Bundesrat **Drucksache 39/01**

22.01.01

FS

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung

Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Berlin, den 18. Januar 2001

An den
Präsidenten des Bundesrates

Sehr geehrter Herr Präsident,

hiermit übersende ich Ihnen den von der Bundesregierung am 17. Januar 2001 beschlossenen 3. Altenbericht.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Christine Bergmann

Druck: MuK. Medien- und Kommunikations GmbH, Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28 / 3 82 08 40, Telefax: 02 28 / 3 82 08 44
ISSN 0720-2946

Bundesrat Drucksache 39/01

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I	**Stellungnahme der Bundesregierung**	13
A.	**Einleitung**	13
B.	**Die Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft**	14
1.	Demographische Entwicklung	14
2.	Chancen und Anforderungen an eine älter werdende Gesellschaft	15
C.	**Gestaltungsperspektiven in Politik und Gesellschaft**	
1.	Die gesundheitliche und medizinische Versorgung alter Menschen	16
1.1	Gesundheitliche Lage, Prävention und Rehabilitation	16
1.2	Versorgung erkrankter älterer Menschen	18
1.2.1	Psychische Versorgung	18
1.2.2	Geriatrische Versorgung	20
1.2.3	Ältere behinderte Menschen	21
1.3	Strukturfragen der Altenhilfe	21
1.3.1	Struktur- und qualitätsfördernde Programme der Bundesregierung	22
1.3.2	Bauliche Infrastruktur	23
1.3.3	Weiterentwicklung der Pflegeversicherung	24
1.3.4	Zukunftssicherung in der Altenpflege	25
	a) Altenpflegegesetz	25

		Seite
	b) Heimgesetz	26
	c) Heimmindestbauverordnung	27
	d) Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	27
	e) Qualitätssicherung in ambulanten Diensten	28
1.4.	Finanzierungsfragen der Alten- und Krankenhilfe	29
2.	**Ältere Menschen in der Arbeitswelt**	30
2.1.	Erwerbsbeteiligung im Wandel	30
2.2.	Bedeutung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus betrieblicher Sicht	31
2.3.	Ausscheiden aus dem Erwerbsleben/Rentenzugang	32
3.	**Wirtschaftliche Lage im Alter**	33
3.1	Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung	33
3.2.	Weitere Einkommen und Vermögen	34
3.3.	Sozialhilfebezug im Alter	35
4.	**Teilhabe älterer Menschen am familiären und sozialen Leben**	36
4.1.	Innerfamiliäre Generationen- und Solidarbeziehungen	36
4.1.1	Bedeutung der Familien- und Haushaltsstrukturen für das Zusammenleben der Generationen	37
4.1.2	Hilfe- und Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen	37
4.1.3	Bedeutung der Generationenbeziehungen für die Kultur	38
4.1.4.	Ältere Menschen ausländischer Herkunft	39
4.2.	Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement und Selbstorganisation älterer Menschen	39
4.3.	Weiterbildung für ältere Menschen	40
5.	**Ältere Menschen in ihrer örtlichen Lebensumwelt**	41
5.1.	Wohnen und Wohnumfeld	42
5.2.	Mobilität im Alter	43
5.3.	Neue Chancen der Technik	45
6.	**Ältere Menschen in der Rechtsordnung**	45
II	**Bericht der Sachverständigenkommission: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft**	47
Vorwort		47
1.	**Ressourcen des Alters aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive**	49
1.1	Wechselwirkungen zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung	51
1.2	Chancen und Anforderungen des Alters	53
1.3	Kompetenzen älterer Menschen	55

		Seite
1.3.1	Körperliche Kompetenz	55
1.3.1.1	Pflegebedürftigkeit	55
1.3.1.2	Demenz	56
1.3.2	Alltagspraktische Kompetenz	57
1.3.3	Psychische Kompetenz	57
1.3.4	Kognitive Kompetenz	59
1.4	Ressourcen für ein mitverantwortliches Leben: Das Engagement älterer Menschen in sozialen Beziehungen sowie für unsere Gesellschaft	60
1.4.1	Werden die Ressourcen des Alters als gesellschaftliches Potenzial erkannt?	61
1.4.2	Das Engagement älterer Menschen in sozialen Beziehungen	62
1.4.3	Die Übernahme freiwilliger und ehrenamtlicher Tätigkeiten	63
2.	**Altersbilder**	64
3.	**Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource**	69
3.1	Charakteristik des Gesundheits- und Krankheitszustands älterer Menschen	69
3.1.1	Die gesundheitliche Qualität der gewonnenen Jahre – bisherige Entwicklung und Perspektiven der behinderungsfreien Lebenserwartung	69
3.1.2	Somatischer Gesundheitszustand	71
3.1.2.1	Funktionelle Veränderungen	71
3.1.2.2	Krankheit und Multimorbidität im Alter	71
3.1.2.3	Gesundheitszustand älterer Migranten	75
3.1.3	Psychischer Gesundheitszustand	76
3.1.3.1	Zur Terminologie	76
3.1.3.2	Epidemiologische Befunde und Fragen der Diagnostik und Behandlung	77
3.1.4	Pflegebedürftigkeit – statistische Angaben	81
3.1.4.1	Aktuelle Situation	81
3.1.4.2	Zukünftige Entwicklung	86
3.2	Gesundheits- und Pflegeversorgung	89
3.2.1	Prävention	89
3.2.1.1	Präventionspotenziale	89
3.2.1.2	Der präventive Hausbesuch	90
3.2.2	Geriatrische Versorgung und Bedeutung der Rehabilitation	92
Exkurs:	Förder- und Rehabilitationskonzepte für ältere Menschen mit Behinderung	95
3.2.3	Versorgung psychisch erkrankter Menschen	96
3.2.3.1	Therapie- und Versorgungsaspekte: Die Potenziale zur Behandlung älterer Patienten mit psychischen Störungen	96
	(a) Aspekte der Pharmakotherapie	97
	(b) Aspekte der Psychotherapie	98
	(c) Aspekte der psychosozialen Intervention	100
3.2.3.2	Diskrepanz zwischen den Potenzialen zur Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen und der tatsächlich bestehenden Versorgungssituation – Notwendigkeit der gezielten Verbesserung der Versorgungssituation	100
3.2.4	Pflegerische Versorgung	104

		Seite
3.2.4.1	Ambulante Pflege	104
	(a) Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen	105
	(b) Entwicklungsstand und -trends in der ambulanten Pflege	108
	(c) Leistungsfähigkeit und Grenzen ambulanter Pflege nach Einführung des SGB XI	111
	(d) Probleme spezieller Nutzergruppen	116
	(e) Fazit	119
3.2.4.2	Teilstationäre pflegerische Versorgung: Tagespflege	120
	(a) Tagespflege als Baustein im Versorgungssystem	120
	(b) Quantitative Entwicklung des Angebotes	121
	(c) Tagespflege als Leistung des SGB XI	122
	(d) Zielgruppen der Tagespflege	122
	(e) Probleme und Perspektiven	123
3.2.4.3	Stationäre pflegerische Versorgung älterer Menschen – ausgewählte Aspekte	123
	(a) Heime – Lebensorte einer Minderheit im Alter	123
	(b) Statistische Angaben zu den Heimen	124
	(c) Die Bewohner der Heime	125
	(d) Die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen	134
	(e) Pflegequalität und Pflegestandards	134
	(f) Heime – Sichere Orte des Lebens im Alter?	136
	(g) Ausblick	139
3.2.4.4	Pflegequalifizierung im Wandel	142
	(a) Berufliche Bildung in den Pflegeberufen	142
	(b) Berufliche Bildung in der Altenpflege	144
	(c) Weiterbildung in pflegerischen Berufen	146
	(d) Akademische Qualifizierung im Pflegebereich	146
3.3	Perspektiven der Finanzierung und Vergütung einer integrierten Versorgung	148
3.3.1	Perspektiven des demographisch bedingten Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung	148
3.3.2	Diskussions- und Entscheidungsbedarf der Politik in Hinsicht auf die Systemfinanzierung	152
3.3.3	Finanzierung im Dienste einer ergebnisorientierten und vernetzten Versorgung älterer und alter Menschen	155
3.3.3.1	Der § 140 a – h SGB V: Ein Teilfeld experimenteller Kultur im Dienste älterer und alter Menschen	156
3.3.3.2	Diagnosis Related Groups (DRGs) – ein neues Entgeltsystem als Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen	157
3.3.3.3	Integration von Sachverantwortung und Finanzierungsverantwortung der geriatrischen Rehabilitation zwischen SGB V und SGB XI	158
3.4	Fazit	159
4.	**Arbeit und Arbeitswelt als Ressource**	163
4.1	Einleitung	163
4.2	Erwerbsbeteiligung, Erwerbslosigkeit und Erwerbsformen Älterer	164
4.2.1	Erwerbsbeteiligung	164

		Seite
4.2.1.1	Erwerbsbeteiligung in den alten Bundesländern	164
4.2.1.2	Erwerbsbeteiligung in den neuen Bundesländern	165
4.2.1.3	Erwerbsquoten der Ausländer und Ausländerinnen	169
4.2.2	Erwerbslosigkeit	169
4.2.3	Erwerbsformen und -biografien	170
4.2.4	Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen	171
4.3	Ältere Arbeitnehmer aus betrieblicher Perspektive	171
4.3.1	Betriebliche Personal- und Sozialpolitik	172
4.3.1.1	„Traditionelle" Personalpolitik hinsichtlich älterer Arbeitnehmer	172
4.3.1.2	Erklärungen für „traditionelle" Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern	172
4.3.1.3	Zukunftsorientierte Optionen betrieblicher Personalpolitik	173
4.3.2	Betriebliche Fort- und Weiterbildung	174
4.3.3	Zur Veränderung betrieblicher Personalpolitik	176
4.4	Ressourcen, Einbußen und Kompensationsmöglichkeiten älterer Arbeitnehmer	176
4.4.1	Ressourcen	176
4.4.2	Einbußen	177
4.4.3	Kompensationsmöglichkeiten	177
4.4.4	Zur Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer	177
4.5	Der Übergang in den Ruhestand	177
4.5.1	Der Übergang in die Rente	178
4.5.2	Entwicklung der Rentenzugangspfade	179
4.5.2.1	Rentenzugangsgeschehen bei Männern	180
4.5.2.2	Rentenzugangsgeschehen bei Frauen	181
4.5.3	Formen des Übergangs in den Ruhestand	182
4.5.4	Entwicklung der Rentenzugangsmöglichkeiten	183
4.6	Fazit	184
5.	**Ökonomische Ressourcen im Alter**	185
5.1	Zu den Schwerpunkten des Kapitels und zu wichtigen Datenquellen	185
5.2	Quellen und Determinanten der Einkommens- und Vermögenssituation im Alter	186
5.2.1	Wichtige Arten von Einkünften und Abgaben	186
5.2.2	Vermögensarten und deren Determinanten	190
5.3	Zur Einkommenslage im Alter in den Neunzigerjahren – Unterschiede und Entwicklungslinien	191
5.3.1	Haushaltseinkommen	191
5.3.2	Renten der gesetzlichen Rentenversicherung	194
5.4	Heterogenität der Einkommenslage in Westdeutschland	198
5.5	Armut im Alter	198
5.6	Vermögensbestände	201
5.7	Entwicklungstendenzen der Einkommenslage I: Einige Ergebnisse der AVID '96	202

		Seite
5.7.1	Allgemeine Informationen	202
5.7.2	Die Anwartschaften in der GRV und ihre Bedeutung im Gesamteinkommen	204
5.7.3	Die Anwartschaften aus ergänzenden Sicherungssystemen	206
5.8	Entwicklungstendenzen der Einkommenslage II: Ergebnisse der Simulationsstudien	207
5.8.1	Reduzierung des Eckrentenniveaus	208
5.8.2	Veränderung der Besteuerung	209
5.9	Fazit	210
6.	**Soziale Ressourcen**	211
6.1	Haushalts- und Familienstrukturen	212
6.1.1	Haushaltsgröße und -zusammensetzung	212
6.1.2	Haushaltsformen älterer Ausländerinnen und Ausländer	217
6.1.3	Generationenkonstellationen	217
6.1.4	Familienstandsentwicklung	218
6.1.5	Zukünftige Entwicklung der Lebensformen älterer Menschen	218
6.2	Austausch und Hilfe in sozialen Netzwerken	221
6.2.1	Familialer Austausch	221
6.2.1.1	Wohnentfernung und Kontakthäufigkeit zwischen Eltern und Kindern	221
6.2.1.2	Geleistete und empfangene Unterstützung	223
6.2.1.3	Familialer Austausch bei älteren Migranten	228
6.2.1.4	Sozialbeziehungen von Heimbewohnern	229
6.2.1.5	Aspekte zukünftiger familialer Unterstützung	229
6.2.2	Außerfamiliale, informelle Kontakte und Hilfen	230
6.3	Bürgerschaftliches Engagement	232
6.3.1	Ausmaß und Struktur	232
6.3.2	Motive bürgerschaftlichen Engagements	236
6.3.3	Engagementfördernde Rahmenbedingungen	237
6.4	Angebote sozialer Altenarbeit	237
6.4.1	Struktur der sozialen Altenarbeit	237
6.4.2	Perspektiven der Angebotsstruktur	238
6.4.3	Soziale Altenarbeit in den neuen Bundesländern	238
6.5	Fazit	239
7.	**Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressource**	241
7.1	Einführung	241
7.1.1	Ressourcencharakter der Umwelt – von der Mikroebene der Wohnung bis zur Makroebene von Kommune und Gesellschaft	241
7.1.2	Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten alter Menschen: Glossar der im Weiteren wichtigen Begriffe	243
7.2	Die besondere Bedeutung des Wohnens als Ressource des Alterns	243
7.2.1	Zur Qualität des Wohnens alter Menschen aus objektiver und subjektiver Sicht	243
7.2.2	Anpassung der bisherigen Wohnung als Ressource	246

		Seite
7.2.3	Übersiedlung in eine Form des Betreuten Wohnens als Ressource	249
7.2.3.1	Unterschiedliche Modelle betreuter Wohnangebote für ältere Menschen	249
7.2.3.2	Probleme bei der praktischen Umsetzung und mangelhafte Datenlage	250
7.2.3.3	Verträge und Kosten	251
7.2.4	Weitere „neue" Wohnformen als Ressource	252
7.2.4.1	„Neue" Formen des gemeinschaftlichen Wohnens im Alter	252
7.2.4.2	Betreute Wohngruppen und Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige	253
7.2.4.3	Wohnen und Altern an mehreren Orten	253
7.2.5	Erhalt der eigenen Wohnung im Alter um jeden Preis?	254
7.3	Wohnumfeld und Nutzung außerhäuslicher Aktionsräume als Ressource des Alterns	255
7.3.1	Zur Qualität des Wohnumfelds alter Menschen aus objektiver und subjektiver Sicht	255
7.3.2	Außerhäusliche Mobilität als wichtiger Aspekt zur Erschließung des „Draußen"	255
7.3.2.1	Bedeutung der außerhäuslichen Mobilität im Alter	256
7.3.2.2	Reisen im Alter	257
7.3.3	Das Automobil als Ressource des Alters	257
7.4	Technik als Ressource des Alterns	259
7.4.1	Zur Einordnung und aktuellen Bedeutung des Themas Alter und Technik	259
7.4.2	Was ist gemeint, wenn von neuen Technologien für Ältere die Rede ist?	262
7.4.3	Welche besonderen Nutzungsaspekte neuer Technologien sind bei Älteren zu beachten?	264
7.4.4	Welche Potenziale und Risiken neuer Technologien für ältere Menschen sind zu erwarten?	265
7.5	Fazit	266
8.	**Rechtliche Umwelt als Ressource**	267
8.1	Einleitung	267
8.2	Das Recht: objektive Rechtsordnung und subjektive Berechtigung	267
8.2.1	Funktionale Betrachtung	267
8.2.2	Recht als Instrument zur autonomen Lebensführung	267
8.2.2.1	Die verfassungsrechtliche Basis	267
8.2.2.2	Der Einzelne und das Kollektiv – der Generationenvertrag	268
8.2.2.3	Unterschiedlich inhaltliche Ausrichtung der Rechtsnormen zugunsten älterer Menschen	269
8.2.2.4	Umsetzung und Durchsetzung	269
8.2.3	Schwierigkeiten älterer Menschen mit der komplexen Rechtsordnung	269
8.3	Verschiedene Regelungsbereiche	269
8.3.1	Individuelle Ansprüche	269
8.3.1.1	Unterschiedliche Anspruchsinhalte: Geld- oder Sach/Dienstleistungen	269
8.3.1.2	Mindestbedarf- oder Lebensstandardsicherung	270
8.3.1.3	Anpassung der Leistungen	270
8.3.2	Versorgungsstrukturen	270
8.3.2.1	Pluralität von Trägern und Finanzierung der Altenhilfe	270

Seite

8.3.2.2 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Altenhilfe 271
8.3.3 Betreuungsrecht 271
8.4 Das europäische Recht als zusätzliche rechtliche Umwelt 272
8.4.1 Überlagerung des nationalen durch das supranationale Recht 272
8.4.2 Verunsicherung durch das europäische Recht 272
8.4.3 Ältere Menschen als Gegenstand multilateraler Zusammenarbeit 273
8.4.4 Rechtsvergleich als Element einer modernen Altenpolitik 274
8.4.5 Freizügigkeit innerhalb der Gemeinschaft und Export von Sozialleistungen 274
8.4.6 Europäischer Markt für Gesundheitsleistungen 275
8.5 Fazit 275

9. Empfehlungen 276

Literaturverzeichnis 289

Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Übersichten 311

Mitglieder der Sachverständigenkommission für den Dritten Altenbericht

Prof. Dr. Andreas Kruse (Vorsitzender)
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Institut für Gerontologie

Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen (stellvertretende Vorsitzende)
Charité Campus Virchow Klinikum der Humboldt-Universität Berlin
Evangelisches Geriatriezentrum

Prof. Dr. Margret Baltes
Freie Universität Berlin
Forschungsgruppe Psychologische Gerontologie
(† 28. Januar 1999)

Dipl. Soziologe Klaus Großjohann
Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V., Köln

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke
Technische Universität Berlin
Institut für Volkswirtschaftslehre

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel
Fachbereich Gesundheitswesen

Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell
Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht München

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Winfried Schmähl
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik

Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt
Universität zu Köln
Seminar für Sozialpolitik

PD Dr. Clemens Tesch-Römer
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Prof. Dr. Hans-Werner Wahl
Deutsches Zentrum für Alternsforschung, Heidelberg

Geschäftsstelle der Kommission

Heribert Engstler, M.A., bis Mai 1998 (wissenschaftlicher Mitarbeiter), ab Juni 1998 (Geschäftsführung)

Dipl. Sozialwissenschaftler Holger Adolph, ab Mai 1998 (wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Dipl. Sozialgerontologin Britta Steves, bis Mai 1998 (Geschäftsführung)

Monika Engelke, bis Oktober 1999 (Sachbearbeitung)

Dipl. Geogr. Julia Gerometta, ab Januar 2000 (Sachbearbeitung)

Anschrift der Geschäftsstelle

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung"
Manfred-von-Richthofen-Str. 2

12101 Berlin
Tel.: 030/786 042 – 75 o. –76
Fax: 030/785 43 50

E-Mail: engstler@dza.de
adolph@dza.de

Liste der Expertisen und Anhörungen zum Dritten Altenbericht

Schriftliche Expertisen:

Die meisten der von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegebenen Expertisen werden im Rahmen der vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) herausgegebenen Materialienbände zum Dritten Altenbericht im Buchhandel veröffentlicht.

Backes, Gertrud:
Lebenslagen und Alter(n)sformen von Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern.

Behrend, Christoph:
Erwerbsarbeit im Wandel, Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer und Übergänge in den Ruhestand.

Fachinger, Uwe:
Materielle Ressourcen älterer Menschen – Struktur, Entwicklung und Perspektiven.

Förstl, Hans; Lauter, Hans; Bickel, Horst:
Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. Entwicklungen, Gegenwart und Zukunft.

Haupt, Hanna:
Die subjektive Wohlfahrt älterer Menschen in Ostdeutschland – Entwicklungen im Spiegel der subjektiven Reflexion älterer Menschen.

Helmchen, Hanfried; Kanowski, Siegfried:
Gerontopsychiatrie in Deutschland – Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen.

Heuft, Gereon; Schneider, Gudrun:
Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie – Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen.

Kohli, Martin; Künemund, Harald:
Partizipation und Engagement älterer Menschen – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven.

Lempp, Reinhart:
Kompetenzförderung für ältere Menschen mit geistiger Behinderung.

Martin, Karl:
Krankheitskosten im Alter.

Mollenkopf, Heidrun; Gäng, Karin; Mix, Stefan; Kwon, Sunkyo:
Alter und Technik.

Schwarzer, Ralf; Knoll, Nina:
Personale Ressourcen im Alter.

Staudinger, Ursula; Greve, Werner:
Resilienz im Alter.

Tews, Hans Peter:
Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung.

Wacker, Elisabeth:
Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebenslagenorientierter Ansatz.

Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich Wilhelm:
Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung.

Zeman, Peter; Schmidt, Roland:
Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien.

Anhörungen:

Prof. Dr. Maria Dietzel-Papakyriakou, Universität Gesamthochschule Essen:
Zur Lebenssituation älterer Migranten in Deutschland.

Dr. Klaus Leistner, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen:
Zur Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in Deutschland.

Workshop „Betriebliche Personalpolitik und ältere Arbeitnehmer – Erwerbsarbeit und Alter".

Workshop „Altern im ländlichen Raum".

I. Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission „Alter und Gesellschaft“

A. Einleitung

Am 8. Januar 1998 konstituierte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die unabhängige Sachverständigenkommission zur Erstellung des Dritten Altenberichts der Bundesregierung. Sie folgte damit dem Beschluss des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend des Deutschen Bundestages vom Juni 1994, der im Rahmen der Befassung mit dem Ersten Altenbericht die Bundesregierung aufgefordert hatte, im Jahr 2000 einen weiteren Altenbericht vorzulegen, der die Situation der älteren Menschen umfassend beschreibt. Die Kommission unter Leitung von Herrn Prof. Dr. Andreas Kruse erarbeitete in den folgenden 2 ½ Jahren den Sachverständigenbericht in insgesamt 20 ein- oder mehrtägigen Sitzungen und übergab ihn am 20. Juni 2000 der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Umfassender Bericht

Mit dem Dritten Altenbericht wird der Aufforderung des Deutschen Bundestages entsprechend erneut eine umfassende Analyse der Lebenssituation älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen. Er verbindet eine Bilanz des ersten Jahrzehnts nach Vollendung der deutschen Einheit mit Zukunftsperspektiven für die Altenpolitik des 21. Jahrhunderts.

Tradition der Altenberichterstattung

Der Bericht setzt zugleich die erst junge Tradition der Altenberichterstattung in der Bundesrepublik Deutschland fort. Bereits der Erste Altenbericht aus dem Jahre 1993 beschrieb – seinerzeit stark geprägt von den Ereignissen zur Erlangung der deutschen Einheit – die Lebenslagen der älteren Generation in der Gesamtschau. Demgegenüber war der Zweite Altenbericht ein Schwerpunktbericht zum Thema „Wohnen im Alter“. Auf beide Vorberichte nimmt der Dritte Altenbericht Bezug. Mit dem Ersten Altenbericht verbindet ihn die thematisch breit angelegte fachliche Perspektive, wobei der Dritte Altenbericht z. B. durch die ausgiebige Befassung mit der gesundheitlichen und medizinischen Versorgung älterer Menschen auch neue Akzente setzt. Das Schwerpunktthema des Zweiten Altenberichts wird im Dritten Altenbericht gezielt vertieft und ebenfalls um inzwischen neue lebensweltliche Bestimmungsfaktoren, insbesondere die neuen Informations- und Kommunikationsmedien als auch neue Technologien, erweitert.

Ältere als gesellschaftliche Ressourcen

Die interdisziplinär zusammengesetzte Sachverständigenkommission legt in ihrer Arbeit Wert auf eine differenzierte Sicht des Alters und des Alterns. Ältere Menschen unterscheiden sich untereinander tendenziell noch stärker als jüngere Menschen in ihrer körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit, in ihren Interessen und in der Gestaltung ihres Alltags. Unterstrichen wird dies durch die jeweiligen Umwelt- und Lebensbedingungen, die wiederum Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, das Interessenspektrum und die Alltagsgestaltung des Einzelnen ausüben. Als zentraler Leitbegriff für den Bericht dient die Perspektive auf die individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen. Die Kommission betont unter diesem Ansatz einerseits die Fähigkeiten älterer Menschen, durch die ihnen zur Verfügung stehenden personalen und materiellen Ressourcen oft bis ins hohe Alter ein selbstständiges und eigenverantwortliches Leben zu führen und sich dabei auch mitverantwortlich zu zeigen für das Zusammenleben in Familie und Gesellschaft. Allerdings benötigen sie dazu auch die Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen, die sie in ihrer Lebensführung verlässlich unterstützen.

Neubestimmung der Politik der Bundesregierung

Diese Sichtweise entspricht der Haltung der Bundesregierung. In der Koalitionsvereinbarung unter dem Titel „Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert“ vom 20. Oktober 1998 hat sie sich dafür ausgesprochen, „dass die Chancen des längeren Lebens genutzt werden“, weil die Gesellschaft „auf das Engagement und die Erfahrung der Älteren nicht verzichten kann“. Mit ihrer Politik für ältere Menschen zielt die Bundesregierung sowohl darauf ab, die Rahmenbedingungen für ein aktives und kompetentes Altern mitten in der Gesellschaft zu stärken als auch den Schutz sowie die Hilfe für diejenigen zu verbessern, die hierauf insbesondere bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit angewiesen sind.

Die Bundesregierung sieht sich durch den vorgelegten Bericht in ganz wesentlichen Belangen bestätigt. Sie dankt der Kommission für ihre überaus kenntnisreiche und sachorientierte Arbeit. Der Bericht ist eine Fundgrube für alle, die sich in Wissenschaft und Praxis mit der Alterung unserer Gesellschaft sowie mit der Lebenssituation des einzelnen älteren Menschen befassen. Die Bundesregierung wünscht dem Bericht weite Verbreitung und hohe Aufmerksamkeit.

B. Die Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft

1. Demographische Entwicklung

Neue demographische Daten

Nach Fertigstellung des Sachverständigenberichts legte das Statistische Bundesamt die Ergebnisse der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis zum Jahr 2050 vor. Für die Politik der Bundesregierung und ihr Ziel, das solidarische Miteinander der älteren und jüngeren Generationen dauerhaft abzusichern, bedeutet diese Berechnung eine aktualisierte Neubewertung des zukünftigen demographischen Handlungsrahmens. Seine wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

In der Bundesrepublik Deutschland leben heute (Stichtag: 31. Dezember 1998) rd. 82 Mio. Menschen, davon 42 Mio. (51 %) Frauen und 40 Mio. (49 %) Männer. 17,6 Mio. (21 %) sind Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren, 46,1 Mio. (56 %) befinden sich im erwerbsfähigen Alter von 20 bis unter 60 Jahren und 18,4 Mio. (22 %) sind 60 Jahre und älter. Knapp 100 Jahre zuvor, im Jahre 1900, wiesen diese Altersgruppen folgende Größen auf: Von seinerzeit 56,4 Mio. Menschen im Deutschen Reich waren 24,9 Mio. (rd. 44 %) jünger als 20 Jahre, 27 Mio. Frauen und Männer (48 %) waren zwischen 20 und 60 Jahren und 4,4 Mio. (8 %) waren 60 Jahre und älter. 1950 entfielen von der Bevölkerung in beiden Teilen Deutschlands (69,3 Mio.) 21 Mio. Menschen (30 %) auf die Jungen unter 20 Jahren, 38,1 Mio. (55 %) auf die Erwerbsfähigen von 20 bis 60 Jahren und 10,1 Mio. (15 %) auf die Älteren ab 60 Jahren.

