen ein Weg sein, die Rahmenbedingungen für hausärztliche Praxen attraktiver zu gestalten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es tatsächlich eine Reihe von Herausforderungen für eine inklusive Quartiersentwicklung, die die Lebenslagen älterer Menschen berücksichtigt, gibt. Es gibt aber eben auch viele Vorreiter und Beispielgeber, die aufzeigen, wie das gelingen kann.

Jutta Hansen

Institut für Sozialwissenschaften der CAU Kiel

27.06.2012