Anstieg der Lebenserwartung

Mit diesen Daten korrespondiert die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten: Diese ist erkennbar gestiegen. Ein um das Jahr 1900 geborenes Mädchen hatte seinerzeit eine durchschnittliche Lebenserwartung von gut 48 Jahren, ein neugeborener Junge von 45 Jahren. Für ein heute geborenes Kind errechnet sich eine rd. 30 Jahre höhere Lebenserwartung (früheres Bundesgebiet w: 80,5 bzw. m: 74,4 Jahre). Selbst gegenüber 1970 hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung um etwa 7 Jahre erhöht.

Ursache für die zunehmende Lebenserwartung der Bevölkerung im 20. Jahrhundert ist zunächst vor allem die drastisch rückläufige Säuglings- und Kindersterblichkeit. Die Verminderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit hat zur Folge, dass der Anteil der Bevölkerung, der ein höheres Lebensalter erreicht, erheblich angewachsen ist. Zukünftige Zuwächse der Lebenserwartung sind allerdings vor allem durch Gewinne im hohen Alter zu erwarten. Eine Frau, die heute 60 Jahre alt ist, kann im Durchschnitt damit rechnen, noch weitere 23 Jahre zu leben (gegenüber 14 Jahre um 1900 und 19 Jahre um 1970). Für einen 60-jährigen Mann beträgt die weitere durchschnittliche Lebenserwartung heute 19 Jahre (gegenüber 13 Jahre um 1900 und 15 Jahre um 1970).

Hochaltrigkeit

Diese Entwicklung wird sich aller Voraussicht nach fortsetzen, indem insbesondere die Anzahl der Hochbetagten in Zukunft weiter erheblich anwächst. Der Anteil der Menschen ab 80 Jahren, der um 1900 erst rd. 0,5 % der Bevölkerung ausmachte und gegenwärtig auf 4 % gestiegen ist, dürfte bis 2050 auf etwa 12 % weiter steigen.

Veränderung der Altersstruktur

Die Altersstruktur der Bevölkerung verschiebt sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts zugunsten der älteren Altersgruppen; eine Entwicklung, die sich noch weiter beschleunigen wird. Die vom Statistischen Bundesamt im Rahmen der 9. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung vorgelegten Modelle lassen für die Zukunft erwarten, dass die Bevölkerungszahl in Deutschland auch dann, wenn ein jährlicher Zuwandertungsüberschuss von 100 000 oder 200 000 Personen unterstellt wird, bis 2050 auf rd. 65 bis 70 Mio. abnehmen wird. Zugleich werden sich die zahlenmäßigen Gewichtungen der verschiedenen Altersgruppen – ebenfalls in Abhängigkeit von der zugrunde zu legenden Höhe der Migration – zueinander weiter erheblich verändern. So wird sich der Anteil der Jüngeren, unter 20-Jährigen von rd. 21 % auf rd. 16 % verringern, und dagegen der Anteil der 60 Jahre und

Bedeutung der Zuwanderung

älteren Frauen und Männer von rd. 22 % auf 36 bis 37 % spürbar erhöhen. Der Anteil der Menschen im mittleren Lebensabschnitt (20 bis 60 Jahre) wird voraussichtlich bei rd. 47 % liegen (heute: rd. 56 %). Wenn diese Vorausberechnungen zutreffen, dann wird sich der Altersaufbau der Bevölkerung zwischen 1950 und 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl umgekehrt haben: Gab es 1950 etwa doppelt so viele Menschen unter 20 Jahre wie über 59-Jährige, so wird es im Jahre 2050 mehr als doppelt so viele ältere wie jüngere Menschen geben!

Umkehr des Altersaufbaus

In diese Zahlen gehen nur die Veränderungen der quantitativen Größen der Altersgruppen ein. Wichtige Differenzierungen ergeben sich durch die Einbeziehung gesellschaftlicher Entwicklungen wie die der Ausbildungsdauer und des Ausbildungsniveaus, der Höhe und Struktur der Arbeitslosigkeit, der Teilhabe von Frauen und Männern am Arbeitsmarkt oder der Gesunderhaltung bis ins hohe Lebensalter. Gleichwohl besitzen die demographischen Berechnungen einen wichtigen Stellenwert, da sie nachdrücklich auf das Gewicht anstehender gesellschaftlicher Herausforderungen hinweisen.

2. Chancen und Anforderungen an eine älter werdende Gesellschaft

In der Öffentlichkeit muss die beschriebene demographische Entwicklung verstärkt thematisiert werden, damit sich alle Altersgruppen auf die heraufziehenden Veränderungen frühzeitig einstellen und die Verantwortlichen – insbesondere auch in Wirtschaft und Gesellschaft – rechtzeitig notwendige Maßnahmen ergreifen können. Bereits in ihrer Antwort auf die Große Anfrage „Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland" hat die Bundesregierung jedoch 1999 ebenfalls schon festgestellt, dass der demografische Wandlungsprozess größere Bedeutung besitzt als lediglich die quantitative Zunahme des Anteils Älterer an der Bevölkerung. Auch die „Struktur des Alterns" verändert sich und das Alter selber unterliegt einem Bedeutungswandel. Der sog. Ruhestand ist eine eigenständige Lebensphase, auf die sich der einzelne erwachsene Mensch rechtzeitig einstellen und die er gestalten sollte. Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass sich die Lebensbedingungen im „Dritten Lebensalter" erkennbar verbessert haben. Die heute Älteren treten in diese Lebensphase ein bei im Durchschnitt besserer gesundheitlicher Verfassung, mit höheren Qualifikationen und mit besserer materieller Absicherung als frühere Altersgruppen.

Bedeutungswandel des Alters

Mehr und mehr setzt sich so eine differenzierte Sichtweise des Alters und des Alterns durch, die sowohl die Verschiedenartigkeit der individuellen Altersformen anerkennt als auch die Gleichzeitigkeit von „Stärken" und „Schwächen" im individuellen Altersprozess zulässt und berücksichtigt. Für die Gesellschaft erwachsen hieraus sowohl Chancen wie auch Anforderungen.

Differenziertes Altersbild

Vor diesem Hintergrund haben sich die Schwerpunkte in Altenpolitik und Altenarbeit deutlich verschoben. Einem modernen Altersbild entsprechend geht es neben der Absicherung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit um die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es der älteren Generation ermöglichen, sich aktiv in unserer Gesellschaft einzubringen. Die Gesellschaft kann auf das große Potenzial an Erfahrungswissen der Älteren nicht verzichten. Bei den Älteren gibt es ein hohes soziales, kulturelles, politisches und sportliches Engagement. Dies belegen auch die Ergebnisse einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen repräsentativen Erhebung aus dem Jahre 1999 über das Ausmaß der „Freiwilligenarbeit, ehrenamtlichen Tätigkeit und bürgerschaftlichem Engagement" in der Bundesrepublik Deutschland. Demnach ist das Engagement älterer Menschen für viele gesellschaftliche, soziale und sportliche Bereiche geradezu ein tragendes Element, das aus der Praxis der Organisationen, Vereine und Einrichtungen nicht wegzudenken ist. Darüber hinaus nehmen Ältere Aufgaben in modernen Freiwilligenvereinigungen wahr, sie arbeiten in Selbsthilfegruppen mit und organisieren selbst Veranstaltungen, beispielsweise zu gesunder Lebensführung, im Kultursektor (z. B. im Bereich Tanz und Theater) und im Sport. So ist etwa jede dritte Frau bzw. jeder dritte Mann zwischen 60 und 70 Jahren – wie im Bevölkerungsdurchschnitt – in irgendeiner Weise ehrenamtlich tätig. Erst bei den über 70-Jährigen geht der Anteil aus vor allem gesundheitlichen Gründen zurück. Die Bundesregierung betrachtet dieses Engagement als bedeutendes gesellschaftliches Potenzial und fördert dieses im Rahmen ihrer Möglichkeiten.

Schwerpunkte der Altenpolitik

Engagement von Älteren

Am Beispiel des ehrenamtlichen Engagements wird die auch von der Kommission eindrücklich herausgearbeitete aktive Teilhabe der älteren Generation und deren Beitrag für

Teilhabe Älterer in Familie und Gesellschaft

eine gemeinsame gesellschaftliche Zukunft herausragend deutlich. Dies gilt in noch größerem Maße für die familialen Beziehungen. Gestützt auf empirische Ergebnisse des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend veranlassten Forschungsprojekts „Alters-Survey" belegt die Kommission den hohen Stellenwert älterer Menschen für die Aufrechterhaltung enger Solidarbeziehungen in den Familien. Die Betreuung von Enkelkindern, Hilfestellungen für Personen, die selbst das Rentenalter erreicht haben sowie finanzielle Transfers an Kinder und Enkelkinder werden wesentlich von älteren Frauen und Männern erbracht.

Versorgungserfordernisse

Zukünftige Veränderungen in der positiven Wahrnehmung des Alters können allerdings vor dem Hintergrund wachsender Belastungen, die durch die Versorgungserfordernisse für ältere Menschen entstehen, nicht ausgeschlossen werden. Eine der wichtigsten Problemstellungen in diesem Zusammenhang, der auch die Kommission zu Recht großes Gewicht beigemessen hat, ist die Frage, wie sich die Gesundheit der Bevölkerung bei steigender Lebenserwartung im Einzelnen verändert und in welcher Form sich dieser Prozess auf die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen auswirkt. Von besonderer Relevanz ist, welche Bedarfe zusätzlich entstehen und wie diese gedeckt werden können. Denn trotz allen Bemühens um die Erhaltung einer selbstständigen Lebensführung ist es nicht allen Menschen möglich, bis ins hohe Alter ohne fremde Hilfe zu leben. Die Anzahl älterer, kranker und beeinträchtigter Menschen wird zweifelsfrei zunehmen. Eine besondere Herausforderung stellt in diesem Zusammenhang die bereits heute zu verzeichnende Zunahme der Demenzerkrankungen dar.

Perspektiven der Generationensolidarität

Entscheidend für die dauerhafte Aufrechterhaltung der intergenerationellen Solidarität ist folglich die Frage, in welchem Verhältnis auf individueller und gesellschaftlicher Ebene mit dem Alter Chancen und Anforderungen assoziiert werden. Wenn heute, wie dies die Kommission herausarbeitet, Stärken und Schwächen des Alters differenziert wahrgenommen werden, eröffnet dies auch die Perspektive für eine realistische Einschätzung des Potenzials an Ressourcen künftiger Altengenerationen. Damit sich diese Sichtweise in der veröffentlichten und öffentlichen Meinung tatsächlich durchsetzen kann, müssen diese Ressourcen aber nicht nur beschrieben, sie müssen tatsächlich gesellschaftlich genutzt werden. Sich selbst einbringen zu können, ist für die große Mehrheit der aktiven Älteren jedenfalls ebenso von Bedeutung, wie es den Jüngeren zu verstehen gibt, dass die Lasten einer gemeinsamen Zukunft auf den Schultern aller ruhen.

C. Erfordernisse in Politik und Gesellschaft

1. Die gesundheitliche und medizinische Versorgung älterer Menschen

Gesundheit im Alter

Die steigende Lebenserwartung ist zunehmend an die Hoffnung gekoppelt, auch das hohe Alter gesund und selbstständig zu erleben. Die gewonnenen Jahre sollen aktiv und gewinnbringend genutzt werden können. Darum stellen die Bewahrung und die Wiederherstellung von Gesundheit eine Hauptvoraussetzung für Autonomie und Lebensqualität dar. Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen sind Gegenstand verstärkter Aufmerksamkeit. Dies darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass stets ein Teil alter Menschen unter Gesundheits- und Funktionseinbußen leiden wird. Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Erkrankungen, Multimorbidität und auch psychische Erkrankungen, bei denen depressive Störungen und Demenzen überwiegen. Auch die Sachverständigenkommission geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und des Angewiesenseins auf Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags mit zunehmendem Alter deutlich steigen wird. Gesichtspunkten einer altersgerechten Versorgungsgestaltung seien daher besondere Beachtung zu schenken.

1.1 Gesundheitliche Lage, Prävention und Rehabilitation

Bereits im mittleren Erwachsenenalter werden die Grundlagen dafür gelegt, inwieweit es gelingt, ein hohes Alter in Gesundheit zu erreichen. Viele durch gesundheitliches Fehlverhalten, aber auch durch wenig förderliche Lebens- und Arbeitsverhältnisse begünstigte Erkrankungen nehmen ihren Anfang in der Mitte des Lebens. Darauf, wie man gesundheitlich altert, nehmen eben vielfältige Faktoren Einfluss, das persönliche Verhalten spielt

ebenso eine Rolle wie die lebensweltlichen Verhältnisse. Zwischen den Extremen der Bewältigung eines Marathonlaufs bis ins höchste Alter und dem Erleiden einer demenziellen Erkrankung sind alle Zwischenformen denkbar und realistisch.

Sozial gerechte Gesundheitspolitik

Im Rahmen der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 haben sich die Koalitionsparteien auf eine sozial gerechte Gesundheitspolitik verständigt, die auf dem Solidar- und Sachleistungsprinzip beruht. Gesundheit soll für alle – und damit auch für ältere Menschen – bezahlbar bleiben. Jeder soll den gleichen Anspruch auf eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung haben. Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation erhalten wieder den ihrer Bedeutung angemessenen hohen Rang. Mit dem Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Bundesregierung in einem ersten Schritt unsolidarische Regelungen der Vorgängerregierung zurückgenommen. Die mit diesem Gesetz eingeführten Neuregelungen wie beispielsweise eine geringere Zuzahlung bei Arzneimitteln, die Absenkung der Belastungsgrenze für die Befreiung von Zuzahlungen für chronisch Kranke, die Aufhebung der Zuzahlung bei psychotherapeutischer Behandlung und nicht zuletzt die Streichung des Krankenhausnotopfers kamen insbesondere auch älteren Bürgerinnen und Bürgern zugute. Bei der darauf folgenden Gesundheitsreform 2000 wurden verstärkt die Belange der älteren Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt. So wurde beispielsweise durch die Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140 ff. SGB V) den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten. Ziel dieser Maßnahme ist eine bessere Verzahnung zwischen dem stationären und ambulanten Bereich und nicht zuletzt Versorgungsangebote, die sich nach den Bedürfnissen älterer Versicherter richten.

Stärkung hausärztlicher Versorgung

Auch die Regelungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung sollen dazu beitragen, älteren und kranken Menschen eine optimale Versorgung zukommen zu lassen. Unser Gesundheitswesen bietet hoch spezialisierte, differenzierte Leistungen von niedergelassenen, ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten und anderen Heilberufen. Wir brauchen daher eine Ärzteschaft, die die Patientinnen und Patienten ganzheitlich – Körper, Psyche und soziales Umfeld – betrachten. Insbesondere ältere Menschen benötigen Ärztinnen und Ärzte, die deren Lebens- und Krankheitsgeschichte kennen und die, wenn es notwendig ist, Spezialärzte oder die Klinik einschalten. Damit Patientinnen und Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden können, bedarf es kompetenter „Lotsen". Diese Funktion können am besten die Hausärztinnen und Hausärzte übernehmen. Aufbauend auf früheren Modellprojekten plant das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Erprobung eines niederschwelligen Angebotes, das sich am Modell der Gesundheitsschwestern und der präventiven Hausbesuche in der Schweiz orientiert.

Krankheitsvorbeugung

Die Bundesregierung sieht sich von der Kommission in ihrer Haltung unterstützt, dass die Vorbeugung einer Krankheit unter allen Möglichkeiten der Behandlung die Beste ist. Aus diesem Grunde wurde den Krankenkassen wieder die Möglichkeit eröffnet, Angebote zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsverhütung anzubieten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sollen vorrangige Handlungsfelder und -kriterien für Leistungen in diesem Bereich gemeinsam und einheitlich regeln.

Eigenverantwortung und Prävention

Die Chance, mit frühzeitiger Prävention altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zu altersspezifischer Multimorbidität insbesondere in der letzten Lebensphase zu vermeiden oder zumindest auf einen vergleichsweise kurzen Lebensabschnitt zu komprimieren, ist bei der Altersgruppe der 40- bis 60-Jährigen am stärksten ausgeprägt. Voraussetzung hierfür ist einerseits die Übernahme von Eigenverantwortung für eine gesundheitsbewusste Lebensführung, andererseits müssen Präventionsangebote die objektiven Lebensbedingungen und Lebensstile berücksichtigen. Daher müssen neue Konzepte erarbeitet werden, die die unterschiedlichen Zielgruppen in den Blick nehmen und speziell solche Schichten berücksichtigen, an denen Präventionsstrategien bislang häufig vorbeigegangen sind. Dazu gehört auch die Gruppe der Migrantinnen und Migranten.

Gesundheit älterer Migrantinnen und Migranten

Zurzeit leben rd. 7,3 Mio. Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Die Datenlage zu deren Gesundheitszustand, speziell auch der in das Rentenalter kommenden Arbeitsmigrantinnen und -migranten, ist unzulänglich. Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes wird eine Expertise der Universität Heidelberg zur Datenlage und Qualität der Daten betreffend Migration und Gesundheit bis zum Ende des Jahres 2000 vorliegen.

Generell kann jedoch festgehalten werden, dass in der Bundesrepublik Deutschland bei der Ärzteschaft und bei Angehörigen nicht ärztlicher medizinischer Berufe noch zu wenig Kenntnisse über migrationsspezifische Problematiken vorhanden sind. Mit dem Ziel jedoch, u. a. auch die Bedarfe der gesundheitlichen Versorgung von Migrantinnen und Migranten aufzuarbeiten, hat die Bundesregierung unlängst eine ressortübergreifende Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Armut und Gesundheit" eingerichtet. Mangel- und Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten, sei dies nun im Bereich der Prävention, Diagnose, Therapie oder Rehabilitation, muss vermieden, und dort, wo sie besteht, behoben werden. Die Bundesregierung prüft zurzeit die Vergabe einer Expertise, mit der die existierenden Präventionskonzepte mit Blick auf das mittlere, höhere und hohe Erwachsenenalter analysiert und evaluiert werden sollen.

Prävention vor Rehabilitation – Rehabilitation vor Rente und Pflege

Die Bedeutung und der Bedarf von Prävention und Rehabilitation werden angesichts ständiger Zunahme chronischer Erkrankungen und der steigenden Zahl älterer Menschen in den westlichen Industriestaaten weiter zunehmen. Dabei gelten die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation; Rehabilitation vor Rente und Pflege". Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hat die Bundesregierung diesem Umstand bereits Rechnung getragen und die Leistungen zur Rehabilitation erheblich verbessert.

Neue Formen institutioneller Zusammenarbeit

Dabei ist die Rehabilitation älterer Menschen jedoch nicht nur eine Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern aller Träger von Einrichtungen und Diensten, die für und mit älteren Menschen arbeiten. Dies ist für das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Anlass zur Entwicklung und Erprobung neuer, noch effektiverer Betreuungsformen. Mit dem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft" wird eine Vernetzung und Steigerung der Effektivität vorhandener Hilfeangebote angestrebt. Erprobt werden insbesondere Formen der beständigen Zusammenarbeit zwischen Institutionen des Gesundheitswesens und der Altenhilfe mit dem Ziel, Angebote der geriatrischen Rehabilitation (stationär, ambulant/mobil) bedarfsorientiert bereitzustellen, wenn möglich den Verbleib der Rehabilitanden in der angestammten Häuslichkeit oder zumindest ihre Rückkehr dorthin zu sichern sowie ihre weitergehende Betreuung zu gewährleisten. Anzustreben sind weiterhin Kooperationsstrukturen auf der Grundlage verbindlicher, dauerhaft angelegter Absprachen der beteiligten Institutionen einschließlich der Kostenträger. Zur Steuerung des Rehabilitationsprozesses soll ein regionales, geriatrisches Assessment unter besonderer Berücksichtigung des ambulanten Bereichs eingerichtet werden. Die Schaffung eines Verbundsystems der Altenhilfe und geriatrischen Versorgung, der Aufbau vernetzter Versorgungsstrukturen für ältere Menschen, die Verbesserung des Zugangs zu rehabilitativen Leistungen, die Überprüfung von Pflegedokumentationen auf Rehabilitationsbedarfe oder auch die Erprobung und Auswertung von Kooperationsinstrumenten zur Verbesserung der Rehabilitationsorientierung sind beispielhaft zu nennende Handlungsfelder dieses zukunftsweisenden Programms.

1.2 Versorgung erkrankter älterer Menschen

1.2.1 Psychische Versorgung

Eine besondere Herausforderung für Angehörige und Pflegepersonal stellen die Bedürfnisse psychisch kranker alter Menschen dar. Mit der Auswertung von Erfahrungen aus dem Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung und daraus ableitbaren fachlichen Empfehlungen trägt der „Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung" zu einer Bewältigung dieser Aufgabe bei. Angesichts der gerade hier noch bestehenden Defizite richten sich die aktuellen Bemühungen der Bundesregierung verstärkt auf die praktische Umsetzung dieser Ergebnisse.

Wachsende Bedeutung von Demenzerkrankungen

Demenzen sind heute einer der wichtigsten Gründe für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit. Präventionsmaßnahmen sind nur sehr begrenzt und wenig gezielt einsetzbar, eine ursächliche Behandlung oder Heilung vielfach nicht möglich. Gerade Letzteres trägt wesentlich zur Dimension des Versorgungsproblems bei.

Die Sachverständigenkommission hat der Zunahme von Demenzerkrankungen daher zu Recht besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Sie fordert eine größere öffentliche Sensibilität für Demenzerkrankungen und ihre Erscheinungsformen in allen Aktivitäten der Altenhilfe.

Die Bundesregierung sieht im Thema Demenz ebenfalls eines der dringendsten altenpolitischen Probleme. In der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 wurde festgehalten zu prüfen, ... wie die Betreuung Demenzkranker bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden kann." Grundsatzpositionen, bisherige Maßnahmen und zukünftige konkrete Handlungsansätze hat die Bundesregierung in der Antwort auf die Große Anfrage zur „Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in der Bundesrepublik Deutschland" (Drucksache 14/679) dargelegt.

Problem der Tabuisierung

Sorgen bereitet der Bundesregierung die nach wie vor weit verbreitete gesellschaftliche Tabuisierung von Demenzerkrankungen. Die Betroffenen und deren Angehörigen berichten von Unkenntnis und Voreingenommenheit auf Seiten Dritter. Der Bundesregierung ist es daher ein wichtiges Anliegen, über die Eigenheiten der Krankheit, Krankheitsverläufe und den würdigen Umgang mit den Erkrankten aufzuklären und Verständnis zu wecken. Demenz als Alltagsphänomen erfordert die Entwicklung einer Basiskompetenz in der Bevölkerung, die integrative Wirkung erzielt.

Überwiegende Versorgung durch Angehörige

60 % der Demenzerkrankten werden zu Hause von ihren Angehörigen betreut. Sie tragen somit die hauptsächliche Last der Versorgung und Betreuung und verdienen besondere Anerkennung. Zu ihrer Unterstützung und Entlastung hat sich in den zurückliegenden Jahren im gesamten Bundesgebiet ein vielfältiges Angebotsspektrum entwickelt, haben sich Angehörigen- und Selbsthilfegruppen sowie Alzheimergesellschaften gebildet. Deren Dachverband, die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend umfassend gefördert.

Engmaschige Hilfenetze knüpfen

Die von der Sachverständigenkommission erhobene Forderung, die Hilfenetze für psychisch erkrankte Menschen noch enger zu knüpfen, werden grundsätzlich anerkannt. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erprobt u. a. im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft" Modelle, die Möglichkeiten der lebensbegleitenden, ganzheitlichen Betreuung demenzkranker Menschen und ihrer Angehörigen unter Einschluss der differenzierten Angebote der gemeindenahen Psychiatrie bieten. Im Vordergrund stehen dabei die Arbeit in gerontopsychiatrischen Verbünden und deren Vernetzung mit Altenhilfe, die verstärkte Einbindung Ehrenamtlicher, die Implementierung innovativer Wohngruppen sowie die Verankerung des therapeutischen Prinzips der Normalität. Im stationären und teilstationären Bereich sind Möglichkeiten zur angemessenen Ausgestaltung der Lebensumwelt (bauliche Gestaltung, Betreuungskonzepte, Tagesstruktur, Milieutherapie) von besonderem Interesse.

Weiterentwicklung der Tagespflege

Die Empfehlung der Kommission, gezielt die Tagespflege psychisch geschädigter älterer Menschen auszubauen, hat sich bereits in konkreten Überlegungen zu einer auch finanziell vertretbaren Weiterentwicklung der Pflegeversicherungsleistungen niedergeschlagen. Mit der Förderung der Tagespflege (und Nachtpflege) soll ein Leistungsangebot ausgebaut werden, wonach Pflegebedürftige künftig einmal wöchentlich Tagespflege in Anspruch nehmen können, ohne dass die dadurch entstehenden Aufwendungen mit den häuslichen Pflegeleistungen verrechnet werden. Die Bundesregierung sieht die entscheidenden Vorteile dieser Neuregelung darin, einerseits den pflegenden Angehörigen eine physisch und psychisch dringend erforderliche Entlastung zu verschaffen, andererseits zur gleichen Zeit dem Pflegebedürftigen ein aktivierendes, körperliche und geistige Fähigkeiten anregendes Angebot zu verschaffen. Darüber hinaus sichert die Tagespflege als notwendige Ergänzung der häuslichen Pflege den gewünschten längeren Verbleib des Pflegebedürftigen in seiner häuslichen Umgebung.

In Ergänzung der erläuterten Leistungsverbesserungen besteht die Notwendigkeit des Ausbaus von Betreuungsgruppen, der Gewinnung und des Einsatzes ehrenamtlicher, geschulter Helferinnen und Helfer, der Förderung von Angehörigengruppen und von Beratungsstellen. Bei deren Weiterentwicklung sollten die potenziellen Nutzerinnen und Nutzer und deren Angehörige einbezogen werden. Zu diesem Zweck pflegt die Bundesregierung den kontinuierlichen Dialog mit den organisierten Selbsthilfegruppen.

Vernetzung der Versorgungsangebote

Die Sachverständigenkommission kennzeichnet in ihrem Bericht die Verknüpfung der geriatrischen Versorgung mit gerontopsychosomatischer, alterspsychotherapeutischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Pflege und Betreuung dementer älterer Menschen. Die Bundesregierung bekräftigt diese Fachein-

aus in konsiliarischer Form – bei allen Betreuungsträgern und -formen einsetzt. Nur auf diese Weise kann z. B. der Anspruch, für psychisch Erkrankte eine spezielle Tagesbetreuung anzubieten, mit den erforderlichen qualitativen Voraussetzungen aufrecht erhalten werden. Zur Unterstützung der Betreuungsleistungen für Demenzkranke für professionelle Pflegekräfte und mit dem Ziel einer Qualitätssicherung in der Pflege werden im Rahmen der Projektförderung eine Reihe spezieller Veröffentlichungen vorbereitet. Beispielhaft sei hingewiesen auf ein Praxishandbuch „Kleine und große Maßnahmen in der stationären Demententbetreuung" und die Fachpublikation „Angehörigengruppen für Demenzkranke in Deutschland".

Vierter Altenbericht

Bei aller Nachdrücklichkeit, mit der sich die Bundesregierung dem wachsenden Problem der Demenzerkrankungen widmet, sind doch viele Fragen noch nicht ausreichend diskutiert bzw. wissenschaftlich erforscht. Offensichtlich besteht auch eine Diskrepanz zwischen Forschungsstand einerseits und Wissensstand in der Praxis andererseits, den es künftig zu überwinden gilt. Vor diesem Hintergrund hat die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die seit dem 1. Juli 2000 tätige Vierte Altenberichtskommission beauftragt, ihren Schwerpunktbericht dem Thema „Chancen und Risiken der Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung von Demenz – Eine Herausforderung an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft" zu verfassen. Die Bundesregierung erwartet von diesem Bericht die analytische Aufarbeitung des Themas in Verbindung mit weiteren praktischen Vorschlägen für die Altenpolitik.

1.2.2 Geriatrische Versorgung

Geriatrische Versorgung

In den vergangenen Jahren hat sich die geriatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland sowohl im stationären wie auch im teilstationären Bereich insgesamt positiv entwickelt. In Übereinstimmung mit den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Konzepten der einzelnen Bundesländer sind sowohl akut geriatrische Kliniken, Abteilungen bzw. geriatrische Schwerpunkte als auch geriatrisch-rehabilitative Angebote entstanden. Mit nachdrücklicher Förderung der Bundesregierung ist das Netz an Einrichtungen zur geriatrischen Rehabilitation spürbar enger geknüpft worden. Über die geriatrische Tagesklinik und ambulante wie mobile ambulante Rehabilitation öffnen sich diese geriatrischen Kompetenzzentren zunehmend für Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen der Medizin, mit der niedergelassenen Ärzteschaft und mit der Altenhilfe.

Würde des alten Menschen

Eine umfassende geriatrische Versorgung muss aber auch den Blick für die Würde des alten Menschen am Ende seines Lebens schärfen. Nachdrücklich setzt sich die Bundesregierung für die Schaffung bedarfsgerechter Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben ein. Ambulant und stationär tätige Hospize leisten dazu einen wichtigen und heute gesellschaftlich viel beachteten Beitrag. Alle Menschen, die hiervon Gebrauch machen möchten, sowie Angehörige in dieser Lebensphase sollen auf kompetente und einfühlsame Hilfe zurückgreifen können.

Sterbebegleitung

Die meisten Menschen wünschen sich, zu Hause in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu können. Durch die Förderung des fachlichen Erfahrungsaustauschs sowie die Beteiligung an Projekten unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend seit Jahren den Ausbau und die Stärkung der Sterbebegleitung im ambulanten Bereich. Im Dialog mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V. werden insbesondere Chancen geprüft, den Stellenwert von Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit zu stärken. Der Weiterentwicklung von Hospizkonzepten kommt nach Überzeugung der Bundesregierung ein hoher ethischer Wert zu, der auch Forderungen zur Freigabe aktiver Sterbehilfe unter dem Deckmantel der Autonomie ein wirksames Gegengewicht bietet.

Weitere Untersuchung des Suizidrisikos

Das Analyseergebnis der Kommission, wonach im höheren Alter das Suizidrisiko zunimmt, muss sehr ernst genommen werden, bedarf aber auch differenzierter Betrachtung. Andere wissenschaftliche Untersuchungen, wie z. B. eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Anfang des Jahres 2000 abgeschlossene Expertise zur „Suizidalität und Suizidprävention im Alter" erlauben die Einschätzung, wonach der allgemein rückläufige Trend der Suizidraten nunmehr auch für die hohen Altersgruppen zu wirken beginnt. Da die Literatur jedoch widersprüchliche Aussagen bietet, wird die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen, insbesondere zur Geschlechterdifferenzierung und mit vergleichbaren Bezugsgrößen, anerkannt. Für Helferinnen und Helfer auf

der einen wie für gefährdete Personengruppen auf der anderen Seite bereitet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend derzeit eine Schrift vor, die auf Unterstützungsangebote und Hilfestellungen hinweist und vorbeugend wirken soll.

Ärzteausbildung

Auch in der ärztlichen Ausbildung wird die Geriatrie in Zukunft ein wichtiger Aspekt sein. Dies wurde bei den Vorarbeiten zur Reform der ärztlichen Ausbildung deutlich. Inzwischen liegt die neue Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) dem Bundesrat zur Beratung vor.

Eine auf die gesamte Bevölkerung ausgerichtete umfassende Gesundheitsversorgung muss angesichts veränderter Altersstrukturen in Zukunft die Geriatrie als wichtigen Aspekt der ärztlichen Ausbildung fester in den Blick nehmen. Ausdrückliche Erwähnung findet die Geriatrie in der novellierten Approbationsordnung im Katalog der Querschnittsbereiche, aus dem Leistungsnachweise als Zugangsvoraussetzung für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung erbracht werden müssen. Darüber hinaus haben die Hochschulen die Möglichkeit, Geriatrie als Wahlfach anzubieten. Da die neue Approbationsordnung den Hochschulen insgesamt einen größeren Gestaltungsspielraum bieten soll, wird es wesentlich von diesen abhängen, wie sie die neuen Möglichkeiten zur Stärkung des Fachs Geriatrie nutzen. Die Zuständigkeit für die Fort- und Weiterbildung liegt ausschließlich bei den Bundesländern. Der 103. Deutsche Ärztetag in Köln hat sich mit dem Ziel einer Aufwertung der Bezeichnung „klinische Geriatrie" bereits befasst.

1.2.3 Ältere behinderte Menschen

Ältere Behinderte

In Übereinstimmung mit der Kommission geht die Bundesregierung davon aus, dass gerade auch ältere Menschen mit einer Behinderung gezielt durch kompetenzerhaltende und kompetenzsteigernde Maßnahmen gefördert werden sollten. Ihnen soll ermöglicht werden, ein möglichst selbstbestimmtes und selbstständiges Leben zu führen. Die Durchsetzung dieser Ziele ist ein wichtiges Anliegen der Bundesseniorenpolitik, denn mit der Zunahme der Anzahl älterer Menschen ist auch ein Anstieg der Anzahl behinderter Seniorinnen und Senioren verbunden. Bei ihnen handelt es sich nicht nur um Behinderte, deren Lebenserwartung sich dank der Entwicklung medizinischer und pflegerischer Versorgung verbessert hat, sondern auch um ältere Menschen, deren Behinderung krankheits- oder unfallbedingt erst im Alter entsteht.

Erhöhte Effektivität von Hilfsangeboten und Baumodelle

Für die Gruppe der älteren Menschen mit einer Behinderung steht bereits ein gut ausgebautes Angebot an geriatrischen und rehabilitativen Strukturen zur Verfügung. Mit dem Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft" wird eine Vernetzung und Steigerung der Effektivität vorhandener Hilfsangebote angestrebt, die auch älteren Menschen mit Behinderung zugute kommen. Ferner werden im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend modellhaft Bauprojekte für ältere behinderte Menschen gefördert. Sie sollen Anregungen zur Nachahmung für Kommunen und Verbände sein. Ziel der Modellförderung ist es, Einrichtungen so zu bauen, dass sie die Voraussetzungen für Selbstständigkeit, Integration und gesellschaftliche Teilhabe behinderter Seniorinnen und Senioren nachhaltig verbessern. Hierzu gehören vor allem eine besonders barrierefreie Architektur und zukunftsweisende Formen der Nutzung, etwa zwischen den Generationen oder zwischen Menschen mit oder ohne Behinderung. Ziel der Modelle ist es auch, denjenigen älteren Behinderten, die aus dem Arbeitsprozess – etwa in der Behindertenwerkstatt – ausscheiden, weiterhin eine Heimstatt in ihrer vertrauten Umgebung zu bieten.

Im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend werden zudem über den Bundesaltenplan Möglichkeiten der finanziellen Förderung zentraler Maßnahmen der Träger und Fachverbände wahrgenommen. Unter anderem werden Fachtagungen und Seminare, die Konzeptionen und Strategien für das Leben von Behinderten im Seniorenalter erarbeiten, unterstützt. So hat beispielsweise die im März 2000 durchgeführte Internationale Konferenz „Besondere Belange blinder und sehbehinderter Senioren" Impulse für die Arbeit mit älteren Sehbehinderten gegeben.

1.3 Strukturfragen der Altenhilfe

Ziele der Vernetzung struktureller Angebote

Die Bundesregierung stimmt mit der Sachverständigenkommission überein, wonach im Bereich der Altenhilfe Optimierungsbedarf bei der Koordination und Vernetzung von Angeboten besteht. Dies gilt für die Übergänge zwischen Rehabilitation und Pflege, Tagespflege und ambulanten Diensten wie auch generell für die Schnittstelle zwischen

Gesundheits- und Altenhilfesystem. Um älteren Menschen und ihren Angehörigen bei Hilfebedürftigkeit, Krankheit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit die jeweils erforderliche Unterstützung anzubieten, ist es strukturell notwendig,

- ein engmaschiges, kleinräumiges und bedarfsgerechtes Netz ambulanter, teilstationärer und stationärer Dienste und Einrichtungen vorzufinden, das die Nutzerinnen und Nutzer mit ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt rückt,
- die jederzeitige und zuverlässige Erreichbarkeit von Hilfe und Unterstützung sicherzustellen, was eine qualifizierte, individuelle Information, Beratung sowie Koordination der erforderlichen Hilfen im Einzelfall einschließt, und
- ein vernetztes und miteinander abgestimmtes Handeln von Hilfeerbringern und Kostenträgern des Gesundheits- und Sozialwesens zu befördern, das die Hilfen voll zur Wirkung bringt.

Auch wenn diese Ziele noch nicht umfassend erreicht sind, konnten doch im Bereich des Auf- und Ausbaus der pflegerischen Infrastruktur insbesondere auch infolge der Einführung der Pflegeversicherung in den vergangenen Jahren herausragende Verbesserungen erreicht werden. Zurzeit stehen ca. 13 000 ambulante Dienste sowie etwa 8 600 vollstationäre Einrichtungen zur Verfügung. Damit ist eine flächendeckende Versorgung der Pflegebedürftigen in aller Regel erreicht.

Mit dem Ziel, die noch bestehenden Defizite zu beheben und die strukturelle Verzahnung zu verbessern, hat die Bundesregierung in Form großangelegter Modellprogramme die Initiative ergriffen.

1.3.1 Struktur- und qualitätsfördernde Programme der Bundesregierung

Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft"

Im Mittelpunkt des bereits angesprochenen Programms „Altenhilfestrukturen der Zukunft" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend steht eine Verstärkung der planenden und koordinierenden Rolle der kommunalen Altenhilfe. Verbessert werden sollen die Informations- und Beratungsmöglichkeiten für ältere Menschen, die Hilfe im Einzelfall, die Abstimmung bereits vorhandener Angebote, die Zusammenarbeit über Systemgrenzen – insbesondere von Altenhilfe und Gesundheitswesen – hinweg, die stärkere Verknüpfung von Altenhilfe und Rehabilitation sowie der Auf- und Ausbau erforderlicher Hilfeangebote für Demenzkranke. Arbeitsschwerpunkte sind die Förderung von Vernetzung und Kooperation, die Integration von Rehabilitation in die Arbeit der Altenhilfe sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich, auf tragfähige Netzwerke (im Bereich Familie, Freunde und Nachbarschaften) aufbauende lebensweltorientierte Ansätze oder die Entwicklung besonderer Hilfen und Versorgungsmaßnahmen für Demente.

Die Ergebnisse des Modellprogramms fließen ein in die Diskussion über ein umfassendes Altenhilfe-Strukturgesetz, mit dem längerfristig strukturellen Defiziten im Bereich der Altenhilfe begegnet werden könnte.

Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger"

Dagegen setzt das Modellprogramm des Bundesministeriums für Gesundheit zur „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger" bei der besseren praktischen Umsetzung der Pflegeversicherung an. Dieses Programm wird in den kommenden Jahren Schwerpunkte setzen vor allem bei

- der Erprobung von verbesserten Lösungsansätzen zur ambulanten und stationären gerontopsychiatrischen Versorgung (z. B. mit alzheimerischen Erkrankungen);
- der Erprobung von Versorgungsstrukturen für spezielle Pflegebedürftige wie Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, jüngere Querschnittsgelähmte, die nicht werkstattfähig sind und von schwerstpflegebedürftigen Behinderten;
- der Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung durch ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen; der Ermittlung der Wirtschaftlichkeit der angebotenen Pflegeleistungen u. v. m.

Case-Management-Projekte

Die Forderung der Kommission nach Etablierung eines individuellen Case-Managements wird von der Bundesregierung geprüft. Die Ergebnisse eines vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projekts „Case-Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen" liegen vor. Ein Modellprojekt „Regionales

Case- und Care-Management in der Altenhilfe" wird noch im Jahr 2000 abgeschlossen. Auch im Rahmen des Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft" wird die Thematik aufgegriffen

Personalbemessungsverfahren PLAISIR

Die Bundesregierung fördert, wie von der Sachverständigenkommission gewürdigt, modellhaft in 11 stationären Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt die Erprobung des kanadischen Personalbemessungsverfahrens PLAISIR (**Pla**nification **I**nformatisèe des **S**oins **I**nfirmiers **R**equis – EDV gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege). Das Modellprojekt wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe wissenschaftlich begleitet. PLAISIR ermittelt den auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten einer jeden Bewohnerin bzw. eines jeden Bewohners bestehenden Pflegebedarf. Erste Ergebnisse der modellhaften Erprobung haben gezeigt, dass PLAISIR den Einrichtungen eine gute Grundlage für die Personaleinsatzplanung bietet. Darüber hinaus dient es der praktischen Qualitätsentwicklung in den Heimen. Die mit ihm ermittelten Daten lassen die Bewertung von Pflegeprozessen und ihrer Ergebnisse zu. Durch ein personenbezogenes Personalbemessungsverfahren kann der individuelle Pflegebedarf und damit auch der Personalbedarf einer Einrichtung entsprechend ihrer spezifischen Bewohnerstruktur transparent gemacht werden. Deutlich wurde zudem, dass die Pflegedokumentation und -planung noch weiter entwickelt werden müssen.

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission überein, dass auch in der Altenpflege über deren Ergebnis- und Wirkungsorientierung und förderliche Anreizsysteme stärker nachgedacht werden muss. Die Thematik war Inhalt der Fachtagungen „Wirkungsorientierte Steuerung in der sozialen Arbeit" und „Anreizsysteme in der sozialen Arbeit – ein Weg zur Wirkungsorientierung" im Jahr 2000.

1.3.2 Bauliche Infrastruktur

Modellhafte Einrichtungen der Altenhilfe

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, dass zur Unterstützung der Selbständigkeit und Eigenständigkeit älterer Menschen gerade auch die bauliche Ausgestaltung von Einrichtungen und Heimen eine wesentliche und unabdingbare Voraussetzung ist. Im Rahmen seiner gesellschaftspolitischen Maßnahmen für die ältere Generation fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend daher den Bau modellhafter Einrichtungen der Altenhilfe und Altenarbeit. Ziel der Baumodelle ist es, durch Aufzeigen neuer Wege die Lebenssituation älterer Menschen zu verbessern und überregional Initiativen anzuregen. Kriterien für die Modellhaftigkeit sind etwa zukunftsweisende architektonische Standards, Individualität und Privatheit der Wohnbereiche, ein hoher Einzelzimmeranteil, eine besonders barrierefreie Gestaltung, innovative Hilfs- und Betreuungskonzepte und eine richtungsweisende Integration in das gemeinschaftliche Leben. Aufgabe der geförderten Einrichtungen ist es in erster Linie, die Fähigkeiten der Seniorinnen und Senioren aufrecht zu halten und ihnen weiterhin eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Pflegebedürftigkeit soll generell vermieden werden. Dort, wo sie eingetreten ist, gilt es, die Kompetenzen der hilfe- und pflegebedürftigen sowie behinderten älteren Menschen so weit wiederherzustellen, dass ihnen ein würdevolles und weitestgehend selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben ermöglicht wird.

Aspekt der Wirtschaftlichkeit

Die Modellförderung wendet sich verstärkt auch der Wirtschaftlichkeit zukunftsweisender Projekte zu. Hierzu gehört vor allem der vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Wettbewerb „Kostensparendes Bauen qualitätsvoller Altenhilfeeinrichtungen". Mit dem 1997 ausgelobten Wettbewerb wurden zum ersten Mal in Deutschland Architektinnen und Architekten in einem europaweiten Wettstreit aufgefordert, ihre Ideen, Pläne und Entwürfe für einen qualitativ anspruchsvollen, zugleich jedoch wirtschaftlichen Bau und Betrieb von Altenhilfeeinrichtungen aufzuzeigen. Damit sollte dem in den letzten Jahren schärfer gewordenen Zielkonflikt zwischen hohen Qualitätsstandards einerseits und wirtschaftlicher Bauweise andererseits begegnet werden.

Die Wettbewerbsbeiträge weisen in ihrer weit überwiegenden Mehrheit sparsame Flächenwerte, effiziente Raumgestaltung, kompakte Baukörper und ressourcenschonende Materialwahl auf, ohne Abstriche an den geforderten Qualitätsstandards vorzunehmen. Kurze Wege unterstützen das in seiner Bedeutung auch von der Kommission hervorgehobene Personal. Die 21 besten Arbeiten liegen trotz höchster Qualitätsmerkmale im Schnitt rd. 7 % unter den vorkalkulierten Baukosten und ca. 4 % unter den Kosten ihrer Mitbewerber. Die Wettbewerbsergebnisse bieten geeignete Ansätze auch hinsichtlich der Reformüberlegungen zur Heimmindestbauverordnung.

Baumodell für ältere Migrantinnen und Migranten

Einen eigenständigen Schwerpunkt plant die Bundesregierung mit der Förderung eines Altenhilfe-Baumodells für ältere Migrantinnen und Migranten. Ziel ist die Schaffung und Erprobung einer Wohn- und Pflegeeinrichtung, die beispielgebend auf die besonderen Bedürfnisse älterer Migrantinnen und Migranten zugeschnitten ist und einen Beitrag zur Integration älterer Ausländerinnen und Ausländer leistet.

1.3.3 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Positive Zwischenbilanz der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat sich zu einem unverzichtbaren Teil unseres Sozialsystems entwickelt. Durch ihre Einführung hat die Pflege im Bewusstsein der Gesellschaft unzweifelhaft einen höheren Stellenwert erhalten. Nach fast sechs Jahren Pflegeversicherung kann eine durchaus positive Zwischenbilanz gezogen werden, die nicht über vorhandene Defizite hinwegtäuschen kann.

Derzeit erhalten rd. 1,92 Mio. Pflegebedürftige (ambulant rd. 1,35 Mio. und stationär rd. 0,57 Mio.) jeden Monat Geld- oder Sachleistungen aus der Pflegeversicherung. Die Kommission bestätigt ebenso wie andere Studien, dass die Betroffenen in hohem Maße mit der Einstufung durch den Medizinischen Dienst, den Leistungen der Pflegeversicherung und der pflegerischen Einrichtungen zufrieden sind.

Entlastung pflegender Angehöriger

Im häuslichen Bereich hat die Pflegeversicherung einen bemerkenswerten Beitrag zur Stabilisierung geleistet und insbesondere zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Angehörigen geführt. Die Pflegebereitschaft innerhalb der familiären Strukturen ist auf hohem Niveau stabilisiert worden. Dazu hat nicht zuletzt die Einführung der sozialen Absicherung für unentgeltlich Pflegende beigetragen. Von dieser Regelung profitieren fast 600 000 Pflegepersonen.

Stabilität des Beitragssatzes

Zu Recht weist die Kommission darauf hin, dass die Pflegeversicherung von Anfang an nicht als Vollversicherung konzipiert worden ist und zeigt die damit verbundenen Einschränkungen und Probleme auf. Die Diskussion bei der Einführung der Pflegeversicherung war stark von finanziellen Aspekten geprägt. Nach langer politischer Auseinandersetzung wurde der Beitragssatz gesetzlich auf 1,7 % festgesetzt. Mit diesem engen finanziellen Rahmen musste und muss die Pflegeversicherung auskommen.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

Ein wichtiger Ansatzpunkt für die Kommission ist die Tatsache, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff aus den genannten Gründen auf die Verrichtung des täglichen Lebens abstellt und dass dabei Hilfebedarfe, die insbesondere Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz darüber hinaus haben, unberücksichtigt bleiben. Ein relativ hoher Prozentsatz der anerkannten Pflegebedürftigen weist einen solchen Hilfebedarf auf. Insbesondere im Bereich der stationären Versorgung wird der Vorwurf erhoben, dass dieser Hilfebedarf wegen des engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht abgedeckt werden kann. Zu dieser Problematik ist folgendes festzustellen:

Begutachtung

Das SGB XI sieht schon heute bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit die Berücksichtigung u.a. der Hilfeformen „Unterstützung", „Beaufsichtigung" und „Anleitung" bei den im Gesetz genannten Hilfeleistungen aus den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung vor. Diesen vom Gesetz vorgegebenen Rahmen füllen die zuletzt Anfang 1997 geänderten „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch" aus. In einem eigenen Abschnitt „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs von Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen" wird auf den besonderen Hilfebedarf und die Probleme bei der Begutachtung des Personenkreises besonders ausführlich eingegangen.

Leistungen erreichen Zielgruppen

Die Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) belegen, dass die Regelungen der Pflegeversicherung psychisch kranke, geistig behinderte und demenziell veränderte Menschen in großem Umfang erreichen. Diese Gruppen werden innerhalb der Systematik der Pflegeversicherung also nicht benachteiligt. Die insofern immer wieder pauschal gegen die Pflegeversicherung erhobenen Vorwürfe der fehlenden oder ungenügenden Berücksichtigung geistig oder seelisch behinderter Menschen durch das SGB XI sind insoweit unbegründet. Die Bundesregierung beabsichtigt, die Leistungen für demenziell erkrankte ältere Menschen durch Förderung der Tagespflege auszubauen.

Verbesserte Versorgung Dementer angestrebt

Angesichts des begrenzten finanziellen Spielraums der Pflegeversicherung für Leistungsverbesserungen besteht keine Möglichkeit, diese Problematik vollständig zu lösen, denn der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können. Die Bundesregierung strebt jedoch eine Verbesserung der Versorgung dementer Menschen mit Maßnahmen an, die finanziell verantwortbar sind und mit denen gleichzeitig möglichst viel für die Betroffenen, die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen erreicht werden kann. In einem ersten Schritt soll insbesondere mit der Förderung der Tagespflege (und Nachtpflege) gezielt ein Leistungsangebot der Pflegeversicherung ausgebaut werden, dem nach Auffassung auch der Kommission für die Betreuung dementer Menschen eine besondere Bedeutung zukommt.

Vergütung im Heim

Die Einrichtungsträger beklagen immer wieder, dass eine ganzheitliche Betreuung in den Einrichtungen nicht möglich sei, weil insbesondere altersverwirrte, demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohner oder gerontopsychiatrisch veränderte Menschen nicht von der Pflegeversicherung erfasst seien. Es trifft zwar zu, dass bei der Begutachtung die Defizite dieses Personenkreises nur insoweit einfließen, als sie Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens auslösen. Dies hat aber nur Auswirkungen auf die leistungsrechtliche Einstufung der Pflegebedürftigen.

Darüber hinausgehende Aufwendungen im Bereich der sozialen Betreuung können Eingang finden in die Vergütungen und sind somit auf der vergütungsrechtlichen Seite für die Einrichtungen auch abrechenbar und refinanzierbar. Nach den Vorgaben des Vergütungssystems nach dem SGB XI ist der Aufwand für soziale Betreuung im Rahmen der allgemeinen Pflegevergütung aufzufangen (§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Nicht alle Heimträger sowie Heimleiterinnen und Heimleiter haben bereits erkannt, dass der Pflegesatz nach dem SGB XI auch Entgeltbestandteile für Leistungen einschließt, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe nach der Systematik des SGB XI nicht berücksichtigt werden. Dies betrifft die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung, die über rein pflegerische Bedürfnisse hinausgeht. Letztere umfasst auch die allgemeine Anleitung sowie die soziale Beaufsichtigung und Betreuung, die im Rahmen häuslicher Pflege durch die familiäre oder nachbarschaftliche Umgebung zumeist geleistet werden. Das sind in der stationären Pflege Hilfen der individuellen, persönlichen Zuwendung gegenüber dem Pflegebedürftigen. Dazu gehören u. a.

- die Begleitung des Pflegebedürftigen bei Behördengängen und sonstigen Besorgungen sowie bei Spaziergängen,
- die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung von geistig Behinderten, psychisch Kranken oder dementen Pflegebedürftigen einschließlich tagesstrukturierender Maßnahmen und therapeutischer Gespräche (z. B. bei Angst- oder Unruhezuständen) sowie
- die Sterbebegleitung.

Mit der Einbeziehung in die soziale Betreuung und damit in den Pflegesatz ist die Finanzierung der allgemeinen Betreuung altersverwirrter Menschen auf eine rechtlich abgesicherte Grundlage gestellt worden.

1.3.4 Zukunftssicherung in der Altenpflege

Reformstau in der Altenpolitik beseitigt

Der von der Bundesregierung bei Übernahme der Regierungsverantwortung in der Altenpolitik vorgefundene Reformstau wird – im Einvernehmen mit wichtigen Forderungen der Sachverständigenkommission – konsequent abgebaut. Damit erfüllt die Bundesregierung ihre in der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 formulierte Zusage, die Bedingungen für die Pflege älterer Menschen zu verbessern.

a) Altenpflegegesetz

Meilenstein für die Altenpflege

Das von der Bundesregierung zu Beginn der 14. Legislaturperiode vorgelegte Gesetz über die Berufe in der Altenpflege wird am 1. August 2001 in Kraft treten. Ziel ist es, erstmals bundesweit ein einheitliches Ausbildungsniveau sicherzustellen, das Berufsbild attraktiver zu gestalten und dem Beruf insgesamt ein klares Profil zu geben. Das Gesetz wurde am 6. Juli 2000 vom Deutschen Bundestag beschlossen; der Bundesrat stimmte am 29. September 2000 ebenfalls zu.

Ausbildungsziele der Altenpflegeausbildung

Die im Gesetz enthaltenen Ausbildungsziele für die Altenpflegeausbildung sind auf eine ganzheitliche Pflege ausgerichtet. Um die notwendigen Qualifikationen vermitteln zu können, wird die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger drei Jahre dauern. Eine Teilzeitausbildung ist möglich. Wegen der auch von der Kommission aufgezeigten zunehmenden Bedeutung der ambulanten Pflege wird – neben der Ausbildung in stationären Einrichtungen – ein Ausbildungsabschnitt in einer ambulanten Pflegeeinrichtung verpflichtend sein. Damit die Pflegekompetenz auch auf der Helferebene gestärkt wird, enthält das Gesetz Rahmenvorgaben für die Ausbildung zur Altenpflegehelferin und zum Altenpflegehelfer. Die Berufsbezeichnungen werden geschützt.

Steigenden Bedarf befriedigen

Das Altenpflegegesetz soll dazu beitragen, dass auch in Zukunft der Bedarf an qualifizierten Fachkräften, der sich aufgrund der zunehmenden Zahl alter pflegebedürftiger Menschen voraussichtlich weiter erhöhen wird, gedeckt werden kann. Bereits von 1993 bis 1998/99 stieg die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege um 45 Prozent.

Öffnungsklauseln für integrierte Ausbildungsangebote

Mit der Neuregelung der Altenpflegeausbildung, die wegen des hohen Anteils von Frauen in diesem Beruf auch ein wichtiges frauenpolitisches Anliegen darstellt, werden nach vielen Jahren des Stillstands die Weichen für die von der Bundesregierung beabsichtigte und von der Kommission ebenfalls geforderte Weiterentwicklung der Pflegeberufe gestellt. Sowohl in das Krankenpflegegesetz als auch in das Altenpflegegesetz sind Öffnungsklauseln aufgenommen worden, die es ermöglichen, integrierte Ausbildungsangebote unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen zeitlich befristet zu erproben. Die Bundesregierung wird in den kommenden Jahren ein entsprechendes Modellprojekt durchführen.

Fort- und Weiterbildung

Ein auch von der Kommission angesprochener wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege ist neben der Berufsausbildung die ständige Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals. Es ist Angelegenheit der Länder, entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen. Der Bund hat hier keine Regelungskompetenz.

Darüber hinaus misst die Bundesregierung der Akademisierung der Pflegeberufe besondere Bedeutung bei. Die hierin bestehende fachwissenschaftliche Fundierung der Pflege ist für die Qualitätssicherung, aber auch zur Profilierung des Berufsfeldes Pflege, von hoher Bedeutung. Doch fällt auch dieses Anliegen in die ausschließliche Zuständigkeit der Bundesländer.

b) Heimgesetz

Betreuungsqualität und Bewohnerschutz verbessern

Am 1. November 2000 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes verabschiedet, dessen Ziel die Sicherung und Weiterentwicklung der Betreuungsqualität in den Heimen sowie die Verbesserung des Schutzes und der Rechtsstellung der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Überdies werden die Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht gestärkt und Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Pflegekassen und Sozialhilfeträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Auch die Heimbeiräte als Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner können künftig eine größere Mitbestimmung ausüben.

Menschenwürdiges Leben im Heim

Mit der Heimgesetznovelle geht es der Bundesregierung um die Schaffung einer modernen, den Anforderungen der Praxis entsprechenden gesetzlichen Grundlage für die Betreuung älterer und behinderter Menschen in Heimen. Oberste Maxime ist es, im Heim ein an den Grundsätzen der Menschenwürde ausgerichtetes Leben zu sichern.

Eigenverantwortlichkeit stärken

Im Mittelpunkt der Überlegungen steht darum der betroffene Mensch. Er ist nicht Objekt des Handelns anderer, sondern hat auch im Heim den unveräußerbaren Anspruch, sein Leben selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu gestalten. Im Entwurf zur Novellierung des Heimgesetzes wird deshalb ausdrücklich auf die Verwendung des Begriffs „Unterbringung" verzichtet. Das Heimgesetz will vielmehr sicherstellen, dass auch Bürgerinnen und Bürger, die im Rahmen ihrer Lebensführung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, möglichst eigenverantwortlich über ihr Leben bestimmen können. Auch für Schwerstpflegebedürftige sind Heime vorrangig Orte des Wohnens.

Bessere Stellung des Heimbeirats

Die Novellierung des Heimgesetzes trägt ebenfalls der von der Kommission empfohlenen Stärkung der Position älterer Menschen als Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens und dem Aufbau von Strukturen zur Teilhabe und Mitsprache von Laieneinrichtun-

gen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Rechnung. Gemäß § 7 Abs. 4 des Kabinettentwurfs ist vorgesehen, dass Vertreterinnen und Vertreter des Heimbeirates oder die Heimfürsprecherin bzw. der Heimfürsprecher vom Träger zu den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen hinzugezogen werden sollen. Der Träger ist außerdem verpflichtet, Vertreter des Heimbeirats oder die Heimfürsprecherin bzw. den Heimfürsprecher rechtzeitig vor der Aufnahme von Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie über Vergütungsvereinbarungen mit den Pflegekassen anzuhören und Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Darüber hinaus wird die Mitwirkungsmöglichkeit des Heimbeirats auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim erweitert und erhalten Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Bewohnerinnen und Bewohner Gelegenheit, sich in den Heimbeirat wählen zu lassen.

Stärkung der Rechtsposition älterer Menschen

Eine zentrale Neuregelung in der Heimgesetznovelle ist die Verbesserung der Rechtsstellung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner. Dies schlägt sich insbesondere in einer Erhöhung der Transparenz der abzuschließenden Heimverträge nieder. Entgelte für die Betreuung, einschließlich Pflege, für Unterkunft und Verpflegung sowie für weitere Leistungen müssen gesondert angegeben werden. Damit ist ein besserer Vergleich zwischen verschiedenen Heimen möglich. Entgelterhöhungen müssen zwei Wochen vor ihrem Wirksamwerden mitgeteilt und begründet werden; rückwirkende Erhöhungen sind nicht mehr zulässig.

Betreuungs- und Pflegebedarf ermitteln

Dagegen ist die Durchführung eines Assessments vor Abschluss des Heimvertrags zwischen Einrichtung und Bewohnerin bzw. Bewohner zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Betroffenen auch bereits auf der Grundlage des noch geltenden Rechts möglich. Ein gut geführtes Heim wird von sich aus darum bemüht sein, den Betreuungs- und Pflegebedarf einer neuen Bewohnerin oder eines neuen Bewohners zu ermitteln. Hierzu gehört auch im Sinne der von § 6 Nr. 2 Heimgesetz vorgeschriebenen umfassenden Wahrung der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner die Berücksichtigung ihrer Individualität und ihrer Lebensgeschichte.

c) Heimmindestbauverordnung

Heimmindestbauverordnung an Bewohnerbedürfnisse anpassen

Zwischen Sachverständigenkommission und Bundesregierung herrscht Übereinstimmung darin, dass die Heimmindestbauverordnung veraltet ist. Die bereits begonnene Überarbeitung soll noch in der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen werden. Ziel ist es u. a., die Mindestgröße von Einzel- und Doppelzimmern festzuschreiben und die Heimmindestbauverordnung besser an die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner sowie die heutigen baulichen Standards anzupassen.

Bewohnerwünschen Rechnung tragen

Durchgreifenden Bedenken begegnet dagegen die Forderung, beim Neubau und bei der Modernisierung nur noch Einzelzimmer zuzulassen. In diesem Fall könnte dem Wunsch von Bewohnerinnen und Bewohnern nicht Rechnung getragen werden, die mit der Ehepartnerin oder dem Ehepartner oder einer anderen vertrauten Person zusammenleben möchten. Sichergestellt werden sollte jedoch, dass in Zukunft niemand mehr gegen seinen Willen gezwungen ist, mit einer anderen Person in einem Zimmer zusammenzuleben.

d) Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

Weiterentwicklung der Pflegequalität und Stärkung der Verbraucherrechte

In unmittelbarem Zusammenhang mit den geplanten Änderungen des Heimgesetzes steht das zeitgleich und in enger Abstimmung erarbeitete Pflege-Qualitätssicherungsgesetz, das ebenfalls am 1. November 2000 vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Mit diesem Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege werden zentrale Vorhaben aus der Koalitionsvereinbarung zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgegriffen und miteinander verbunden. Kernziele sind die Sicherung und die Weiterentwicklung der Pflegequalität und die Stärkung der Verbraucherrechte. Eine Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Sachverständigenkommission wird auch in diesem Vorhaben der Bundesregierung in wesentlichen Punkten erreicht.

Der Gesetzentwurf ist übergreifend darauf ausgerichtet, mit konkreten Maßnahmen pflegebedürftigen Menschen dabei zu helfen,

- trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und

– sich in den „Institutionen" der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden sowie durch Mitwirkung einen Einfluss auf ihr Lebensumfeld und ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Der Entwurf setzt dabei vor allem auf die Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen. In der Frage der Überwachung und Kontrolle der Anbieter von professionellen Pflegeleistungen ist er von der Grundphilosophie getragen, Qualität nicht von außen in die Einrichtungen hineinzuprüfen, sondern aus der Eigenverantwortung der Einrichtung heraus zu entwickeln. Der Gesetzentwurf knüpft damit an die breite Qualitätsdiskussion der letzten Jahre an. Er verpflichtet die Einrichtungen beispielsweise zum Nachweis der Qualität ihrer Leistungen in regelmäßigen Abständen und zur Einführung einrichtungsinterner Systeme zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung. Ziel aller internen Maßnahmen zur Qualitätssicherung muss sein, unter Beteiligung aller Mitarbeiter die Ergebnisqualität zu erhöhen und aufrechtzuerhalten. Es geht darum, die Wünsche und Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und Angehörigen weitmöglichst zufrieden zu stellen. Parallel dazu bleibt es bei der externen Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen und den staatlichen Kontrollen durch die Heimaufsichtsbehörden, um die Interessen der Pflegebedürftigen zu wahren und zu schützen. Konkretisiert werden daher die Zugangsrechte des Medizinischen Dienstes zu den Pflegeeinrichtungen. Weiterhin wird die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Diensten und der staatlichen Heimaufsicht durch gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen und die Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen verbessert.

Qualität der pflegerischen Infrastruktur

Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist die auch von der Sachverständigenkommission angesprochene qualitative Ausgestaltung der pflegerischen Infrastruktur. Die Instrumente der Pflegeselbstverwaltung zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung erfahren, insbesondere durch die Einführung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen, eine nachhaltige Stärkung. Mit diesem neuen Vertragsinstrument werden darüber hinaus die Pflegeheime in die Lage versetzt, ihre Ansprüche auf eine leistungsgerechte Vergütung ihres Pflege- und Betreuungsaufwands vor dem Hintergrund ihrer Leistungs- und Belegungsstruktur und ihrer Personal- und Sachausstattung gegenüber den Kostenträgern wirksam durchzusetzen. Flankierend hierzu sind landesweite Vereinbarungen von Personalanhaltszahlen und Fachkraftquoten als Personalrichtwertvereinbarungen vorgesehen, die in einem ersten Schritt das bisherige Konfliktfeld der Personalbemessung zwischen den Vereinbarungspartnern bereinigen und eine einrichtungsindividuelle Personalausstattung in den Pflegeeinrichtungen gewährleisten sollen.

Transparenz durch Pflegeheimvergleich

Andererseits sorgt der Entwurf für ein höheres Maß an Transparenz, z. B. durch den Pflegeheimvergleich für die Kostenträger oder durch Leistungs- und Preisvergleichslisten für die Pflegebedürftigen. Dies ist im Interesse der Kostenträger wünschenswert und im Interesse der Pflegebedürftigen unverzichtbar. Insbesondere pflegebedürftige Heimbewohnerinnen und -bewohner müssen in die Lage versetzt werden, ihre Rechte als Kunden von Pflegeeinrichtungen besser wahrzunehmen. Mit den Vorschlägen im Pflege-Qualitätssicherungsgesetz zur Stärkung der Verbraucherrechte wird allerdings nicht brachliegendes Neuland betreten, sondern auf bewährten Wegen fortgeschritten. Der Verbraucherschutz wird etwa verbessert durch:

– die Beteiligung der Pflegekassen an kommunalen Beratungsangeboten.

– die stärkere Verpflichtung zur Durchführung von Pflegeschulung im häuslichen Umfeld.

– die Pflicht zum Abschluss und zur Aushändigung eines schriftlichen Pflegevertrages bei häuslicher Pflege sowie die probeweise Inanspruchnahme des Pflegedienstes,

– Rückzahlungspflichten bei Schlechtleistung oder

– die verbesserte Beteiligung der Pflegebedürftigen, der Behinderten und der Berufsverbände an bundesweiten Qualitätsvereinbarungen, an landesweiten Rahmenempfehlungen sowie an der geplanten Verordnung über Beratungs- und Prüfvorschriften.

e) Qualitätssicherung in ambulanten Diensten

Pflegequalität ambulanter Dienste

Neben der Qualitätssicherung in Heimen steht die Frage zur Klärung an, wie die Pflegequalität in der steigenden Anzahl von ambulanten Diensten, die bisher von keinem Regelungssystem erfasst werden, zu sichern ist. Zur Schaffung einer Beurteilungsgrundlage för-

dert die Bundesregierung zurzeit ein Projekt mit dem Ziel, den tatsächlichen Umfang von Qualitätsmängeln in der ambulanten Pflege unter Analyse von Regelungsdefiziten in der Qualitätssicherung und -prüfung festzustellen. Mit diesem Projekt sollen erstmals systematisch Informationen darüber zusammengetragen werden, welche Mängel in der durch Pflegedienste erbrachten ambulanten pflegerischen und hauswirtschaftlichen Betreuung älterer Menschen auftreten.

Untersuchung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Anders als bei bisherigen, zum Teil methodisch defizitären Untersuchungen wird bei dieser Studie nicht allein auf die subjektive Zufriedenheit der Nutzerinnen und Nutzer abgestellt, untersucht werden vielmehr die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zu etwaigen Mängeln werden nicht die Nutzerinnen und Nutzer selbst, sondern deren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren befragt, d. h. Beratungsstellen für ältere Menschen, Gesprächskreise für pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen, Leiterinnen und Leiter kommunaler Dienststellen und Pflegekassen, Verbraucherzentralen, Seniorenvertretungen und Krisenberatungsstellen. Darüber hinaus ist eine schriftliche Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei Pflegediensten zu problematischen Pflegesituationen geplant. Das Ergebnis der Studie soll Anfang 2001 vorliegen.

1.4 Finanzierungsfragen der Alten- und Krankenhilfe

Finanzielle Lage der Pflegeversicherung

Die soziale Pflegeversicherung hat seit ihrem Inkrafttreten im Jahr 1995 bis Ende des Jahres 1999 einen Mittelbestand von rd. 9,7 Mrd. DM angesammelt. Davon bilden derzeit rd. 4 Mrd. DM die gesetzlich vorgeschriebene Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben, die die Pflegekassen zur reibungslosen Abwicklung des Zahlungsverkehrs benötigen.

Während zu Beginn der Pflegeversicherung auch aufgrund des dreimonatigen Beitragsvorlaufs vor dem Einsetzen der Leistungen erhebliche Überschüsse angefallen sind, haben sie sich mit der Einführung der stationären Pflegeleistungen und infolge des zunächst sehr starken Anstiegs der Anzahl der Pflegebedürftigen deutlich vermindert. 1998 betrug der Jahresüberschuss noch rd. 240 Mio. DM. Für 1999 ergab sich ein nahezu ausgeglichenes Ergebnis (- 65 Mio. DM). Die vorübergehend defizitäre Entwicklung der Pflegeversicherung stellt keine Gefahr für ihr finanzielles Fundament dar. Der Mittelbestand der Pflegeversicherung bleibt auch unter Berücksichtigung der beabsichtigten Leistungsverbesserung für Demenzkranke dauerhaft oberhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Finanzreserve.

Steigende Anzahl von Leistungsberechtigten

Die Kommission hat in ihrem Bericht sehr deutlich die Risiken und Unwägbarkeiten einer Beitragsvorausschätzung über mehrere Jahrzehnte bestätigt. Aus heutiger Sicht ist davon auszugehen, dass bis zum Jahr 2010 etwa 400 000 Pflegebedürftige mehr Leistungen der Pflegeversicherung erhalten werden als heute. Ob dies mit dem gegenwärtigen Beitragssatz finanzierbar ist oder ob eine Beitragsanhebung notwendig wird, hängt nicht zuletzt von der Entscheidung ab, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang Veränderungen des Leistungsrechts der Pflegeversicherung durchgeführt werden.

Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Das Bundesministerium für Gesundheit wird in Kürze den gesetzgebenden Körperschaften den nach § 10 Abs. 4 SGB XI zu erstellenden Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung vorlegen. Dieser Bericht wird ausführlicher und umfassender auf viele der auch im Dritten Altenbericht angesprochenen Fragen eingehen.

DRG-System

Die Einführung eines deutschen DRG (Diagnosis Related Groups)-Systems nach § 17b Krankenhausgesetz (KHG) bezieht sich auf die Finanzierung der allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen; psychiatrische Leistungen sind ausgenommen. Nur die genannten Krankenhausleistungen sind bei der von der gemeinsamen Selbstverwaltung durchzuführenden Kalkulation der deutschen DRGs zu berücksichtigen. Nach § 17b KHG ist daher eine sektorübergreifende Preisbildung bei der Einführung eines deutschen DRG-Systems nicht möglich. Die Möglichkeit für sektorübergreifende Ansätze wurden jedoch von der Bundesregierung durch die Einführung der integrierten Versorgung als Regelversorgung (§§ 140a–h SGB V) wesentlich verbessert. Soweit dies erforderlich ist, besteht bei integrierten Versorgungsformen zudem die Möglichkeit, u. a. Abweichendes von den Vorschriften des KHG zu vereinbaren, sodass in diesen Fällen auch andere Vergütungsregelungen als diejenigen der DRGs vereinbart werden können.

Da die von der Sachverständigenkommission thematisierte Problematik grundsätzlich nicht von der Hand zu weisen ist, müssen die für die Entwicklung und Einführung des neuen

Entgeltsystems zuständigen Selbstverwaltungsparteien bemüht sein, entsprechenden Fehlentwicklungen frühzeitig durch geeignete Maßnahmen zu begegnen. Der Gesetzgeber hat deshalb die Selbstverwaltungsparteien verpflichtet, sich bei der Einführung und Weiterentwicklung des neuen Entgeltsystems unter Wahrung der Qualität der Leistungserbringung an wirtschaftlichen Versorgungsstrukturen und Verfahrensweisen zu orientieren. Als positiv ist in diesem Zusammenhang die zeitgerechte Entscheidung für das australische DRG-System (AR-DRGs) als Adaptionsgrundlage für die Entwicklung eines deutschen DRG-Systems zu nennen. Die AR-DRGs sind im Vergleich zu anderen Systemen unter anderem durch eine differenzierte Schweregradberücksichtigung (Komplikationen und Komorbiditäten) gekennzeichnet. Von den insgesamt 661 DRG-Fallgruppen sind allein 72 Fallgruppen mit spezifischen Alterssplits für über 65-jährige Patientinnen und Patienten versehen, sodass einem erhöhten Aufwand, der in manchen Diagnosefallgruppen bei der Behandlung alter Menschen entsteht, Rechnung getragen wird. In der Diskussion wird deshalb auch davon gesprochen, dass AR-DRGs über gesonderte geriatrische Fallgruppen verfügen.

Ob und inwieweit durch die Einführung von DRGs im Krankenhausbereich bestehende Versorgungs- und Behandlungsketten nicht mehr hinreichend gewährleistet werden, kann heute noch nicht abschließend beurteilt werden. Sollte dies der Fall sein, so muss dem ggf. durch geänderte Versorgungsstrukturen Rechnung getragen werden. Zu nennen sind hier etwa modifizierte Therapieangebote im ambulanten Bereich und im Rehabereich.

2. Ältere Menschen in der Arbeitswelt

2.1. Erwerbsbeteiligung im Wandel

Ältere Arbeitnehmerschaft

Der Bericht der Sachverständigenkommission gibt eine zutreffende Analyse der gegenwärtigen Situation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Arbeitswelt wieder. Das allgemeine Arbeitsplatzdefizit wie auch die Bemühungen der Unternehmen um Kostenreduzierung haben in der Vergangenheit dazu geführt, dass ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus den Unternehmen verstärkt ausgegliedert wurden. Dabei soll nicht verkannt werden, dass hierzu mehrere Faktoren beigetragen haben, und zwar nicht nur bestehende Vorurteile der Unternehmen gegenüber der Leistungsfähigkeit älterer Frauen und Männer, oder das Bestreben, Arbeitsplätze durch die Entlassung Älterer für Jüngere freizumachen, sondern auch das Interesse der Älteren selbst an einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Im Hinblick auf die damit einhergehende Belastung der sozialen Sicherungssysteme wie auch auf die zukünftige altersmäßige Zusammensetzung des Erwerbspersonenpotenzials lässt sich dieser Prozess der vorzeitigen Ausgliederung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht mehr fortsetzen. Auch wird es zunehmend schwieriger, einmal in die Arbeitslosigkeit entlassene Ältere wieder in das Beschäftigungssystem einzugliedern.

Absehbare Veränderung der Beschäftigungssituation

Die Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird sich in Deutschland nach Auffassung der Bundesregierung stark verändern. Wirtschaft, Gesellschaft und Politik befinden sich inzwischen am Beginn einer Phase des Umsteuerns. Nach Auffassung der Bundesregierung wird es erforderlich, gesellschaftliche Bewusstseins- und Verhaltensänderungen im Hinblick auf die Beschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einzuleiten. Die Erwerbsformen, d. h. die Art des Arbeitsverhältnisses und die Arbeitszeiten, unterliegen bereits seit geraumer Zeit einem Wandel, der sich – zusammen mit einer besseren Abstimmung von Lebens- und Arbeitsverhältnissen – auch zunehmend auf die gesamte Erwerbsbiografie des Einzelnen auswirkt. Damit wird auch die Bedeutung der Erwerbsbeteiligung für den einzelnen älteren Menschen wieder an Gewicht gewinnen.

Erfordernis zu vorausschauender betrieblicher Personalpolitik

Die Sachverständigenkommission hat zurecht herausgestellt, dass es hierzu auch zukunftsorientierter Optionen betrieblicher Personalpolitik bedarf. Notwendig ist eine vorausschauende, präventive Personalpolitik, die die Entwicklung älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer Risikogruppe verhindert. Hierzu gehört nach Auffassung der Bundesregierung – insoweit unterstützt sie die Auffassung der Sachverständigenkommission – eine früh einsetzende betriebliche Qualifizierungspolitik, die bereits bei den mittleren Altersgruppen einsetzt und für Ältere im Hinblick auf ihre Lernfähigkeit auch durch geeignete didaktische Maßnahmen begleitet werden muss. Die Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist die beste Präventionsmaßnahme vor Entlassungen in die Arbeitslosigkeit wegen tatsächlicher oder vermeintlicher Qualifikationsdefizite. Die Weiterbeschäftigung einer qualifizierten, älteren Mitarbeiterschaft

wird auch aus Sicht der Bundesregierung im Hinblick auf einen entstehenden Fachkräftemangel wegen Rückgang der jugendlichen Kohorten unverzichtbar sein.

Moderne Arbeitszeitgestaltung

Die Bundesregierung begrüßt die Ausführungen im Hinblick auf die Arbeitszeit. Die Empfehlungen bestätigen die Haltung der Partner des Bündnisses für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit. Diese haben in ihrer Erklärung vom 1. Juli 2000 nochmals ihr Eintreten für eine differenzierte und flexibilisierte Arbeitszeitpolitik bekräftigt. Dabei stehen insbesondere auch die tarifvertraglichen Vereinbarungen von Langzeit- und Lebensarbeitszeitkonten sowie eine bessere Verknüpfung von Arbeit und betrieblicher Fortbildung im Mittelpunkt. Die Bündnispartner sehen in langfristigen Arbeitszeitguthaben eine Möglichkeit, lebenslagenorientiert in Weiterbildung, in Altersvorsorge und in ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu investieren. Auch für Ältere müssten die Möglichkeiten zur betrieblichen Weiterbildung verbessert werden. Zeitinvestitionen für Qualifizierung sind als neue Aufgaben der Arbeitszeitpolitik anzusehen. Die Tarifvertragsparteien streben – so die gemeinsame Erklärung – im Zusammenhang mit der Nutzung von Langzeitkonten und anderen arbeitszeitpolitischen Maßnahmen an, dass bei einem Einsatz von Zeitguthaben für Weiterbildung zugleich auch Arbeitszeit investiert wird.

Der gesellschaftliche Diskussionsprozess über die Beschäftigung von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gewinnt zunehmend an Konturen. Die erneute Einsetzung einer Enquetekommission „Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik" wie auch die Einrichtung einer besonderen Arbeitsgruppe „Beschäftigungsförderung aktive Arbeitsmarktpolitik" des Bündnisses für Arbeit, Ausbildung und Wettbewerbsfähigkeit, die sich intensiv mit der Verbesserung der Beschäftigungsmöglichkeiten für ältere Menschen auseinander setzen soll, sind hierfür konkrete Beispiele. Auch von der Selbstverwaltung der Bundesanstalt für Arbeit wurde eine Arbeitsgruppe „Ältere Arbeitnehmer" eingesetzt, um die Handlungsmöglichkeiten der Arbeitsmarktpolitik zu erörtern und Ansatzpunkte für konkretes Handeln zu erarbeiten.

Diese unterschiedlichen Aktivitäten belegen, dass die Handlungsempfehlungen der Sachverständigenkommission sich im Einklang mit der aktuellen politischen Diskussion und den Überlegungen der Bundesregierung befinden.

2.2. Bedeutung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus betrieblicher Sicht

Der Sachverständigenkommission ist zuzustimmen, wenn sie feststellt, dass in vielen Betrieben eine „traditionelle" Personalpolitik vorherrscht, die auf junge „olympiareife" Belegschaften setzt und ältere Beschäftigte eher aus dem Betrieb ausgrenzt.

Ausgrenzung Älterer entgegentreten

Es ist deshalb für die Bundesregierung nicht nur ein Gebot der sozialen Verantwortung, sondern auch der wirtschaftlichen Vernunft, dieser Ausgrenzung durch Förderung einer zukunftsorientierten betrieblichen Personalpolitik entgegenzutreten. Denn es ist heute aufgrund der demographischen Entwicklung schon absehbar, dass neue Produktions- und Dienstleistungskonzepte, neue technologische Herausforderungen mit einer älteren Erwerbsbevölkerung bewältigt werden müssen.

Forschungs- und Entwicklungsprogramm „Arbeit und Technik"

Deshalb hat die Bundesregierung bereits im Jahr 1994 im Rahmen des Forschungs- und Entwicklungsprogramms „Arbeit und Technik" den Förderschwerpunkt „Demographischer Wandel und Zukunft der Erwerbsarbeit in Deutschland" veröffentlicht und Verbundvorhaben zu fünf Schwerpunkten gefördert:

- Arbeits- und Innovationspozentiale im Wandel,
- zukunftsfähige Anforderungen und Strategien im Handwerk,
- begrenzte Tätigkeitsdauer und neue Arbeitszeitmodelle für Ältere,
- Innovation bei veränderten Altersstrukturen,
- Innovation, Belegschaftsstrukturen und Altern im Betrieb.

Projekt „Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel"

Um die erarbeiteten Lösungsansätze auf ihre Praktikabilität hin zu überprüfen, wurde im Herbst 1999 das Projekt „Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel" initiiert. Ziel dieses Transferprojektes ist es, gemeinsam mit und für Erwerbspersonen, Betrieben und Verbänden sensibilisierende, beratende und gestalterische Lösungen zur Bewältigung der Folgen des soziodemographischen Wandels zu erarbeiten und zu verbreiten.

Arbeitsschutz als Präventivinstrument

Auch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) hat durch Forschungsvorhaben, Tagungen und Publikationen die Notwendigkeit, aber auch Möglichkeit einer altersgerechten Arbeitsgestaltung dargestellt. Dem Arbeitsschutz liegt dabei ein präventives Konzept zugrunde, das nicht nur die Ausführbarkeit, Schädigungslosigkeit und Zumutbarkeit der Arbeit beurteilt, sondern Lösungen erarbeitet, um Arbeit auch persönlichkeits- und gesundheitsförderlich und sozialverträglich gestalten zu können. Nur unter solchen Bedingungen können die Beschäftigten ihre volle Leistungsfähigkeit für den Betrieb erbringen. Dass, wie in den Empfehlungen der Sachverständigenkommission dargestellt, weitere Anstrengungen zur Humanisierung der Arbeitswelt, insbesondere für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer unternommen werden müssen und dass es noch immer Arbeitsbedingungen gibt, die den Anforderungen an eine moderne und humane Arbeitswelt nicht genügen, bleibt unbestritten.

Die durch die Gesundheitsreform 2000 geschaffene Möglichkeit für die Krankenkassen, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, wird eine moderne betriebliche Personalpolitik, die auf die Förderung der Humanressourcen setzt, weiter unterstützen. Hierbei ist eine enge Kooperation zwischen den Krankenkassen und den Arbeitsschutzinstitutionen vorgesehen.

2.3. Ausscheiden aus dem Erwerbsleben/Rentenzugang

Frühverrentung entgegen wirken

Die Einschätzung der Kommission, wonach die demographische Entwicklung längerfristig zu einer Verminderung des Arbeitskräftepotenzials führt und deshalb ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer künftig möglichst bis zum Renteneintrittsalter im Arbeitsleben gehalten werden sollten, wird von der Bundesregierung geteilt. Die Empfehlung der Kommission, dem Trend zur Frühverrentung entgegen zu wirken, entspricht der Politik der Bundesregierung. Regelungen, die auf einen vorgezogenen abschlagsfreien und von der Rentenversicherung finanzierten Rentenbeginn hinauslaufen, sind deshalb abzulehnen.

Anhebung vorgezogener Altersgrenzen

Wie wichtig in diesem Zusammenhang die derzeit stattfindende Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen und die damit verbundene, ab 2012 wirksame Beschränkung des vorgezogenen Rentenbeginns auf langjährig Versicherte ist, zeigt sich an der von der Kommission aufgeworfenen Frage nach den Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die konstatierte überproportionale Betroffenheit älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Langzeitarbeitslosigkeit kann nicht allein vor dem Hintergrund der Beschäftigungschancen, sondern muss auch im Zusammenhang mit den Altersgrenzen bzw. den Anspruchsvoraussetzungen bei Männern für eine Altersrente ab 60 Jahren gesehen werden. So liegt in dem Erfordernis einer 52-wöchigen Arbeitslosigkeit innerhalb der letzten eineinhalb Jahre vor Vollendung des 60. Lebensjahres als Anspruchsvoraussetzung für eine Rente ab 60 Jahren mit Abschlag einerseits eine soziale Schutzfunktion für schwer vermittelbare ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Andererseits kann diese Anspruchsvoraussetzung aber auch dazu führen, die Arbeitslosigkeit vor dem 60. Lebensjahr für einen gewünschten früheren Ausstieg aus dem Erwerbsleben zu nutzen.

Gleitender Übergang in den Ruhestand – Altersteilzeit

Bei der Ausgestaltung des Übergangs vom Erwerbsleben in den Ruhestand tritt die Kommission für eine gleitende Ausgestaltung ein. Auch diese Auffassung wird von der Bundesregierung geteilt. Insbesondere durch das Altersteilzeitgesetz wurde ein wirksames Instrument dafür geschaffen, den Übergang in den Ruhestand zu erleichtern. Die Ableitung einer geringen Inanspruchnahme der Altersteilzeit aus dem Rentenzugang des Jahres 1998 durch die Kommission ist allerdings so nicht zutreffend. Denn erstens ist das Altersteilzeitgesetz erst zum 1. August 1996 in Kraft getreten, weitere Verbesserungen sogar erst zum 1. Januar 2000, sodass die meisten Fälle sich im Rentenzugang noch nicht niederschlagen können. Und zweitens sind die meisten Altersteilzeitfälle als Förderfälle gegenwärtig nicht statistisch erfassbar, weil bei der häufigsten Form der Inanspruchnahme – der Verblockung der Arbeitszeit über mehrere Jahre (mehrjährige Vollzeit- und Freistellungsphase) – über Förderleistungen erst nach Abschluss der Vollzeitphase entschieden werden kann. Nach Einschätzung der Bundesanstalt für Arbeit liegen zwischen ca. 85 000 und 100 000 Fälle von Altersteilzeit mit und ohne Förderung vor.

Tarifverträge zur Altersteilzeit

Außerdem sind zur Altersteilzeit bislang über 400 Tarifverträge – neben zahlreichen Verbands- auch viele Firmentarifverträge – bekannt. In den Geltungsbereichen dieser Altersteilzeit-Tarifverträge arbeiten insgesamt rd. 13 Millionen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. In nahezu allen Bereichen von Wirtschaft und Verwaltung sind Altersteil-

zeittarifverträge abgeschlossen worden. Die Tarifverträge sehen in aller Regel höhere Arbeitgeberleistungen vor, als vom Gesetz verlangt. Während das Gesetz eine Mindestaufstockung des Arbeitsentgelts um 20 % bzw. auf 70 % des pauschalierten Vollzeitnettoentgelts vorschreibt, ist z. B. für die Chemische Industrie ein Sicherungsniveau von 85 % des Vollzeitnettoentgelts, für den öffentlichen Dienst einschließlich der Sozialverwaltung von 83 % und für die Metallindustrie in Höhe von 82 % tarifvertraglich vereinbart.

Darüber hinaus sind die Tarifverträge der verschiedenen Branchen sehr unterschiedlich ausgestaltet. Einen allgemeinen Rechtsanspruch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auf Altersteilzeit sehen zum Beispiel die von der Industriegewerkschaft „Bergbau. Chemie. Energie" (IG BCE) getätigten Abschlüsse, einige Tarifverträge kleinerer Branchen und wenige Haustarifverträge vor. Von diesen Vereinbarungen abgesehen sind Rechtsansprüche entweder gar nicht oder erst ab einem bestimmten Lebensalter geregelt (z. B.: öffentlicher Dienst: 60 Jahre, Metallindustrie: 57 Jahre). Eine zumindest teilweise Kompensation von Rentenabschlägen nach der Altersteilzeit ist in mehreren Tarifverträgen enthalten (z. B.: öffentlicher Dienst, Chemie, Papier erzeugende Industrie, Metallindustrie), bei weitem jedoch nicht in allen Bereichen vereinbart. Sofern die Tarifverträge Aussagen zur Insolvenzsicherung von Wertguthaben treffen, übertragen sie die konkrete Ausgestaltung in der Regel den Betriebspartnern.

3. Wirtschaftliche Lage im Alter

3.1. Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung

Gesetzliche Rentenversicherung bleibt Hauptsäule der Alterssicherung

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Kommission, dass die einkommensbezogene gesetzliche Alterssicherung erhalten werden soll. Die Analyse der Einkommens- und Vermögenssituation im Alter, die auf den im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten empirischen Erhebungen Alterssicherung in Deutschland (ASID) und Altersvorsorge in Deutschland (AVID) beruht, stützen die Einschätzung, dass die gesetzliche Rentenversicherung die Hauptsäule der Alterssicherung ist und auch in Zukunft bleiben wird.

Bedeutung der abgeleiteten Hinterbliebenenversicherung

Konsens besteht ferner hinsichtlich der Einschätzung der Kommission, wonach auf die abgeleitete Hinterbliebenensicherung nicht verzichtet werden kann. Deshalb schlägt die Bundesregierung im Rahmen der Rentenreform vor, die Alterssicherung der Frau sowohl hinsichtlich der Höhe der eigenen Rentenansprüche als auch der abgeleiteten Witwenrente weiter zu entwickeln. Der Entwurf eines Altersvermögensgesetzes sieht vor, an den Ursachen für den bei Frauen – im Vergleich zu Männern – geringeren Rentenansprüchen anzusetzen, indem erziehungsbedingte Nachteile in der Versicherungsbiografie in größerem Umfang als bisher ausgeglichen werden. Deshalb sollen die aus einer sich an eine anzurechnende Kindererziehungszeit anschließende Erwerbstätigkeit entstehenden Rentenansprüche aufgestockt und die Kindererziehung bei der Höhe der Witwen- und Witwerrente rentenerhöhend berücksichtigt werden.

Aufbau ergänzender Altersvorsorge

Der Kommission ist ferner zuzustimmen, dass Alterseinkünfte aus einer kapitalgedeckten Altersvorsorge erst nach einer längeren „Ansparphase" eine hinreichende Größenordnung erreichen können. Deshalb ist es nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, wie im Altersvermögensgesetz vorgesehen, ab dem Jahr 2002 mit dem breit geförderten Aufbau einer ergänzenden Altersvorsorge zu beginnen.

Dauer der Erwerbsphase

Hinsichtlich der Altersgrenzen und der Notwendigkeit der Verhinderung von Frühverrentungen besteht grundsätzliche Einigkeit in den Auffassungen von Kommission und Bundesregierung in der Ablehnung von Frühverrentung zulasten der Sozialversicherung. Eine Verlängerung der Erwerbsphase – sowohl über eine Vorverlegung des Einstiegszeitpunkts in das Erwerbsleben als auch über ein Hinausschieben des Übergangs in den Ruhestand – kann die Bewältigung der künftigen Finanzierungsprobleme in der Alterssicherung erleichtern. Dabei wird die bereits eingeleitete Anhebung der vorgezogenen Altersgrenzen zu der von der Kommission geforderten „Wiederverlängerung der Erwerbsphase" beitragen.

Die von der Kommission zur Diskussion gestellte Koppelung der Altersgrenzen an die Entwicklung der Lebenserwartung älterer Menschen ist nicht neu und durchaus diskussionswürdig. Die Vermeidung einer eindeutigen Empfehlung im Altenbericht zeigt jedoch, wie schwierig es ist, bereits heute konkret festzulegen, wie sich die Altersgrenzen unter Berücksichtigung der Entwicklung von Arbeitsmarkt und Finanzen der Rentenversicherung in den kommenden Jahrzehnten entwickeln sollen.

Die Bundesregierung vertritt deshalb die Auffassung, vor einer solchen Entscheidung zunächst die Auswirkungen der bereits laufenden Altersgrenzenanhebung auf das durchschnittliche Rentenzugangsalter abzuwarten. Erst wenn sich daraus weiterer Handlungsbedarf ergibt und die – von der Kommission bei der heutigen Altersgrenzenanhebung in den Vordergrund gestellte – Arbeitsmarktentwicklung eine weitere Anhebung zulässt, kann über die von der Kommission zur Diskussion gestellte Maßnahme entschieden werden.

3.2. Weitere Einkommen und Vermögen

Armuts- und Reichtumsberichterstattung

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Kommission, dass eine regelmäßige, systematisch angelegte und fachlich fundierte Berichterstattung über Armut und Unterversorgung, Reichtumsentwicklung und die Entwicklung von Ungleichheitstendenzen erforderlich ist. In der Koalitionsvereinbarung von SPD und BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN aus dem Jahre 1998 und durch den Beschluss des Deutschen Bundestages vom 27. Januar 2000 wurde eine regelmäßige Armuts- und Reichtumsberichterstattung vereinbart. Mit der Vorlage des ersten nationalen Armuts- und Reichtumsbericht wird die Bundesregierung diesen politisch-parlamentarischen Auftrag umsetzen.

Differenzierte Analyse der sozialen Wirklichkeit

Die Intentionen der Bundesregierung und der Regierungsfraktionen gehen – wie von der Kommission gefordert – von einem sehr umfassend angelegten Verständnis der Armuts- und Reichtumsberichterstattung aus. Die Begriffe „Armut" und „Reichtum" stehen hierbei als Synonyme stellvertretend für die extremen Pole in der Gesellschaft, die betrachtet werden sollen. Die Darstellung beschränkt sich aber nicht isoliert auf diese beiden Pole, sondern bezieht auch den Bereich der breiten Mitte dazwischen ein. Vor dem Hintergrund einer verantwortungsvollen Sozialpolitik wird eine differenzierte Bestandsaufnahme der sozialen Verhältnisse und der Verteilung von Einkommen und Vermögen, aber auch von Chancengleichheit und sozialer Ausgrenzung vorgenommen, in der sich die Vielschichtigkeit von Armut und Reichtum widerspiegelt, die sich einerseits in der Verteilung materieller Ressourcen, andererseits aber auch in individuellen und kollektiven Lebenslagen manifestiert. Eine umfassende Analyse der sozialen Wirklichkeit ist die Basis für politische Maßnahmen und Handlungsperspektiven.

Erhebung von Daten zur Altersvorsorge

Die Bundesregierung schließt sich der Empfehlung der Kommission an, auch zukünftig Daten zur Altersvorsorge rentennaher Geburtsjahrgänge zu erheben und darüber zu berichten. Im Grundsatz wird eine Fortführung der Untersuchung über die Altersvorsorge in Deutschland (AVID 96) von den Auftraggebern, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, begrüßt. Im Mai 2000 fand ein wissenschaftliches Symposium zu diesem Thema statt. Dort wurde u. a. angeregt, in Zukunft ein stärkeres Augenmerk auf die verschiedenen Formen privater Vorsorge zu lenken.

Umfassende Betrachtung der Einkommenslage

Auch die Bundesregierung ist der Ansicht, dass „für die Beurteilung der Einkommenslage im Alter ein umfassender Ansatz erforderlich ist". Die Art und Höhe von Einkommen aus 25 verschiedenen Quellen wird im Rahmen der Untersuchung Alterssicherung in Deutschland (ASID) erhoben. Diese Untersuchung stellt aktuelle, repräsentative und nach vielfältigen sozio-demographischen Gruppen gegliederte Daten zur Einkommenssituation der Bevölkerung ab 55 Jahren zur Verfügung. Sie fand erstmals 1986 statt und wurde 1992 sowie 1995 fortgesetzt. Die Ergebnisse der jüngsten Erhebung von 1999 werden voraussichtlich Ende 2000 aufbereitet vorliegen. Direkte Steuern und Sozialversicherungsbeiträge werden durch Einsatz eines Einkommenssteuer- und Sozialversicherungsbeitragsmodells berücksichtigt.

Bei allen Ergänzungsvorschlägen, die sich hinsichtlich der genannten Untersuchungen nennen lassen, sollte jedoch nicht vergessen werden, dass die Teilnahmebereitschaft und damit die Repräsentativität durch eine Überfrachtung des Erhebungsinstrumentes gefährdet wird. So wird die ASID die Erhebung der Belastung des älteren Bevölkerungsteils durch indirekte Steuern und Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall kaum leisten können. Alle Einnahmen und Ausgaben der Haushalte werden aber im Rahmen der amtlichen Statistik (Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) in einem aufwendigen Verfahren durch Anschreibungen der Haushalte in Haushaltsbüchern gewonnen. Damit kann neben der Zusammensetzung des Haushaltseinkommens – in Bezug auf Alterseinkommen allerdings nicht so differenziert wie in der ASID – auch die Struktur und Höhe der Aufwendungen für den privaten Verbrauch und sonstige Ausgaben sowie die Ersparnisbildung im Detail nachgewiesen werden.

Ungleiche Verteilung des Privatvermögens

Es trifft zu, dass das Privatvermögen in Deutschland ungleichmäßig verteilt ist. Eine Betrachtung der Daten der Einkommens- und Verbraucherstichproben über einen Zeitraum von drei Jahrzehnten zeigt aber auch, dass die Verteilung langfristig gleichmäßiger geworden ist.

Wie im Bericht zutreffend dargestellt wird, ist das verfügbare Einkommen ein sehr wichtiger Bestimmungsfaktor für die Vermögensbildung. Daneben haben Alter und Haushaltsgröße großen Einfluss auf die Höhe des Vermögens. Denn Vermögensbildung ist grundsätzlich ein langfristiger Prozess, der mit dem Lebenszyklus einhergeht, und mit der Größe eines Haushalts wachsen sowohl teilweise die Möglichkeiten als auch oftmals die Notwendigkeit und die Motivation zum Sparen.

Die Bundesregierung teilt die Auffassung der Kommission, dass Vermögenseinkünfte im Alter gegenwärtig im Durchschnitt bei der Alterssicherung im Vergleich zu den Renten der gesetzlichen Rentenversicherung eine untergeordnete Rolle spielen. Dem widerspricht nicht, künftig verstärkt die kapitalgedeckte Altersvorsorge zu fördern, um Sicherungslücken zu schließen.

3.3. Sozialhilfebezug im Alter

Sozialhilfe bekämpft Armut

Der im Bericht der Sachverständigenkommission vorgenommenen Gleichsetzung des Bezugs von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen (HLU) von Personen im Rentenalter mit Armut im Alter muss widersprochen werden. Die Sozialhilfe bekämpft Armut. Wer die ihm zustehenden Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nimmt, kann nicht nur seine Existenz sichern, sondern auf niedrigem Niveau auch am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Als arm können im Gegenteil Personen angesehen werden, die Anspruch auf Sozialhilfe haben, diesen Anspruch aber nicht geltend machen. Vor allem ältere Menschen verzichten oftmals auf bestehende Sozialhilfeansprüche, weil sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten. Dies ist einer der Hauptgründe für verschämte Altersarmut.

Fortentwicklung des Sozialhilferechts

Die Vorschläge der Kommission gehen in die gleiche Richtung wie die von der Bundesregierung geplante Fortentwicklung des Sozialhilferechts im Rahmen der Rentenreform. Denn zu den Zielen der Reform gehört es auch, die verschämte Altersarmut zu bekämpfen. Um die Inanspruchnahme von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen für hilfebedürftige Personen über 65 Jahre zu erleichtern, soll deshalb das Sozialhilferecht bei dieser Hilfeart durch einen Verzicht auf den Unterhaltsrückgriff gegenüber Kindern und Eltern der genannten Hilfeempfänger sowie durch eine Pauschalierung der einmaligen Leistungen fortentwickelt werden. Um darüber hinaus bei diesen Personen bereits im Vorfeld die Hemmschwellen gegenüber der Inanspruchnahme von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen abzubauen, ist vorgesehen, dass die Sozialämter spezielle zielgruppenorientierte Beratungs- und Betreuungsangebote zur Verfügung stellen. Außerdem sollen die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzliche Serviceleistungen für über 65-jährige Altersrentnerinnen und -rentner anbieten. Die neu vorgesehenen Serviceleistungen umfassen neben der Versendung von Informationen sowie einer Erstberatung über die Ausgestaltung der Ansprüche auch die Annahme von Anträgen auf Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen sowie deren Weiterleitung an das zuständige Sozialamt.

Beim Sozialhilfebezug, der „bekämpften Armut", hat es im langjährigen Vergleich eine deutliche Verschiebung in der Altersstruktur gegeben. Bezieherinnen und Bezieher von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Alter von 65 und mehr Jahren, die in den Sechzigerjahren etwa ein Viertel der Hilfeempfängerinnen und Hilfeempfänger ausmachten, sind 1998 in vergleichsweise geringem Maße auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen: im früheren Bundesgebiet waren es 164 402 Empfängerinnen und Empfänger bzw. 6,7 % aller HLU-Empfängerinnen und -Empfänger außerhalb von Einrichtungen. In den neuen Ländern spielt die Gruppe älterer Sozialhilfeempfänger aufgrund der bis Mitte der Neunzigerjahre erfolgten kräftigen Rentenanpassungen und der zeitlich befristeten Übergangsregelungen eine noch geringere Rolle (10 094 Empfänger in dieser Altersgruppe bzw. 2,4 % aller HLU-Empfängerinnen und -Empfänger außerhalb von Einrichtungen). Der deutliche Rückgang in dieser Empfängergruppe ist generell darauf zurückzuführen, dass der Bedarf älterer Menschen in zunehmendem Maße aus Einkünften der Rentenversicherung gedeckt wird. Die Sozialhilfedichte, gewissermaßen das „Sozialhilferisiko", war daher bei Hilfeempfängern im Rentenalter mit 1,3 Prozent noch nicht einmal halb so hoch wie die der gesamten Wohnbevölkerung mit 3,5 Prozent.

Ältere allein lebende Frauen

Innerhalb der Sozialhilfe ist nur die Personengruppe der älteren, allein lebenden Frauen trotz ihrer Rentenbezüge weiterhin in nennenswertem Maße auf Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. 28 Prozent der allein lebenden Frauen mit HLU-Bezug in Deutschland sind im Rentenalter, während von den Haushaltsvorständen aller übrigen Bedarfsgemeinschaften lediglich 4,2 % dieser Altersgruppe angehören. Obwohl sie überwiegend eigene Einkünfte haben (vor allem Altersrenten und Hinterbliebenenrenten), reichen diese Einkünfte zur Deckung des Bedarfs nicht aus. Die Angewiesenheit auf (ergänzende) Hilfe zum Lebensunterhalt ist (altersbedingt) nicht nur vorübergehend: Mit 40,9 Monaten ist die durchschnittliche Bezugsdauer der Hilfe bei allein lebenden Frauen mit Abstand am längsten.

Dennoch zeigt sich auch im Langfristvergleich bei älteren Frauen mit Sozialhilfebezug eine unerwartete Entwicklung, die die These nicht stützt, dass von Bedürftigkeit im Alter über die Jahre hinweg zunehmend mehr Frauen betroffen seien. Bei den über 65-Jährigen im früheren Bundesgebiet sank die Zahl der Empfängerinnen von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen in den letzten 10 Jahren um 20 Prozent auf etwa knapp 117 000 Ende 1998. Bei den männlichen Empfängern dieser Leistung stieg dagegen die Zahl im gleichen Zeitraum um 37 Prozent auf beinahe 48 000 Personen an.

Auch aus der Tatsache, dass das Sozialhilferisiko bei Frauen unter den über 65-Jährigen mit 1,5 % höher liegt als bei Männern gleichen Alters (1,0 %), sollte nicht der vorschnelle Schluss gezogen werden, „Bedürftigkeit im Alter sei weiblich". Der Frauenanteil unter den Senioren in der Wohnbevölkerung beträgt 61 % gegenüber 71 % unter den Sozialhilfeempfängern gleichen Alters. Aufgrund der höheren Lebenserwartung gibt es mehr ältere Frauen als Männer unter den 65-Jährigen und älteren. Diese Beobachtung spiegelt sich zwangsläufig auch im Sozialhilfebezug wider, sodass nur ein geringer Anteil als „echter" Frauenüberhang bei den älteren Sozialhilfebeziehern interpretiert werden kann. Überwiegend sind demographische Effekte für das deutliche Übergewicht von älteren Frauen mit Sozialhilfebezug verantwortlich.

4. Teilhabe älterer Menschen am familiären und sozialen Leben

4.1. Innerfamiliäre Generationen- und Solidarbeziehungen

Vielfältige Familienformen

Familie hat für Menschen heute wie zu früheren Zeiten große Bedeutung. Wer aber zur Familie gehört und was unter Familie verstanden wird, hängt stark von der jeweiligen gesellschaftlichen Wirklichkeit ab. Die individuellen Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume in der Lebensplanung sind größer geworden. Dementsprechend ist die Gegenwart von einer großen Vielfalt der Familienformen geprägt.

Die Bundesregierung geht von der Vielfalt der Lebenswirklichkeit aus und akzeptiert, dass es in unserer Gesellschaft unterschiedliche Vorstellungen darüber gibt, was eine Familie ist, wer zu einer Familie gehört oder wie die Aufgaben in einer Familie verteilt sein sollen. Familienpolitik schafft die Rahmenbedingungen dafür, dass Menschen in unserer Gesellschaft ihr Familienleben nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten können.

Dynamische Familiennetze

Die ältere Generation gehört wie Eltern und Kinder zur Familie. Familie wird als dynamischer Prozess erfahren. Menschen werden in eine Familie hinein geboren, wachsen dort auf und bleiben einander ein Leben lang verbunden, auch dann, wenn sich ihre Herkunftsfamilie verändert, sie diese verlassen oder eine eigene Familie gründen. Im Lauf eines Lebens verändern sich die sozialen und familialen Netze eines jeden Menschen. Diese Netze haben für das ganze Leben eine wesentliche und prägende Bedeutung.

Die Verlängerung der Lebenserwartung führt dazu, dass noch nie so viele Generationen zu gleicher Zeit lebten wie heute. Viele Kinder erleben ihre Urgroßeltern ebenso wie ihre Großeltern. Diese Erfahrung wird ihr Leben anders prägen als das ihrer Eltern, die diese Erfahrung nicht hatten. Auf der anderen Seite wird es in Zukunft immer mehr Familien geben, in denen relativ vielen Mitgliedern älterer Generationen relativ wenige jüngerer Generationen gegenüberstehen. Aufgrund des Geburtenverhaltens nimmt die Wahrscheinlichkeit, Großeltern zu werden, ab.

Ambivalenz der Familienbeziehungen

Familienbeziehungen sind nicht nur bestimmt durch Liebe, Sympathie und Solidarität, sondern weisen in besonderer Weise Ambivalenzen auf, die in einer freiheitlichen Gesellschaft mit vielen Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung zugelassen und gestaltet werden können.

4.1.1 Bedeutung der Familien- und Haushaltstrukturen für das Zusammenleben der Generationen

Lange Zeit war die Sicht – vor allem der Wissenschaft – auf die so genannte „Kernfamilie", auf Vater, Mutter, Kind beschränkt. Erst allmählich kamen auch die ältere Generation und die Seitenverwandten in den Blick.

Haushaltübergreifende Familienzusammenhänge

Die Konzentration des Familienverständnisses auf die in einem Haushalt zusammen wohnende und wirtschaftende Familiengemeinschaft wurde und wird auch durch die amtliche Statistik gestützt. Für sie ist der Haushalt die Erhebungseinheit. Familienzusammenhänge, die über die Haushaltsgrenzen hinausreichen, werden dagegen nicht erfasst.

Lebensvorstellungen im Wandel

Mit zunehmendem Wohlstand haben sich aber die Lebensvorstellungen und damit einhergehend die Wohnformen verändert: Junge und auch alte Menschen ziehen häufig eine eigene Wohnung dem Leben im Familienverband vor. Der so entstandene Schwund der Mehrgenerationenhaushalte wurde in der Vergangenheit vielfach beklagt und als Verlust von Beziehungen und Zusammenhalt zwischen den Generationen gedeutet, ohne weiter der Lebenswirklichkeit nachzugehen.

Ergebnisse des Projekts „Familiensurvey"

Um diesen Mangel zu beheben, wurde auf Veranlassung des damaligen Familienministeriums zusammen mit dem Deutschen Jugendinstitut der „Familiensurvey" ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um eine Untersuchung des Zusammenlebens in Familien, die nicht an den Haushaltsgrenzen halt macht. Der Familiensurvey zeigte erstmals, dass die gemeinsame Wohnung und der gemeinsame Haushalt nicht Voraussetzung für intensive Beziehungen zwischen den Generationen sind, sondern dass über Haushaltsgrenzen hinweg ein regelmäßiger Austausch zwischen den Generationen stattfindet.

Für den Zusammenhalt der Generationen kommt es nur bedingt auf den Haushaltszusammenhang an. Soweit ältere Menschen Kinder haben, wohnt mindestens eins dieser Kinder bei mehr als zwei Drittel der 70- bis 85-Jährigen im selben Ort. In der Regel kümmern sich diese Kinder oder, falls keine Kinder vorhanden sind, andere Verwandte um die allein lebenden älteren Menschen.

Innere Nähe bei äußerer Distanz

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass, wenn die Kinder erwachsen sind, über weite Strecken der Eltern-Kind-Beziehung eine hohe Gleichwertigkeit in den intergenerationellen Beziehungen erlebt und gelebt wird. Die mittlere und ältere Generation wünscht eine Form des Miteinanders, die sich durch die Formel „innere Nähe bei äußerer Distanz" charakterisieren lässt. Bei beiden Generationen besteht zum einen das Bedürfnis nach zwischenmenschlichen Beziehungen (im Sinne von Nähe) und zum anderen das Bedürfnis nach Autonomie (im Sinne von Distanz).

Persönliche Verlässlichkeit trotz Mobilitätsanforderungen

Die größere Mobilität der Menschen und die weitere Flexibilisierung der Lebensplanung werden nicht unbedingt zu nachlassender Verbindlichkeit zwischen den Generationen führen. Die Familienforschung stellt überrascht fest, dass auch in einer offenen Gesellschaft mit einer geringeren Verbindlichkeit von Normen Individuen nicht beliebig und willkürlich handeln. In Bezug auf ihre persönlichen Beziehungen neigen sie vielmehr dazu, ein hohes Maß an Langfristigkeit als Grundlage der eigenen Beziehungsmuster anzustreben.

Vielfältige Alt-Jung-Beziehungen

Auch im höheren Alter werden umfangreiche Beziehungen zur nachwachsenden Generation vorgefunden. Soziale Beziehungen, und das gilt vorwiegend für Frauen, orientieren sich im Lebensverlauf nicht notwendigerweise am Familienstand oder am Alleinleben. Insbesondere hinsichtlich der Kinder und Enkel werden sie auch dann aufrechterhalten, wenn die Partnerschaft in die Brüche geht.

4.1.2 Hilfe- und Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen

Innerfamiliare Solidarität

Solidarität in den Familien ist heute keine Illusion. Generationenkonflikte in den Familien sind heute seltener als früher, als man finanziell völlig von der anderen Generation abhängig war. Viele Untersuchungen bestätigen, dass heute innere Bande (Gemeinsamkeiten, gegenseitige Anteilnahme, Füreinander-Einspringen, Miteinander) vielfach äußere Bande (finanzielle Abhängigkeit, Sorge um den so genannten „guten Ruf" in der Nachbarschaft) ersetzt haben. Selten findet man einen „gezwungenen Zusammenhalt bei innerer Leere", meistens ein überzeugtes inneres Zueinander-Stehen.

Generationenübergreifende Hilfebeziehungen

Zwischen den Generationen bestehen vielfältige Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen. Sie sind in den seltensten Fällen einseitig gestaltet, sondern lassen eine gewisse, von den

Einzelnen auch so empfundene Reziprozität zwischen den Leistungen der Generationen füreinander erkennen. So leistet die ältere sehr häufig materielle Unterstützung an die jüngere Generation, während die jüngere Generation der älteren instrumentelle Hilfe und emotionalen Zuspruch gibt.

Gegenseitige Hilfeleistungen können auch mit vielfachen gegenseitigen Abhängigkeiten und widersprüchlichen Empfindungen verbunden sein. So erweisen sich auf der einen Seite die Hilfeleistungen innerhalb von Familien immer noch als besonders verlässlich. Auf der anderen Seite können sie zu Abhängigkeiten führen, die als besonders belastend empfunden werden.

Beispielsweise kommt Großeltern bei der Sicherung der Kinderbetreuung in vielen Fällen, insbesondere auch bei Alleinerziehenden, eine wesentliche Bedeutung zu. Hierbei kann es vor allem dann zu Unzuträglichkeiten führen, wenn die Vorstellungen über die Kindererziehung zwischen den Generationen erheblich auseinander liegen. Die jungen Eltern können aber mangels eines angemessenen öffentlichen Kinderbetreuungsangebots nicht auf die Unterstützung durch die eigenen Eltern verzichten.

Frauen besonders eingebunden

Umgekehrt erfahren auch hilfe- und pflegebedürftige Eltern in besonderem Maße ihre Abhängigkeit von den Versorgungsleistungen der eigenen Kinder und müssen sich Vorstellungen fügen, die nicht die ihren sind. Dabei sind es überdurchschnittlich Frauen, die derzeit bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit intergenerationelle Solidarität üben. Diese traditionellen Verteilungsmuster von Pflegeaufwand und -belastungen sollten zukünftig zugunsten einer partnerschaftlichen Aufgabenteilung zwischen den Geschlechtern verändert werden und vermehrt Männer in diese wichtigen sozialen Tätigkeiten einbeziehen.

Für die Politik ist es wesentlich, die familiale Realität in ihrer Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit zur Kenntnis zu nehmen. Weder dürfen familiale Unterstützungsleistungen übersehen oder verkannt werden, noch dürfen Familien durch mangelnde öffentliche Unterstützung und Versorgung in ihrer Leistungsbereitschaft überfordert werden.

4.1.3. Bedeutung der Generationsbeziehungen für die Kultur

Familienkultur

Familien- und Generationsbeziehungen spielen aber nicht nur bei der Versorgung, Betreuung und der Erledigung von Familienaufgaben eine Rolle, sondern sie haben eine große Bedeutung für die Familienidentität und die Entwicklung einer Familienkultur. Im Fünften Familienbericht wird erstmals auf die Rolle der Familie bei der Bildung des Humanvermögens einer Gesellschaft hingewiesen.

Bildung von Humanvermögen

Unter Humanvermögen wird zum einen die Ausbildung jener Fähigkeiten und Einstellungen verstanden, die junge Menschen in die Lage versetzen, von dem Bildungs- und Ausbildungsangebot zu profitieren, das die Gesellschaft für sie bereit hält. Zum anderen sind es jene Fähigkeiten und Einstellungen, die jungen Menschen ermöglichen, sich in die Gemeinschaft als nützliche Mitglieder einzubringen.

Wertvolle Großeltern-Enkel-Beziehungen

Das Bedürfnis von Kindern und Jugendlichen nach authentischer Begegnung mit Erwachsenen richtet sich nicht nur auf die Eltern, sondern auch auf die ältere Generation. Durch die kontinuierliche Kommunikation zwischen Älteren und Jüngeren in Familien vollziehen sich Lernprozesse des Mit- und Gegeneinander und festigen sich Beziehungen zwischen den Generationen. Dabei sind die Beziehungen zwischen den Generationen durchaus vielschichtig.

Viele Untersuchungen belegen, dass Großeltern und Enkel meist einen guten Kontakt haben und Verständnis füreinander zeigen. Großeltern tolerieren bei ihren Enkeln auch weitgehend manches, was zu ihrer Zeit undenkbar gewesen wäre: z. B. in Bezug auf Partnerschaft, Sexualität, Kleidung, religiöse oder politische Einstellungen.

Manche Wert- und Lebensvorstellungen der älteren Generation werden von der jüngeren Generation eher distanziert und kritisch betrachtet. Dies ist wichtig, um jungen Menschen Identitätsfindung und Auseinandersetzung mit den neuen Erfordernissen der Umwelt zu ermöglichen.

Andererseits erweitert die Auseinandersetzung mit der jüngeren Generation auch die Erlebniswelt der Älteren. Sie verhindert eine Stagnation in der Entwicklung, das Verharren in der Vergangenheit, erschließt neue Perspektiven und erleichtert auch den Älteren eine aktive Teilhabe an Gegenwart und Zukunft.

Geglückte Beziehungen zwischen den Generationen können den persönlichen Erfahrungsraum über das individuelle Lebensalter hinaus erweitern. Deshalb gehört es zu den wichtigen politischen Aufgaben, diesen Austausch zwischen den Generationen auch da zu fördern, wo er nicht mehr wie selbstverständlich in der eigenen Familie erfahren werden kann.

4.1.4. Ältere Menschen ausländischer Herkunft

Hohe Bedeutung der Integration älterer Migrantinnen und Migranten

Die Sachverständigenkommission befasst sich unter verschiedenen Gesichtspunkten mit der Integration älter werdender und älterer Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik Deutschland. Dem misst auch die Bundesregierung deshalb besondere Bedeutung zu, da in den kommenden Jahren mit einem überproportionalen Anstieg dieser Bevölkerungsgruppe zu rechnen ist. Politik und Gesellschaft müssen sich hierauf einstellen.

Neue Anforderungen angesichts veränderter Verhaltensmuster

Bisher konnten ältere Menschen ausländischer Herkunft in hohem Umfang auf die Unterstützung muttersprachlicher informeller Netzwerke zurückgreifen, wenn sie beschlossen, ihren Lebensabend in der Bundesrepublik Deutschland zu verbringen. Durch die stärkere Angleichung der Lebensentwürfe der Migrantinnen und Migranten der zweiten und dritten Generation an deutsche Lebensformen, insbesondere durch die steigende Teilnahme von Frauen an der Erwerbstätigkeit, stellen sich jedoch neue Anforderungen an die sozialen Netzwerke, sodass eine innerfamiliäre Betreuung im Alter nicht mehr ohne weiteres vorausgesetzt werden darf.

Unterbewertung der Leistungen von Frauen – neue Untersuchung

Die hierbei insbesondere von Frauen geleistete Arbeit ist in der bisherigen familien- und migrationspolitischen Debatte eher zu gering geschätzt worden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird deshalb in Kürze eine repräsentative Untersuchung zur „Situation der ausländischen Mädchen und Frauen sowie der Aussiedlerinnen in Deutschland" in Auftrag geben. Die Untersuchung soll Integrationserfahrungen und -wahrnehmungen aus Sicht und Einschätzung der Betroffenen mit dem Ziel erheben, auftretende Probleme und Versuche zu deren Bewältigung sowie Voraussetzungen zur sozialen Integration zu analysieren und Lösungswege aufzuzeigen. Eine im Rahmen dieses Projektes vorgesehene qualitative Studie zur Lebenssituation älterer alleinstehender ausländischer Frauen wird sich speziell mit dieser größer werdenden Gruppe befassen. Auf diesem Wege wird es auch besser möglich sein zu erkennen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um älteren Ausländerinnen und Ausländern auch unter sich verändernden familiären und sozialen Bedingungen ein integriertes Leben in der Bundesrepublik Deutschland zu ermöglichen.

Projekte der Bundesregierung

Bereits heute fördert das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf dem Projektwege insbesondere Maßnahmen der Informationsvermittlung mit dem Ziel, eine die selbstbestimmte Lebensführung stärkende Selbstorganisation älterer Migrantinnen und Migranten mit abzusichern. So gibt beispielsweise die „Datenbank Migration: Projekte und Kontaktadressen" Aufschluss über Adressen und Initiativen von und mit ausländischen Seniorinnen und Senioren.

4.2. Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement und Selbstorganisation älterer Menschen

Ältere Menschen besitzen Gemeinschaftssinn

Der Sachverständigenbericht würdigt zu Recht die von älteren Menschen freiwillig erbrachten Leistungen und Hilfen. Die Übernahme von Verantwortung und die Ausübung freiwilliger, ehrenamtlicher Tätigkeiten in Kommune, Nachbarschaften, Vereinen, Verbänden und Organisationen bedeuten einen herausragenden Beitrag zur Solidarität in der Gesellschaft. Ältere Menschen zeigen damit einen hohen Gemeinschaftssinn. Die Zahl der von älteren Menschen gegründeten und getragenen Initiativen gemeinnütziger Zielsetzung hat sich seit 1992 insgesamt mehr als verdreifacht.

Veränderung der Motivationslage

Die Motivation für ehrenamtliches Engagement unterliegt unterdessen seit einer Reihe von Jahren großen Veränderungen. Im Vordergrund stehen nicht mehr ausschließlich Altruismus oder karitative Motive, vielmehr ist zunehmend der Wunsch nach einem Gewinn für das eigene Leben mitbestimmend. Man möchte einerseits nützlich sein und Verantwortung übernehmen, andererseits aber auch persönliche Befriedigung erfahren. Im Hinblick auf die Ausübung einer freiwilligen Arbeit stehen die Chancen zur Mitgestaltung, die freie Zeiteinteilung und die erwartete Anerkennung für die erbrachte Leistung an oberster Stelle.

Auch Wünsche nach Kontakten, nach Erfahrungsaustausch oder nach eigener Weiterbildung sind oft Grundlage für Selbsthilfeinitiativen, freiwilliges Engagement und ehrenamtliche Tätigkeiten. Von besonderer Bedeutung sind generationenverbindende Projekte, in denen ältere Menschen ihre persönlichen Potenziale, ihr Wissen und ihre Lebenserfahrung einbringen können. Die Weitergabe von Erfahrungswissen ist ein wertvoller Beitrag zur Zukunftsgestaltung und zum sozialen Miteinander.

Förderanstrengungen der Bundesregierung

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert in vielfältiger Form freiwilliges Engagement und ehrenamtliche Arbeit älterer Menschen. Unterstützt werden bundesweit modellhafte Einzelprojekte und die Interessenvertretung älterer Menschen durch z. B. die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), die Bundesseniorenvertretung oder die Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros. Daneben wird die Durchführung von Tagungen, Konferenzen, Forschungsvorhaben sowie die Erstellung von Informationsangeboten (z. B. Initiativendatenbank im Internet) gefördert.

Multiplikatorenprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen"

Herausragende Bedeutung für die gesellschaftliche Einbindung der Potenziale älterer Menschen wird in den nächsten Jahren das derzeit beginnende Multiplikatorenprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen" (EFI) besitzen. Zielsetzung des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ins Leben gerufenen Programms ist es, das Erfahrungswissen älterer Menschen in unserer Gesellschaft zu stärken und vermehrt einzusetzen. Hierdurch soll auch die Weitergabe von Wissen zwischen den Generationen gefördert werden. Das Programm ist ein Beitrag zur Neuformulierung der gesellschaftlichen Stellung älterer Menschen und die Anerkennung ihrer gesellschaftlichen Leistung. Zur Umsetzung des Programms ist vorgesehen, ein Tätigkeitsfeld „seniorTrainerin bzw. seniorenTrainer" zu schaffen. Aufgabe einer seniorenTrainerin bzw. eines seniorTrainers ist die fachliche Unterstützung, Beratung und Begleitung von ehrenamtlichen Initiativgruppen. Das Dienstleistungsangebot der seniorenTrainerin bzw. des seniorTrainers soll über Seniorengruppen hinaus grundsätzlich Initiativen jeden Alters zur Verfügung stehen.

Als seniorTrainerin bzw. seniorTrainer werden Menschen im Übergang (Vorruhestand, Altersteilzeit) oder im Anschluss an die Erwerbsphase bzw. die aktive Familienphase gewonnen werden. Zur Ausübung von Vortrags-, Lehr- oder Tutorentätigkeiten bei örtlich tätigen Freiwilligeninitiativen sind ältere Expertinnen und Experten angesprochen, die spezifische Erfahrungen aus ihrem beruflichen Kontext mitbringen. Ihnen wird für die Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Initiativen eine Zusatzqualifikation angeboten. Gleichzeitig sind erfahrene Ehrenamtliche angesprochen, die ebenfalls geschult werden können. Das Programm „Erfahrungswissen für Initiativen" wird im Jahr 2001 beginnen.

4.3. Weiterbildung für ältere Menschen

Lebenslanges Lernen

Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Sachverständigenkommission, dass schon bei den heutigen älteren Generationen ein relativ großes Interesse an institutionalisierten Bildungsangeboten besteht und dieses Interesse bei den künftigen Generationen älterer Menschen noch stärker ausgeprägt sein wird.

Neben den altersübergreifenden Bildungsangeboten sind auch die spezifischen Angebote für ältere Menschen von Bedeutung. Sie tragen einem Bedürfnis vieler älterer Menschen Rechnung, im Kreis Gleichaltriger ohne Leistungsdruck und Konkurrenzängste zu lernen. Zu erwähnen sind auch die zunehmend entstehenden Seniorenakademien und andere selbstorganisierte Bildungsangebote, in denen Ältere nicht nur als Lernende, sondern auch als Lehrende mitwirken und ihre Lernprozesse selbst organisieren und gestalten.

Forschungsprojekt „Bildung im Alter"

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Forschungsprojekt „Bildung im Alter" wird in Kürze abgeschlossen. Damit wird erstmals eine umfassende repräsentative Bestandsaufnahme der außeruniversitären Bildung älterer Menschen – einschließlich selbstorganisierter Bildungsangebote – auf der Nachfrage- und Angebotsseite vorliegen. Über die Beschreibung des Ist-Zustandes hinaus erfolgt auch eine Abschätzung des künftigen Bildungsbedarfs Älterer. Eine wesentliche Frage dabei ist, welche Auswirkungen der demographische und soziale Wandel sowie die Bildungsinfrastruktur auf die Nachfrage- und Angebotsentwicklung haben werden.

Ein für die Zukunft unseres Landes wichtiges Ziel der Bundesregierung ist eine umfassende Verbreitung des Bewusstseins über die Notwendigkeit lebenslangen Lernens. Mög-

lichst alle Bürgerinnen und Bürger sollten zu einer aktiven Lernhaltung, d. h. zu einer selbstständigen und regelmäßigen Erschließung und Nutzung von Lerngelegenheiten, motiviert und befähigt werden.

Ältere Menschen bilden eine wichtige und aufgrund der demographischen Entwicklung ständig wachsende Zielgruppe der Erwachsenenbildung. Schon heute sind über 25 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Volkshochschulkursen älter als 50 Jahre. Die von älteren Menschen bevorzugten Themen der Weiterbildung sind Sprachen, Gesundheit, Kunst und Kultur sowie Politik.

Die Bundesregierung unternimmt unterschiedliche Anstrengungen, um die Chancen zur Weiterbildung im Alter zu erweitern.

Schulungsangebote für die Verbandsarbeit

In Anlehnung an das Multiplikatorenprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen" und unter Nutzung der dort entstehenden Infrastruktur sieht das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vor, zentrale Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren der Verbandsarbeit zu entwickeln. Die Teilnehmenden sollen befähigt werden, ihre Kenntnisse und Erfahrungen bis auf die örtliche Ebene der Verbandsorganisation weiterzuleiten. In die Vorbereitung von Fortbildungskursen für Leitungspersonen in Vereinen und Verbänden wird die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) einbezogen.

Ältere Menschen sind „Lernende und Lehrende"

Zur Entwicklung und Erprobung spezifischer Weiterbildungskonzepte unter Berücksichtigung der besonderen Lern- und Bildungsbedürfnisse älterer Menschen wurden vom Bundesministerium für Bildung und Forschung in den letzten Jahren ca. 12 Mio. DM eingesetzt. Dabei wurde das auch von der Sachverständigenkommission unterstrichene Erfordernis zur differenzierten Sichtweise des Alters nachdrücklich herausgearbeitet: auch in ihren Fortbildungsbedürfnissen sind ältere Menschen keine homogene Zielgruppe sondern bringen spezielle Lebens-, Arbeits- und Berufserfahrungen mit. Moderne Konzepte der Erwachsenenbildung zeichnen sich ferner dadurch aus, dass ältere Menschen nicht nur als Ziel, als Konsumentinnen und Konsumenten spezifischer Maßnahmen angesehen, sondern gleichzeitig als „Lernende und Lehrende" akzeptiert werden müssen.

Weiterbildung älterer Arbeitnehmerschaft

In den letzten Berufsjahren kann Weiterbildung dazu beitragen, die Tätigkeit der älteren Arbeitnehmerschaft im Betrieb für sie selbst befriedigend und für den Betrieb produktiv aufrecht zu erhalten. Ältere Menschen, die vorzeitig in den Ruhestand versetzt werden, haben aufgrund dieser spezifischen Problemlage besondere Bildungsbedürfnisse. Hieran müssen Bildungsmaßnahmen anknüpfen, um vorhandene Lern- und Selbsthilfepotenziale zu stimulieren. Weiterbildung und lebenslanges Lernen können einen wertvollen Beitrag dazu leisten, dass die mit dem sozialen Wandel verbundenen Anforderungen an das Leben nach der Erwerbsarbeit besser bewertet werden und dass die Betroffenen ihr Leben aktiv gestalten und neue Aktivitäten entfalten.

Studienführer für Senioren

Im Bereich der wissenschaftlichen Weiterbildung älterer Menschen hat die Bundesregierung erstmals einen „Studienführer für Senioren" erarbeiten lassen und herausgegeben. Der Studienführer erfreut sich großer Nachfrage, sodass nach der erstmaligen Auflage weitere Hochschulen Angebote für ein Studium im Alter entwickelt haben. Mittlerweile gibt es in der Bundesrepublik Deutschland über 40 Hochschulen mit Studienangeboten für ältere Menschen. Das Training geistiger Fähigkeiten, die Erweiterung von Allgemeinwissen und aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind dabei ebenso wichtige Motive wie die Aneignung neuer persönlicher Kompetenzen.

5. Ältere Menschen in ihrer örtlichen Lebensumwelt

Bedarfsgerechtes Wohnen

Die Sachverständigenkommission zur Erstellung des Dritten Altenberichts bestätigt noch einmal die Ausführungen des Zweiten Altenberichts von 1997 zum Thema „Wohnen im Alter". Sie analysiert das Wohnen als räumliche Umwelt und das Wohnumfeld als infrastrukturelle Umwelt mit ihrer erheblichen Bedeutung für die Lebensqualität im Alter. In diesem Zusammenhang wird das betreute Wohnen in den verschiedenen Formen als bedarfsgerechte Alternative zu anderen Wohnformen im Alter dargestellt und besonders auf die Probleme in Verbindung mit der Einstufung in das Heimgesetz verwiesen. Zutreffend wird dabei festgestellt, dass sich eine breitenwirksame Politik im Schwerpunkt auf den normalen Wohnungsbau zu konzentrieren hat. Wohnungszuschnitte, Barrierefreiheit von

Wohnungen und Wohnumfeld sowie die Sicherung wohnungsnaher Dienstleistungs- und Hilfsangebote verdienen dabei besondere Aufmerksamkeit. Kompetente Wohnberatung beim Neubau wie bei Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen im vorhandenen Bestand sowie die Begleitung von Planungsprozessen auf örtlicher Ebene tragen wesentlich zur Umsetzung dieser Ziele bei.

5.1. Wohnen und Wohnumfeld

Erhöhte Wohnzufriedenheit in den neuen Bundesländern

Die in dem Bericht festgestellte wesentliche Verbesserung der Wohnungsausstattung mit Bad/WC/Zentralheizung für die über 65-Jährigen in den östlichen Bundesländern und damit verbunden eine wesentliche Verbesserung der Wohnzufriedenheit ist nicht zuletzt auf die vielfältigen Förderungsprogramme des Bundes und der Länder seit 1990 zugunsten von Modernisierungsmaßnahmen in den Wohnungsbeständen und des Neubaus von Wohnungen zurückzuführen. Noch vorhandene Unterschiede in der Wohnungsausstattung zwischen den neuen und alten Bundesländern sollen weiter vermindert werden. Der Schwerpunkt der Förderung in städtebaulichen Erneuerungsgebieten und im Wohnungswesen liegt deshalb auch mit dem Entwurf zum Bundeshaushaltsplan 2001 in den neuen Ländern.

Reform des Wohnbaurechts

Zudem hat die Bundesregierung eine Reform des Wohnungsbaurechts eingeleitet, um den Sozialen Wohnungsbau auch im Hinblick auf die besonderen Wohnbedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen zielgenauer auszugestalten und zu einer sozialen Wohnraumförderung weiterzuentwickeln. Vor dem Hintergrund eines entspannten Wohnungsmarktes sollen staatliche Maßnahmen der Wohnungsbauförderung, an der sich der Bund auch weiterhin mit Finanzhilfen beteiligen wird, bedürftige Haushalte unterstützen, deren Wohnraumversorgung nicht oder nicht ausreichend durch den Wohnungsmarkt sichergestellt werden kann, und die Bildung selbstgenutzten Wohneigentums erleichtern.

Die Verbesserung der Wohnberatung, wie sie die Kommission fordert, spielt auch für eine individuelle Wohnungsanpassung nach dem Bedarf der Älteren mit spezifischen Einschränkungen eine wichtige Rolle. Auch wenn eine Vorschrift zur Wohnungsanpassung als Vorbedingung jeglicher öffentlicher Förderung kurzfristig kaum durchsetzbar ist, könnte die Vorreiterfunktion des Sozialen Wohnungsbaus dazu genutzt werden, barrierefreien Bauweisen auch im freifinanzierten Wohnungsbau zu mehr Akzeptanz zu verhelfen. Daher soll im Rahmen der für diese Legislaturperiode anstehenden Reform des Wohnungsbaurechts dem Anliegen des barrierefreien Bauens durch Aufnahme eines entsprechenden Fördergrundsatzes Rechnung getragen werden. Darüber hinaus soll für bauliche Maßnahmen, die auf eine Berücksichtigung dieser spezifischen Einschränkungen ausgerichtet sind, eine zusätzliche Förderung gewährt werden.

Gute Quartierstrukturen erhöhen die Teilhabechancen im Alter

Als eine wichtige Voraussetzung für Wohnqualität, aber auch für Selbstständigkeit und gesellschaftliche Teilhabe im Alter betont die Kommission die Bedeutung des Wohnumfeldes noch stärker als im Zweiten Altenbericht. Zu den vielfältigen und in ihren unterschiedlichen Funktionen gemischten Quartiersstrukturen zählen insbesondere private und öffentliche Dienstleistungsangebote wie wohnungsnahe Einkaufsmöglichkeiten, medizinische Betreuung, Pflegedienste, aber auch Grünflächen und Erholungsmöglichkeiten, Freizeit- und Kultureinrichtungen. Besondere Aufmerksamkeit richtet die Bundesregierung deshalb auf die Verzahnung von Wohnungspolitik und Städtebau. Die Nutzungsmischung, also eine räumlich-funktionale Zuordnung von Wohnen und Arbeiten sowie von Infrastruktureinrichtungen, und die Erhaltung und Schaffung ausgewogener Bewohnerstrukturen sind gemeinsame wohnungs- und städtebaupolitische Ziele.

Eine an den Interessen älterer Menschen orientierte, vor allem in örtlicher Verantwortung umzusetzende Wohnungs- und Städtebaupolitik sollte von folgenden Zielen ausgehen:

- den Verbleib älterer Menschen in ihrer vertrauten Umgebung und Wohnung so lange wie möglich zu sichern,
- die Selbstständigkeit, selbstbestimmte Lebensführung und gesellschaftliche Mitgestaltung älterer Bürgerinnen und Bürger zu sichern und auszubauen,
- die Hilfe zur Selbsthilfe zu gewähren,
- die Möglichkeiten des Zusammenlebens aller Generationen soweit möglich zu fördern,
- das städtebauliche Instrumentarium und wohnungsbezogene Maßnahmen mit sozialen Programmen zu verbinden.

Die wohnungs- und städtebaulichen Anstrengungen sind vorrangig auf den Verbleib älterer Menschen in ihrer gewohnten räumlichen und sozialen Umgebung auszurichten. Von Bedeutung ist dabei künftig nicht nur die Gestaltung der Ebene der Wohnung bzw. des Gebäudes, sondern auch die Wohnzufriedenheit auf der Ebene des Wohnquartiers.

Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter"

Vor diesem Hintergrund hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Anregung der Sachverständigenkommission zur Erstellung des Zweiten Altenberichts aufgegriffen und das noch bis Ende 2001 laufende Modellprogramm „Selbstbestimmt wohnen im Alter" initiiert. Das Modellprogramm wird in gemeinsamer Verantwortung von Bund und Ländern durchgeführt und verfolgt das Ziel, einen bundesweiten Wissenstransfer über Fragen des Wohnens im Alter aufzubauen sowie einen breiten öffentlichen Diskurs hierüber anzuregen. Wohnen wird dabei nicht eingeschränkt auf bauliche Gegebenheiten gesehen, sondern bezieht die Lebensumwelt der älter werdenden Menschen gezielt ein. Planung und Beratung sollen nicht erst dann einsetzen, wenn eine Person hilfs- oder pflegebedürftig geworden ist, sondern bereits zu einem früheren Zeitpunkt präventiv erfolgen.

Aufbau von Koordinierungsstellen

Im Rahmen des Modellprogramms sind bisher zwölf Koordinierungsstellen aufgebaut worden, die älter werdende Menschen und ihre Angehörigen, Architekten, Anbieter von Wohnraum und Versorgungsleistungen sowie Städteplanern und kommunalen Entscheidungsträgern bei Fragen einer altersgerechten Wohnungs- und Wohnumfeldgestaltung beraten. Hierzu gehört auch die Vernetzung mit Gegebenheiten der Versorgung und Pflege sowie die Verknüpfung mit örtlichen Angeboten zur gesellschaftlichen Integration. Den einzelnen Koordinierungsstellen sind konzeptionelle Schwerpunkte zugeordnet. Technische Hilfen im Haushalt, Erhalt von aus der Sozialbindung fallenden Altenwohnungen, Umzugsmanagement oder der Aufbau von örtlichen Informationssystemen sind dafür wichtige Beispiele.

Betreutes Wohnen

Der Forderung der Kommission, Formen des Betreuten Wohnens sowohl zu fördern als auch kritisch zu begleiten, kann uneingeschränkt zugestimmt werden. Entsprechend dem Votum der Kommission wird im Rahmen der Novellierung des Heimgesetzes darauf verzichtet, das Heimgesetz generell auf Formen des Betreuten Wohnens auszuweiten. Vielmehr nimmt der am 1. November 2000 vom Bundeskabinett gebilligte Gesetzentwurf eine trennscharfe Abgrenzung des Anwendungsbereichs des Heimgesetzes vor. Durch ergänzende Auslegungsrichtlinien wird geklärt, bei welchen Projekten, die sich Betreutes Wohnen nennen, eine aus Sicht der Nutzerinnen und Nutzer bzw. Bewohnerinnen und Bewohner heimmäßige Situation vorliegt, die eine Unterstellung unter den Anwendungsbereich des Gesetzes erforderlich macht. Das „echte" Betreute Wohnen, bei dem der Vermieter lediglich allgemeine Betreuungsdienste, wie z. B. Notrufdienste oder Vermittlung von Pflegediensten anbietet, fällt auch zukünftig nicht unter das Heimgesetz. Zugleich wird die Entwicklung eines differenzierten, an den unterschiedlichen Bedürfnissen der älteren Menschen orientierten Angebots gefördert.

Projekt „Wunsch und Wirklichkeit beim betreuten Wohnen"

Um die angebotenen Wohn- und Versorgungsleistungen gegenüber Älteren stärker transparent zu machen und die Beratungsstellen bei ihrer Arbeit zu unterstützen, erarbeitet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf der Basis der Befragung von Nutzerinnen und Nutzern des Betreuten Wohnens im Rahmen des Projektes „Wunsch und Wirklichkeit beim betreuten Wohnen" ein Handbuch für Berater und einen Ratgeber für Verbraucher. Kooperationspartner dieses Verbundprojektes sind das Institut für angewandte Verbraucherforschung (IFAV), das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), die Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (VZ-NRW) sowie als federführende Stelle die Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV). Ergebnisse des Projektes werden voraussichtlich im Rahmen einer Fachtagung Anfang des Jahres 2001 vorgestellt.

5.2 Mobilität im Alter

Mobilität erhöht Lebenszufriedenheit

Der Bericht arbeitet zutreffend heraus, dass die außerhäuslichen Aktionsräume und die Zufriedenheit alter Menschen mit der Wohngegend wesentlich von den Möglichkeiten der Mobilität zur Erschließung des „Draußen" abhängt.

Insgesamt wirken bei älteren Menschen, die zudem oft mobilitätsbehindert sind, Zugangshemmnisse zum öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) vor allem dann deutlich schwerer als für jüngere Menschen, wenn individuelle Fahrmöglichkeiten nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr genutzt werden können.

Angleichung der Verhältnisse beim Öffentlichen Personennahverkehr

In den zehn Jahren seit der Herstellung der deutschen Einheit haben sich die Verhältnisse im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV), für die ausschließlich die Bundesländer und ihre Gebietskörperschaften zuständig und verantwortlich sind, in beiden Teilen Deutsch-

lands angeglichen. Die Bundesregierung hat im Herbst 1999 gegenüber dem Bundestagsausschuss für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen die Einzelheiten dazu im „Bericht der Bundesregierung über den Öffentlichen Personennahverkehr in Deutschland nach der Vollendung der deutschen Einheit" dargelegt. Die generelle Einschätzung, wonach der ÖPNV in der Fläche für die Nutzer in der Tendenz weniger befriedigend ist als der in den Ballungsräumen, gilt für alte wie neue Bundesländer gleichermaßen.

Angesichts der am 28. Juni 2000 im Kabinett beschlossenen Antwort der Bundesregierung auf die „Große Anfrage der Fraktion der CDU/CSU „Reform des Behindertenrechts" (BT-Drucksache 14/3681) sowie nach der im Deutschen Bundestag am 19. Mai 2000 einstimmig angenommenen Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung zur Behindertenpolitik (BT-Drucksache 14/2913) ist die Bundesregierung gehalten, „die Mobilität von Menschen mit Behinderungen, die Förderung sowie die Regelungen baulicher und fahrzeugbezogener Voraussetzungen für behindertengerechte öffentliche Verkehrsmittel, Arbeitsplätze, Wohnungen und des städtischen Umfeldes gemeinsam mit den Ländern weiterzuentwickeln." Die entsprechenden Initiativen werden – zusammen mit den bereits durch die Aufgabenträger und die Verkehrsunternehmen verwirklichten Maßnahmen – dazu beitragen, die außerhäusliche Mobilität gerade älterer Mitbürger sowie das Reisen im Alter zu verbessern.

Mit dem Forschungs- und Entwicklungsvorhaben des Bundesministeriums für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen „Ermittlung von Möglichkeiten zum Einsatz flexibler Bedienweisen für die Verbesserung der Mobilität alter Menschen – Erarbeitung eines anwendungsfähigen Lösungsmodells", das im Raum Hamburg durchgeführt wird, sollen neue Ansätze für Nahverkehrsangebote zugunsten älterer Menschen gefunden werden.

Die Erkenntnisse aus dem Forschungs- und Entwicklungsprojekt „Deutschlandweite Elektronische Fahrplan-Information (DELFI)" ermöglichen es den Kunden des Nah- und Fernverkehrs, umfassende Informationen über alle Verkehrsmittel und -unternehmen hinweg von Haus zu Haus zu gewinnen.

Das System, in das bundesweit sämtliche Medien, wie Telefon, Internet und Handy, ebenso eingebunden sind wie die Service-Stellen der DB AG und anderer öffentlicher Verkehrsbetriebe, ist nahezu vollständig flächendeckend ausgebildet; Erprobungsanwendungen sind erfolgreich verlaufen. Das umfassende Informationssystem kommt allen Nah- und Fernreisenden zugute; älteren und mobilitätsbehinderten Menschen nützt es aber bei der Reisevorbereitung und -abwicklung besonders.

Projekt CHIPTARIF

Mit dem Projekt CHIPTARIF, das gegenwärtig in einem Großversuch getestet wird, sollen auch die Tarifsysteme des ÖPNV vereinfacht werden. Hauptzweck ist aber: Ein automatisches System bucht auf einer einmal aufgeladenen Chipkarte die Fahrstrecke des Kunden und berechnet danach den günstigsten Fahrpreis. Gerade älteren Kunden, die öfter in verkehrsschwachen und damit tarifgünstigen Zeiten fahren wollen, erleichtert das „automatische System" die richtige Entgeltzahlung.

Neue Fahrzeugtechnik

Das Erscheinungsbild des ÖPNV wird mehr und mehr von Niederflurbussen und -straßenbahnen geprägt, die zusammen mit systembezogenen Haltestellen die Verkehrsangebote für alle Fahrgäste attraktiver und für ältere sowie mobilitätsbehinderte Menschen zugänglich und nutzbar machen. Neue Fahrzeuge im ÖPNV werden vorzugsweise in Niederflurtechnik beschafft, wobei sie in vielen Fällen mit weiteren, den Ein- und Ausstieg erleichternden Hilfsmitteln, wie seitlichen Absenkmöglichkeiten oder Rampen bzw. Hubliften, ausgestattet sind.

Bei der gegenwärtig beratenen „EU-Richtlinie für Busse mit fahrzeuggebundener Einstiegshilfe" geht es vor allem um die obligatorische Ausrüstung der Kraftomnibusse mit diesen Einstiegshilfen. Die Bundesregierung stimmt der beabsichtigten Ausrüstungsvorgabe zu.

Vorbehalte älterer Menschen aufgreifen

Im Mai 2000 hat die Bundesregierung die „Eckpunkte für einen leistungsfähigen und attraktiven öffentlichen Personennahverkehr" vorgelegt. Zusammen mit den Bundesländern wird derzeit an einem „Positionspapier zum öffentlichen Personennahverkehr" gearbeitet. Aus Untersuchungen sind die Vorbehalte und Qualitätsansprüche älterer Menschen gegenüber dem ÖPNV bekannt. Deshalb setzen sich die Bundesregierung und die zuständigen Landesregierungen zusammen mit den regionalen und örtlichen Verkehrsträgern und -unternehmen für seine weitere Verbesserung ein. Dabei ist allen Beteiligten – im Einklang

mit dem Bericht – bewusst, dass der motorisierte Individualverkehr auch zukünftig eine wichtige Rolle im Nahverkehr spielen wird – nicht zuletzt im ländlichen Bereich und bei älteren Menschen, bei denen die PKW-Verfügbarkeit weiter ansteigt.

Nutzung des Automobils

Von der technischen wie auch infrastrukturellen Gestaltung wird die verkehrssichere Nutzung des Kfz auch bei zunehmendem Lebensalter des Fahrers beeinflusst. So entwickelt die Industrie z. B. sog. „Fahrerassistenzsysteme", die das Fahren bequemer und vor allem dann auch sicherer machen, wenn Leistungsdefizite technisch kompensiert werden können. Die Verkehrssicherheitsarbeit der von der Bundesregierung mitfinanzierten Organisationen (Deutscher Verkehrssicherheitsrat, Deutsche Verkehrswacht, Bruderhilfe, ADFC, Kavalier der Straße und weitere kleinere Initiativen) ist im Wesentlichen darauf ausgerichtet, im präventiven Sinne auf ältere Menschen einzuwirken, um Leistungsdefizite selbstständig zu erkennen und kompensieren zu können. Defizite für Verkehrssicherheitsmaßnahmen und -botschaften werden allerdings bei der Erreichbarkeit dieser Zielgruppe festgestellt, die derzeit im Rahmen von Optimierungsansätzen deutlich abgebaut werden sollen.

Keine festen Altersgrenzen

Die Bundesregierung stützt die Haltung des Berichtes, Leistungsdefizite nicht an festgelegte Altersgrenzen zu binden. Vielmehr ist die Gesamtkonstitution des Menschen dafür verantwortlich, wann eine Autofahrerin bzw. ein Autofahrer die Grenze überschreitet, von der an die Leistungsdefizite größer werden als die Kompensationsstrategien, mit denen sie ausgeglichen werden können. Zufriedenstellende Lösungen, wie mit flexiblen Maßnahmen auf Altersdefizite im Straßenverkehr reagiert werden könnte, liegen bisher aber noch nicht vor.

Bei aller Bedeutung, die dem Automobil auch für die Aufrechterhaltung der Mobilität im Alter zukommt, macht der Bericht jedoch ebenfalls deutlich, dass der überwiegende Anteil der über 60-Jährigen (56 %) eben nicht aktiv Auto fährt. Auch wenn der Anteil in Zukunft ansteigt, ist der mobilitätseinschränkende Faktor (kein Autobesitz) bei vielen älteren Menschen vorhanden. Da sich demgegenüber viele ältere Bürgerinnen und Bürger als Fußgängerinnen und Fußgänger, aber auch per Rad im Straßenverkehr bewegen, wäre es wünschenswert gewesen, die Kommission hätte gleichfalls eine Aussage über die Gehweg- bzw. Fahrradinfrastruktur getroffen. Diese ist in der Praxis vielfach noch dem Autoverkehr untergeordnet. Für ältere Bürgerinnen und Bürger kann dies eine nicht unerhebliche Mobilitätseinschränkung bedeuten. Zweifellos richtig hingegen ist der Hinweis, dass die generelle Einhaltung von Geschwindigkeitsvorschriften, z. B. auch die Einhaltung der Richtgeschwindigkeit von 130 km/h auf Autobahnen, zu einer erheblichen Verbesserung der Integration von Älteren in den Straßenverkehr führen würde.

5.3. Neue Chancen der Technik

Technik- und Medienkompetenz älterer Menschen

Die Nutzung neuer technischer Möglichkeiten und elektronischer Medien kann die Chancen älterer Menschen auf eine selbstständige Lebensführung bis ins hohe Lebensalter erheblich fördern. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert den Abbau von Zugangsmöglichkeiten sowie den Aufbau von Technik- und Medienkompetenz bei älteren Menschen. Unter anderem wird die Entwicklung verschiedener Internetangebote und Datenbanken (z. B. Datenbank der Senioren-Initiativen) modellhaft unterstützt. Im Rahmen eines Modellprojektes wird erprobt, in welcher Form es möglich ist, mobilitätseingeschränkten älteren Menschen zu Hause in ihrem eigenen Wohnumfeld Internetkenntnisse zu vermitteln, die sie besser in die Lage versetzten sollen, mit der Außenwelt zu kommunizieren und so ihren Lebensalltag zu erleichtern (Teleshopping, Telebanking, E-Mail an Verwandte und Freunde etc.). Gemeinsam mit der Stiftung Warentest wird daran gearbeitet, spezielle Testmodule für ältere Menschen einzuführen. Eine im Rahmen eines Forschungsprojekts barrierefrei eingerichtete Musterwohnung zeigte Unterstützungsmöglichkeiten im häuslichen Bereich. Sie ist öffentlich zugänglich und wird von Interessierten sowie Multiplikatoren in der Wohnberatung, Architekten, Dienstleistern und Produzenten genutzt.

6. Ältere Menschen in der Rechtsordnung

Rechtliche Beratung älterer Menschen grundsätzlich sichergestellt

Die fachkundige rechtliche Beratung älterer Menschen über konkrete Ansprüche im Einzelfall ist grundsätzlich sichergestellt. Ältere Menschen können sich mit konkreten Rechtsfragen an die Angehörigen der rechtsberatenden Berufe und andere nach dem Rechtsberatungsgesetz zur individuellen Rechtsberatung befugten Personen und Stellen wenden. Die Rechtsberatung und -vertretung für Bürgerinnen und Bürger mit geringem Einkommen innerhalb und außerhalb gerichtlicher Verfahren sichern das Beratungshilfegesetz und die

gesetzlichen Vorschriften über die Prozesskostenhilfe. Wenn ältere Menschen aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen, seelischen Behinderung nicht in der Lage sind, ihre rechtlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, ist ihnen nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches auf Antrag oder von Amts wegen eine Betreuerin bzw. ein Betreuer zu bestellen, sofern ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht durch eine Bevollmächtigte bzw. einen Bevollmächtigten oder andere Hilfen, bei denen keine gesetzliche Vertreterin bzw. kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch eine Betreuerin bzw. einen Betreuer besorgt werden können.

Reformbedarf des Betreuungsrechts

Im Bereich des Betreuungsrechts sieht allerdings auch die Bundesregierung Reformbedarf. Die Regierungsparteien haben in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 festgelegt, dass das Betreuungsrecht novelliert werden soll, um dem sozialpflegerischen Ansatz von Betreuungsverhältnissen besser gerecht zu werden. Dieses Ziel ist entgegen den ursprünglichen Erwartungen mit dem Betreuungsgesetz nicht in dem erwarteten Umfang erreicht worden. So haben insbesondere die Betreuungsbehörden in der Praxis nicht die Bedeutung erlangt, die ihnen nach den Vorstellungen des Gesetzgebers zukommen sollte. Dem Element einer fürsorgerischen, sozialen Zuwendung kann jedoch allein mit Hilfe des Zivilrechtes und des justiziellen Instrumentariums nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden. Darüber hinaus stellt sich das Problem der Finanzierbarkeit von Betreuungen. Die Länder beklagen schon seit Jahren, dass die von ihnen zu tragenden Kosten der Betreuung nicht mehr finanzierbar seien. Nach den Berechnungen der Länder hat das Betreuungsrechtsänderungsgesetz hier keine Abhilfe geschaffen. Danach ist seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ein weiterer erheblicher Anstieg der Betreuungskosten zu verzeichnen, der die ohnehin bereits sehr angespannte Haushaltslage der Länder zunehmend verschärft. Bund und Länder sind darin einig, dass die für die Betreuung verfügbaren Mittel so eingesetzt werden müssen, dass die Qualität der Betreuungen auf möglichst hohem Niveau gewährleistet wird, ohne dass die Kosten ständig steigen. Die geplante Reform soll unter anderem auch zu einer Vermeidung von Betreuungen und zu einer Reduzierung des Verfahrensaufwandes führen. Weitere in der Praxis zutage getretene Probleme des geltenden Betreuungsrechtes werden ebenfalls Gegenstand der Reformüberlegungen sein. Einzelheiten der geplanten Reform werden derzeit von einer interfraktionellen Arbeitsgruppe „Strukturreform des Betreuungsrechts" erörtert, die sich im Deutschen Bundestag gebildet hat. Die Arbeitsgruppe erarbeitet unter Einbeziehung der Bundesländer und in Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachleuten Vorschläge zur Änderung des Betreuungsrechts. Diese Vorschläge sollen abgewartet werden.

Rentenformel

Die Analyse der Kommission, dass in der Konfliktsituation zwischen notwendiger Flexibilität und Vertrauensschutz für die Rentnerinnen und Rentner und rentennahen Jahrgängen auch demographisch legitimierte Veränderungsfaktoren in die Rentenformel eingebaut werden sollten, ist grundsätzlich zu begrüßen.

Die Konzeption der Bundesregierung für eine Rentenreform sieht vor, dass der Beitragssatz zur Rentenversicherung langfristig auf möglichst niedrigem Niveau stabilisiert werden soll. Hierzu notwendig ist die gemeinsame Anstrengung aller an der Rentenversicherung Beteiligten. Ein Beitrag der Rentner in diesem Zusammenhang war die Rentenanpassung lediglich in Höhe der Preisniveausteigerung im Jahre 2000. Ursprünglich war vorgesehen, die Renten auch im Jahre 2001 im Umfang der Preisniveausteigerung anzupassen. Der Entwurf eines Altersvermögensgesetzes sieht jedoch vor, bereits 2001 zu den Grundsätzen der lohnorientierten Anpassung zurückzukehren, um eine möglichst breite Akzeptanz des Reformkonzepts zu gewährleisten.

Stellung des Sozialbeirats

Zu den Ausführungen zur Einrichtung eines Gremiums zur langfristigen Beobachtung und Beratung zur Alterssicherung insgesamt ist zu erwähnen, dass bereits jetzt der Sozialbeirat diese Aufgabe wahrnimmt. § 155 SGB VI bestimmt, dass der Sozialbeirat insbesondere die Aufgabe hat, in einem Gutachten zum Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung Stellung zu nehmen. § 154 SGB VI legt wiederum fest, dass der Rentenversicherungsbericht einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages um einen Bericht zu ergänzen ist, der insbesondere die Leistungen der anderen ganz oder teilweise öffentlich finanzierten Alterssicherungssysteme sowie deren Finanzierung, die Einkommenssituation der Leistungsbezieher der Alterssicherungssysteme und das Zusammentreffen von Leistungen der Alterssicherungssysteme beschreibt und die Entwicklungsperspektiven anderer Alterssicherungssysteme aufzeigt. Hierzu nimmt der Sozialbeirat selbstverständlich auch Stellung. Neben dem Sozialbeirat ein weiteres Gremium zu errichten, wäre ineffektiv und würde nur ein Konkurrenzverhältnis der Gremien schaffen.

II. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft

Vorwort

Der „Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland" sollte aufgrund einer Empfehlung des Deutschen Bundestages eine allgemeine Bestandsaufnahme der Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland – unter Einbeziehung älterer Migrantinnen und Migranten – vornehmen, dabei auch die Entwicklung im vergangenen Jahrzehnt würdigen und vor allem Empfehlungen in Bezug auf die als notwendig erachteten altenpolitischen Maßnahmen im kommenden Jahrzehnt erarbeiten.

Die Sachverständigenkommission wurde von der damaligen Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Claudia Nolte, eingesetzt und hatte am 8. Januar 1998 ihre konstituierende Sitzung. Sie trat zu insgesamt 20 ein- oder mehrtägigen Sitzungen zusammen und hat den Bericht am 20. Juni 2000 der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Frau Dr. Christine Bergmann, übergeben.

Die Sachverständigenkommission hat sich dafür entschieden, das ihr gestellte Thema aus unterschiedlichen Perspektiven darzustellen, wobei sie der integrierten gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, der materiellen Sicherung, der Gestaltung der Arbeitswelt sowie der Gestaltung der räumlichen, sozialen, infrastrukturellen und rechtlichen Umwelt gleiche Bedeutung im Hinblick auf die Erarbeitung von politischen Empfehlungen beimisst.

Die Sachverständigenkommission hat sich weiterhin dafür entschieden, das ihr gestellte Thema unter dem Gesichtspunkt der individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen für ein selbstständiges, aktives und produktives Leben im Alter zu diskutieren. Sie stellt in den einzelnen Kapiteln dar, dass ältere Menschen über individuelle Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines unabhängigen und aktiven Lebens verfügen und dass sie durch die Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen in ihrer Unabhängigkeit und Aktivität unterstützt werden können. Darüber hinaus hebt sie hervor, dass ältere Menschen durch ihre Ressourcen einen produktiven Beitrag für die Gesellschaft leisten können. Gerade die potenziellen Ressourcen älterer Menschen für die Gesellschaft werden in der öffentlichen Diskussion oftmals übersehen. Die Kommission plädiert dafür, eine umfassendere und zugleich differenziertere Sicht des Alters zu entwickeln, die auch die gesellschaftlichen Potenziale in diesem Lebensabschnitt berücksichtigt.

Im vorliegenden Altenbericht wird einerseits die Verantwortung des Einzelnen für sein Alter, andererseits die Mitverantwortung der Gesellschaft für ein selbstständiges und aktives Leben im Alter betont – wobei diese Mitverantwortung in der materiellen Sicherung, in einer fachlich fundierten medizinisch-rehabilitativen und pflegerischen Versorgung, in einer altenfreundlichen Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt sowie in der Berücksichtigung von Bedürfnissen älterer Menschen bei der Gestaltung und Umsetzung des Rechts zum Ausdruck kommt. Darüber hinaus wird im Altenbericht auf die erhöhte gesellschaftliche Mitverantwortung für jene Menschen hingewiesen, die ohne Hilfe nicht mehr in der Lage sind, ein selbstständiges und aktives Leben zu führen – deren Anteil nimmt im hohen Alter erkennbar zu.

Mit dem von der Kommission für diesen Altenbericht gewählten Titel: „Alter und Gesellschaft" sollen zum einen die gesellschaftlichen Ressourcen für das Alter, zum anderen die Ressourcen älterer Menschen für die Gesellschaft in den Vordergrund gestellt werden; letztere zeigen sich vor allem im Engagement älterer Menschen in Familienbeziehungen und nachbarschaftlichen Beziehungen sowie im Einsatz und Potenzial bürgerschaftlichen Engagements.

Die Verantwortung für den Sachverständigenbericht trägt allein die Kommission. Einzelne Mitglieder der Kommission sowie der Geschäftsstelle der Kommission im Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) übernahmen die Federführung für bestimmte Kapitel bzw.

Abschnitte des Berichts:

„Ressourcen des Alters aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive": Herr Prof. Dr. Andreas Kruse;

„Altersbilder": Herr Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt;

„Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource": Frau Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen (Körperliche Gesundheit und Versorgung körperlich erkrankter Menschen), Herr Prof. Dr. Andreas Kruse (Psychische Gesundheit und Versorgung psychisch erkrankter Menschen, Förder- und Rehabilitationskonzepte für ältere Menschen mit Behinderung), Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer (Pflegerische Versorgung sowie Pflegequalifizierung), Herr Klaus Großjohann (Teilstationäre und stationäre pflegerische Versorgung), Herr Heribert Engstler M. A. (Statistische Angaben zur Pflegebedürftigkeit und behinderungsfreien Lebenserwartung), Herr Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Herr Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt und Herr Heribert Engstler M. A. (Perspektiven der Finanzierung einer integrierten Versorgung);

„Arbeit und Arbeitswelt als Ressource": Herr Priv.-Doz. Dr. Clemens Tesch-Römer;

„Ökonomische Ressourcen im Alter": Herr Prof. Dr. Winfried Schmähl;

„Soziale Ressourcen": Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey, Herr Dipl.-Sozialwissenschaftler Holger Adolph und Herr Heribert Engstler M. A.;

„Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressource": Herr Prof. Dr. Hans-Werner Wahl;

„Rechtliche Umwelt als Ressource": Herr Prof. Dr. Bernd Baron von Maydell.

Zu speziellen Fragestellungen hat die Kommission schriftliche Expertisen von Expertinnen und Experten eingeholt. Diese Arbeiten werden unter dem Namen der Autoren in den Materialbänden zum Dritten Altenbericht im Buchhandel veröffentlicht. Die Informationen dieser Expertisen sind – teilweise unmittelbar – mit in den Bericht eingegangen. Dies gilt auch für Erkenntnisse aus Anhörungen und Workshops mit Expertinnen und Experten.

In der Schlussphase der Arbeit an diesem Bericht bildete die Kommission eine Redaktionsgruppe. In dieser wirkten mit: H. Adolph, H. Engstler, K. Großjohann, A. Kruse, C. Tesch-Römer, H.-W. Wahl.

Der Bericht ist nach jeweils drei Lesungen der einzelnen Kapitel am 6. Juni 2000 von den Mitgliedern der Sachverständigenkommission verabschiedet worden.

Allen, die zur Erarbeitung des Dritten Berichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland beigetragen haben, sei ausdrücklich gedankt.

Insbesondere dankt die Kommission dem Leiter der Geschäftsstelle der Kommission, Herrn Heribert Engstler M. A., sowie dem wissenschaftlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle, Herrn Dipl.-Sozialwissenschaftler Holger Adolph, für die hervorragende wissenschaftliche und organisatorische Begleitung der Kommission in allen Phasen der Kommissionsarbeit.

Inmitten der Arbeiten am Bericht starb am 28. Januar 1999 das Kommissionsmitglied Frau Prof. Dr. Margret Baltes, Leiterin der Forschungsgruppe Psychologische Gerontologie der Freien Universität Berlin. Für die Kommission bedeutete der Tod von Frau Baltes einen großen Verlust. Die Kommission hat die von Frau Baltes eingebrachten Anregungen und Perspektiven in vielfacher Hinsicht in die einzelnen Kapitel integriert. Sie blickt mit Dank auf die gemeinsamen Sitzungen mit Frau Baltes zurück.

Im Juni 2000

Andreas Kruse
Vorsitzender der Dritten Altenberichtskommission

1. Ressourcen des Alters aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive

Die Kommission diskutiert Fragen des Alters sowie Anforderungen an die Altenpolitik aus der Perspektive der Ressourcen, wobei sie zwischen individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen unterscheidet. Unter Ressourcen versteht sie alle Mittel, die zu einem guten Leben im Alter beitragen. Der Differenzierung zwischen individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen liegt dabei die Annahme zugrunde, dass zum einen das Individuum selbst und zum anderen die Gesellschaft über Mittel verfügt, die eine Grundlage für ein gutes Leben im Alter bilden. Wenn von „Mitteln" gesprochen wird, so sind damit auf individueller Ebene neben der körperlichen und seelischen Gesundheit sowie der körperlichen und geistigen Leistungskapazität die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Interessen und Erfahrungen, das Wissen sowie die Lebenseinstellung des Menschen gemeint. Darüber hinaus gehören zu diesen Mitteln die sozialen Netze der Person, ihre schulische und berufliche Bildung (einschließlich der beruflichen Fort- und Weiterbildung) sowie die im Lebenslauf geschaffenen ökonomischen Grundlagen. Auf gesellschaftlicher Ebene spiegeln sich diese Mittel zum einen im durchschnittlichen Lebensstandard einer Bevölkerung sowie im Lebensstandard der einzelnen Bevölkerungssegmente (zum Beispiel der einzelnen Sozialstatusgruppen) wider; hier kommt vor allem den Ernährungs-, Bildungs- und Wohnbedingungen, den Einkommensverhältnissen sowie der Qualität und dem Umfang der medizinischen Versorgung große Bedeutung zu. Weiterhin gehören zu den gesellschaftlichen Mitteln die Leistungen des sozialen Sicherungssystems, das ganze Spektrum sozialer und kultureller Angebote sowie die für ältere Menschen bestehenden Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe (im Sinne der Ausübung gesellschaftlich bedeutsamer Rollen und Funktionen) und die innerhalb der Gesellschaft bestehende Bereitschaft, vorhandene Potenziale älterer Menschen zu nutzen. Wenn von gesellschaftlichen Mitteln für ein gutes Leben im Alter gesprochen wird, so sind aber auch das Wissen in Bezug auf jene Bereiche des Lebens angesprochen, die Fragen des Alters direkt oder indirekt berühren, sowie die Handlungsansätze, die bereits entwickelt wurden, um eine fundierte Antwort auf jene Anforderungen und Herausforderungen geben zu können, die das Altern des Einzelnen, vor allem aber das Altern der Bevölkerung an unsere Gesellschaft stellt.

Der Begriff der „Ressourcen" wird von der Kommission jedoch nicht allein zur Beschreibung jener individuellen und gesellschaftlichen Faktoren, die zu einem selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufrieden stellenden Leben im Alter beitragen, verwendet. Die Kommission geht vielmehr davon aus, dass das Individuum auch über Ressourcen für ein aus gesellschaftlicher Perspektive „produktives Leben" verfügt, durch die es die Gesellschaft bereichern kann. An späterer Stelle soll deutlich gemacht werden, dass hier sehr verschiedene Formen der Produktivität angesprochen sind. Die Kommission stellt auch die Frage, in welcher Weise das Individuum mit seinen Ressourcen zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen beitragen kann.

In der gerontologischen Forschung finden sich zahlreiche Definitionen „erfolgreichen Alterns", zu denen – neben dem Erreichen eines hohen Lebensalters – die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit, der Leistungskapazität und der Selbstständigkeit (als Beispiel für eine medizinische Definition), die Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung des früheren psychischen Anpassungsniveaus nach eingetretenen Herausforderungen und Verlusten (als Beispiel für eine psychologische Definition) sowie ein ausreichendes Maß an sozialer Integration und sozialer Teilhabe sowie an ökonomischer Sicherung, die die finanzielle Unabhängigkeit des Individualhaushaltes und dessen Sicherung gegen Risiken des Alters gewährleistet (als Beispiel für eine soziologische und ökonomische Definition), gehören.

Ältere Menschen unterscheiden sich, ähnlich wie jüngere Menschen, deutlich in ihrer körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit, in ihren Interessen und in der Gestaltung des Alltags. Darüber hinaus sind große Unterschiede in den gegebenen Umwelt- und Lebensbedingungen erkennbar, wobei zu berücksichtigen ist, dass diese Bedingungen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, das Interessenspektrum und die Alltagsgestaltung ausüben. Ein Merkmal, das die Lebensbedingungen Älterer beeinflusst und das in verschiedenen Kapiteln des Altenberichts aufgegriffen wird, ist das der Migrationserfahrung. Es wurde bewusst, wie auch bei anderen Minoritätengruppen innerhalb der älteren Bevölkerung, auf die Erstellung eines gesonderten Kapitels zum Thema „ältere Migranten/Ausländer"[1] verzichtet. Damit soll unterstrichen werden, dass das Zusammenleben mit älteren Menschen unterschiedlicher Nationalitäten, ethnischen Gruppen und Migrationserfahrungen keine problematische „Ausnahmesituation" bedeutet. Es stellt nur einen Aspekt des differenziellen Alterns in einer pluraler werden Altenbevölkerung in Deutschland dar.

[1] Das im Altenbericht zugrunde liegende Konzept von Migranten wird durch den Ausländerbegriff nur unvollständig abgebildet. Verantwortlich hierfür ist vor allem das bis zur Reform des Staatsangehörigkeitsrechts geltende Prinzip des „ius sanguinis" oder „Abstammungsprinzip". Spätaussiedler, die nach erfolgter Einreise als Deutsche gelten und eingebürgerte frühere Ausländer, sind nach unserer Definition Migranten, lassen sich in der amtlichen Statistik bis auf Ausnahmen aber nicht mehr von der zugezogenen deutschen Bevölkerung unterscheiden (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen „Migration und Integration in Zahlen" 1997: 9). In Anlehnung der Begriffsdefinition der Ausländerbeauftragten der Bundesregierung wird „Ausländer" im Folgenden allein in rechtlichen und statistischen Zusammenhängen verwendet. Ansonsten wird in diesem Bericht der international übliche Begriff der „Migranten" verwendet (s. auch Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000: 10).

Bei aller Verschiedenartigkeit der Alternsformen kann bei einem Großteil der im „dritten Lebensalter" (näherungsweise definiert als Zeitspanne von 60 bis 75–80 Jahren) stehenden Menschen von einem erfolgreichen Altern im Sinne der medizinischen, der psychologischen, der soziologischen und ökonomischen Definition ausgegangen werden.[2] Auch wenn in diesem Alter die physiologische Leistungskapazität erkennbar zurückgeht und das Risiko chronischer Erkrankungen zunimmt (zu nennen sind hier vor allem Herz-Kreislauf- und Stoffwechsel-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems), so kann dennoch die Aussage getroffen werden, dass der Großteil der „jungen Alten" einen relativ guten oder zumindest einen zufrieden stellenden Gesundheitszustand aufweist und zudem unabhängig von Hilfe oder Pflege ist (siehe dazu Kapitel 3 und den Überblick in Kruse et al. 2000; Oster & Schlierf 1998; Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt 1994; Walter & Schwartz 1999). Auch die Analyse zentraler Indikatoren des psychischen Adaptationsniveaus (wie zum Beispiel Grad der Lebenszufriedenheit, Häufigkeit des Auftretens positiver vs. negativer Emotionen, Ausprägung depressiver Symptomatik) deutet beim Großteil der „jungen Alten" auf ein – aus psychologischer Sicht – erfolgreiches Altern hin; nur in einer relativ kleinen Gruppe sind Hinweise auf geringe Lebenszufriedenheit, auf eine stärker ausgeprägte depressive Symptomatik und auf das Überwiegen negativer Emotionen erkennbar (siehe dazu den Überblick in Kruse & Wahl 1999; Staudinger et al. 1995; Staudinger & Greve 1999; Wahl & Kruse 1999). Darüber hinaus besteht nur bei wenigen Menschen im „dritten Lebensalter" Isolation, und es berichten auch nur wenige Menschen über Gefühle der Einsamkeit (siehe dazu den Überblick in Kruse & Wahl 1999; Lang 1998). Schließlich lässt sich die Feststellung treffen, dass die materiellen Ressourcen älterer Menschen in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar gestiegen sind, sodass es sich bei den von Armut betroffenen oder von Armut bedrohten älteren Menschen um eine kleine Gruppe handelt (siehe dazu Kapitel 5 und den Überblick in Schmähl & Fachinger 1998).

Wählt man die genannten Definitionen erfolgreichen Alterns als Grundlage für die Analyse der physischen, seelisch-geistigen, sozialen und materiellen Situation im „vierten Lebensalter" (näherungsweise definiert als Zeitspanne ab dem Alter von 75–80 Jahren), so sind diese optimistischen Aussagen über das Alter deutlich zu relativieren (ausführlich dazu Baltes 1999). Die Verletzbarkeit des Organismus, d. h. die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen und funktionelle Einbußen, nimmt im vierten Lebensalter erkennbar zu und damit das Risiko der chronischen körperlichen Erkrankungen, der Multimorbidität sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Auch das Zentral-Nerven-System ist von dieser erhöhten Verletzbarkeit betroffen: Diese spiegelt sich zum einen in der verringerten Kapazität der Informationsverarbeitung wider (die auf die verringerte Plastizität neuronaler Netzwerke zurückzuführen ist), zum anderen in der deutlichen Zunahme an psychoorganischen Erkrankungen (hier ist vor allem die Demenz zu nennen). Im vierten Lebensalter nehmen zudem die sozialen Verluste zu (abnehmendes inner- und außerfamiliäres Netzwerk), sodass auch der Anteil jener Menschen steigt, die über Einsamkeit klagen. Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass gerade alleinstehende Frauen im vierten Lebensalter vom Risiko der Armut bedroht sind. Mit anderen Worten: Während das dritte Lebensalter durchaus im Sinne der späten Freiheit (ein von Rosenmayr 1990, gewählter Begriff) charakterisiert werden kann, die aus dem Fortfallen externer Verpflichtungen in Beruf und Familie erwächst, ist das vierte Lebensalter eher im Sinne einer Kumulation von Anforderungen und Verlusten zu charakterisieren; diese Aussage gilt vor allem für Frauen, bei denen der körperliche, psychische, soziale und sozioökonomische Funktionsstatus im Durchschnitt geringer ist als bei Männern (siehe dazu die sehr ausführlichen Analysen von Smith & Baltes 1998).

An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass auch im Alter von einer Kontinuität der Entwicklung auszugehen ist, d. h. dass Veränderungen in der körperlichen und der seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit auch in diesem Lebensabschnitt vielfach graduell verlaufen – eine Ausnahme bilden Veränderungsprozesse, die durch schwere körperliche und/oder psychische Erkrankungen hervorgerufen werden. Trotz dieser vielfach zu beobachtenden Kontinuität der Entwicklung bestehen – wenn man die Gesamtgruppe der älteren Menschen betrachtet – deutliche Unterschiede zwischen dem „dritten" und „vierten" Lebensalter. Diese Unterschiede wurden in der Berliner Altersstudie nachgewiesen (siehe dazu Mayer et al. 1996). Zur Ermittlung eines Gesamtmaßes für den Funktionsstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden 23 internistische, psychiatrische, psychologische, soziale und ökonomische Indikatoren gewählt. Auf der Grundlage einer summativen Durchschnittsberechnung wurden vier Gruppen gebildet, die ihrem Funktionsstatus gemäß als „gut", als „durchschnittlich", als „schlecht" und als „sehr schlecht" beschrieben wurden. Dabei fand sich im 9. und 10. Lebensjahrzehnt eine kontinuierliche Zunahme jener Gruppen, deren Funktionsstatus als „sehr schlecht" oder „schlecht" beschrieben wurde. Zugleich war in dieser Zeitspanne eine kontinuierliche Abnahme der durch einen „guten" Funktionsstatus gekennzeichneten Gruppe erkennbar. Mit anderen Worten: Im hohen Alter nehmen die Herausforderungen erkennbar zu; es muss sogar von einer Kumulation von Herausforderungen gesprochen werden.

Damit stellt sich aber auch die Frage nach den Möglichkeiten und Grenzen der subjektiven Bewältigung und ihren Einflussfaktoren. Die Kommission empfiehlt, die Bewältigung von Anforderungen und Verlusten auch unter dem Aspekt der Resilienz, d. h. der „psychischen Widerstandsfähigkeit" des Menschen zu betrachten. Mit dem Begriff der Resilienz wird die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des früheren psychischen Adaptations- und Funktionsniveaus nach erlittenem Trauma oder bei eingetretenen Einschränkungen und Verlusten umschrieben, wobei Resilienz auch im Sinne eines „Beeinträchti-

[2] Zu den Vorstellungen über das so genannte „dritte" und „vierte" Lebensalter bzw. die „jungen Alten" und die „alten Alten" siehe auch Kapitel 2.

gungs-Ressourcen-Systems" interpretiert werden kann (ausführlich dazu Staudinger et al. 1995; Staudinger & Greve 1999): Zum einen wird nach den objektiv gegebenen und subjektiv erlebten Einschränkungen, Verlusten und Belastungen („Beeinträchtigungen"), zum anderen nach den Mitteln („Ressourcen") gefragt, mit denen das Individuum die bestehenden Beeinträchtigungen zu bewältigen versucht. Dabei lassen sich diese Mittel in „psychische" (zu denen vor allem die Persönlichkeit, das Bewältigungsverhalten sowie kognitive Fähigkeiten und Fertigkeiten gehören) und „nicht-psychische" (zu denen vor allem Merkmale der sozialen, der infrastrukturellen und der räumlichen Umwelt gehören) unterteilen. Bei der Analyse des Beeinträchtigungs-Ressourcen-Systems ist auch zu berücksichtigen, dass im vierten Lebensalter nicht nur die Einschränkungen, Verluste und Belastungen zunehmen, sondern dass gleichzeitig die psychischen, zum Teil auch die nicht-psychischen Ressourcen abnehmen. So ist zum Beispiel im hohen Alter ein Rückgang in der kognitiven Leistungsfähigkeit (die als eine bedeutende Ressource zu werten ist) erkennbar – dieser Rückgang beschränkt sich dabei nicht nur auf die „kognitive Mechanik", d. h. die neuronalen Grundlagen der Wahrnehmung, der Informationsverarbeitung und des Gedächtnisses, sondern er betrifft auch die „kognitive Pragmatik", d. h. die erfahrungs- und wissensgebundene Intelligenz. Darüber hinaus bedeuten die sozialen Verluste in vielen Fällen auch einen Rückgang der umweltbezogenen (oder der „nicht-psychischen") Ressourcen.

Um hier nicht falsch verstanden zu werden: Wenn die Kommission auf das im vierten Lebensalter deutlich erkennbare Risikoprofil (im körperlichen, seelisch-geistigen, sozialen und ökonomischen Bereich) hinweist, so heißt dies nicht, dass sie dieses Lebensalter ausschließlich mit „Defiziten" oder „Verlusten" gleichsetzt und dass sie die häufig zu beobachtende Kompetenz des Menschen bei der Bewältigung eintretender Herausforderungen, Verluste und Belastungen grundsätzlich in Frage stellt. Die Kommission bestreitet auch nicht die im vierten Lebensalter bestehende Möglichkeit zur selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufrieden stellenden Lebensführung. Sie weist ausdrücklich darauf hin, dass es viele hochbetagte Menschen gibt, die trotz dieser Kumulation von Herausforderungen die psychische Anpassungs- und Funktionsfähigkeit bewahren. Doch gibt sie zugleich zu bedenken, dass im vierten Lebensalter Menschen in zunehmendem Maße auf Unterstützung durch ihre Umwelt angewiesen sind – wobei hier die verschiedenen Segmente der Umwelt, also die soziale, die infrastrukturelle und die räumliche Umwelt, in gleichem Maße von Bedeutung sind.

Die Wechselwirkungen zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung für ein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich zufrieden stellendes Leben im Alter bestehen zwar in allen Lebensaltern, doch ist zu bedenken, dass im Falle zunehmender Einschränkungen Menschen in besonderem Maße von ihrer Umwelt abhängig sind. Die Gestaltung der Umwelt ist dabei auch abhängig von den Ressourcen, über die die Gesellschaft verfügt und die sie zur Verfügung stellt. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das Altern unserer Gesellschaft auch die deutliche Zunahme des Anteils hochbetagter Menschen umfasst, also einer Personengruppe, die in erhöhtem Maße auf die Bereitstellung von Ressourcen durch die Gesellschaft angewiesen ist. Aus diesem Grunde gewinnt die Wechselwirkung zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung auch große politische Bedeutung.

1.1 Wechselwirkungen zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung

Mit dieser Wechselwirkung sind folgende Fragen angesprochen: Inwieweit trägt das Individuum durch seine Ressourcen zu einem selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufrieden stellenden Leben bei? Und inwieweit kann es durch seine Ressourcen einen Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen leisten? Es ist aber auch umgekehrt zu fragen: Inwieweit fördert die Gesellschaft durch die Bereitstellung von Ressourcen ein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich zufrieden stellendes Leben im Alter? Diese Wechselwirkungen zwischen Individuum und Gesellschaft sind für eine Politik für ältere Menschen insofern von Bedeutung, als sie zum einen die persönliche Verantwortung des Menschen für sein Alter thematisieren, zum anderen aber deutlich machen, dass diese persönliche Verantwortung nicht losgelöst vom umfassenden Kontext gesellschaftlicher Verantwortung für ein gutes Leben im Alter betrachtet werden darf: In welcher Hinsicht kann und muss die Gesellschaft die persönliche Verantwortung unterstützen? Wo liegen die Grenzen gesellschaftlicher Verantwortung? Die Kommission hebt hervor, dass der größte Teil älterer Menschen in der Lage ist, die Anforderungen im Alter selbstverantwortlich zu meistern, dass aber zugleich die Notwendigkeit der Unterstützung bei der Bewältigung dieser Anforderungen durch die Gesellschaft (vor allem durch das soziale Sicherungssystem) besteht.

Die Antwort auf die Frage, in welchem Umfang Menschen auf Unterstützung angewiesen sind, bestimmt sich von deren Lebenslage her, die die objektiv gegebenen und subjektiv wahrgenommenen Ressourcen in der aktuellen Lebenssituation umfasst. Neben allgemeinen Aussagen zur gesellschaftlichen Verantwortung für ein zufrieden stellendes Leben im Alter – die sich vor allem auf die allgemeine soziale Sicherung des Menschen beziehen – sind auch differenzierte Aussagen zu treffen, die Art und Umfang gesellschaftlicher Unterstützung in spezifischen Lebenslagen betreffen. Die Notwendigkeit differenzierter Aussagen zeigt sich, wie bereits dargelegt wurde, vor allem beim Übergang des Menschen vom dritten zum vierten Lebensalter. Im vierten Lebensalter sind Menschen im Durchschnitt deutlich stärker auf eine umfassende gesundheitliche Versorgung sowie auf Leistungen des sozialen Sicherungssystems (zu nennen sind hier sowohl Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung als auch Leistungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung) angewiesen. Damit ist aber nicht gemeint, dass Menschen

im vierten Lebensalter kein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich zufrieden stellendes Leben führen könnten. Damit ist auch nicht gemeint, dass nun die persönliche Verantwortung durch die gesellschaftliche Verantwortung ersetzt würde. Vielmehr wird mit dem Begriff der erhöhten Verletzbarkeit zum Ausdruck gebracht, dass die Herausforderungen und Verluste im vierten Lebensalter zunehmen und dass sich die Gesellschaft darauf einstellen muss, dass sie erhöhte Verantwortung dafür trägt, ob das Individuum diese Herausforderungen und Verluste bewältigen kann.

Die intra- und intergenerationelle Solidarität wird in unserer Gesellschaft als ein hohes Gut gewertet. Dies zeigt sich in der öffentlichen Diskussion über das Altern der Gesellschaft und die damit verbundene Notwendigkeit einer Anpassung des sozialen Sicherungssystems an den veränderten Bevölkerungsaufbau. Auch wenn sich die Vorschläge in Bezug auf die Art der Anpassung zum Teil deutlich voneinander unterscheiden, so kann doch nicht in Abrede gestellt werden, dass Konsens in Bezug auf die intra- und intergenerationelle Solidarität als einem Kern unserer Gesellschaft besteht (s. Kapitel 8).

Allerdings ist eine Kontroverse in Bezug auf den als notwendig erachteten Umfang des gesamten Sozialbudgets sowie der verschiedenen Bereiche des sozialen Sicherungssystems erkennbar. Antworten auf diese Frage sind unter anderem für die präventive, kurative und palliative Medizin sowie für die Rehabilitation und Pflege wichtig. Denn sie bestimmen mit, in welchem Umfang materielle Güter für das Gesundheitswesen sowie für dessen einzelne Bereiche zur Verfügung gestellt werden. In der politischen Diskussion werden die hohen finanziellen Belastungen des Gesundheitswesens betont, die zur Begrenzung der von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten medizinischen Leistungen führten und die bei kostenintensiven Therapien in zunehmendem Maße eine begründete Entscheidung erfordern, welchen Patienten angesichts begrenzter Ressourcen eine Therapie finanziert werden kann und welchen nicht. Als ein bedeutsames Kriterium wird in diesem Zusammenhang das Lebensalter des Patienten genannt.

Die Entscheidung, welchen Patienten angesichts begrenzter Ressourcen eine Therapie zukommen kann und welchen nicht, ist so tief greifend, dass sie besonders gut begründet sein muss. Aus ethischer Sicht ist hier das Thema der Wahrhaftigkeit in der politischen Diskussion angesprochen: Ist das Auswahlprinzip in der Tat (ausschließlich) durch begrenzte finanzielle Ressourcen verursacht oder ist es (auch) Folge von wertbesetzten Vorurteilen, die den politischen Entscheidungsträgern entweder nicht in vollem Umfang bewusst sind oder die diese nicht in der Öffentlichkeit vertreten? Es ist zu überprüfen, inwieweit sich in bestimmten politischen Entscheidungen fehlende Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse älterer Menschen widerspiegelt (vgl. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Wenn in der Tat die verfügbaren finanziellen Ressourcen begrenzt sind, dann stellt sich die Aufgabe der gerechten Verteilung materieller Güter und damit das Problem der Auswahl von Patienten. Das Aufstellen von Kriterien für diese Auswahl ist eine Aufgabe, die von den im Gesundheitswesen Beschäftigten allein nicht geleistet werden kann. Vielmehr ist hier ein umfassender gesellschaftlicher Diskurs notwendig, in dem sehr gut begründete und gerechtfertigte Kriterien für die Verteilung materieller Güter und die Auswahl von Patienten erarbeitet werden. Die Kommission hebt hervor, dass dieser Diskurs fachlich begründet und wahrhaftig geführt werden muss.

Fachlich begründet heißt, dass die Erkenntnisse der Medizin sowie der Pflegewissenschaft hinsichtlich der Erfolge bestimmter therapeutischer, rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen bei älteren Menschen in diesen Diskurs ausdrücklich eingehen. Fachlich begründet heißt auch, dass Kosten-Nutzen-Analysen bestimmter medizinischer, rehabilitativer und pflegerischer Maßnahmen durchgeführt werden, wobei auch Aussagen darüber getroffen werden müssen, mit welchen langfristigen Kosten der Verzicht auf eine bestimmte medizinische, rehabilitative und pflegerische Maßnahme verbunden wäre. Wenn hier von einem fachlich begründeten Diskurs gesprochen wird, so heißt dies, dass an die Stelle von Vorurteilen über das Alter – die sich häufig in der Annahme widerspiegeln, dass die Veränderungskapazität im Alter so gering sei, dass sich medizinische, rehabilitative und pflegerische Maßnahmen, die auf die Erhaltung oder Wiedererlangung von Mobilität, Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit gerichtet sind, nicht lohnten – differenzierte Aussagen über die Veränderungskapazität im Alter treten. In diesem Diskurs gewinnt neben den fachlichen Argumenten auch die Frage an Bedeutung, inwieweit durch einen verantwortlichen Umgang mit den zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen ein Beitrag zur verbesserten medizinischen und pflegerischen Versorgung möglichst vieler Menschen geleistet werden kann. Die Kommission ordnet auch der kritischen Auseinandersetzung mit den Kosten im Gesundheitswesen große Bedeutung zu.

Weiterhin muss dieser Diskurs wahrhaftig geführt werden. Damit soll zum Ausdruck gebracht werden, dass Einstellungen, Überzeugungen und Interessen, die in diesen Diskurs eingehen, offen gelegt und nicht als „Sachzwänge" dargestellt werden. Es ist also genau zu differenzieren zwischen empirisch gestützten Erkenntnissen einerseits und wertgerichteten Einstellungen, Überzeugungen und Interessen andererseits.

Als aktuelles Beispiel für den genannten Diskurs ist die öffentlich geführte Auseinandersetzung über den Umfang jener materieller Güter zu nennen, die für die Palliativmedizin und Palliativpflege schwerstkranker und sterbender Menschen bereitgestellt werden (vgl. Aulbert, Klaschik & Pichlmaier 1998). Dabei wird auch hervorgehoben, dass durch den Ausbau der Palliativmedizin und Palliativpflege eine bedeutende Alternative zur aktiven Sterbehilfe geschaffen wird. Argumente gegen die aktive Sterbehilfe können vor allem dann vorgebracht werden, wenn unsere Gesellschaft bereit ist, sterbenden Patienten das Recht auf palliativmedizinische Versorgung zuzugestehen (vgl. Bundesärztekammer 1998).

1.2 Chancen und Anforderungen des Alters

Das Alter wird von der Kommission als eine Lebensphase verstanden, die sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft mit Chancen und mit Anforderungen verbunden ist.

Aus individueller Sicht bestehen die Chancen vor allem in einem selbstständigen und selbstverantwortlichen Leben nach dem Ausscheiden aus dem Beruf. Diese Chancen zur „späten Freiheit", die sich den heutigen älteren Generationen nach Ausscheiden aus dem Beruf bieten, sind durch Entwicklungen gefördert worden (oder werden in Zukunft durch Entwicklungen gefördert werden), die nach Ansicht der Kommission in der öffentlichen Diskussion noch stärker beachtet werden sollten:

In den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Lebensbedingungen sowie der körperliche und seelisch-geistige Funktionsstatus im „dritten Lebensalter" erkennbar verbessert, eine Entwicklung, die durch gesellschaftliche Prozesse (zu denen neben der sozialen und materiellen Sicherung die verbesserten Angebote im Bereich der medizinischen Versorgung, der sozialen Unterstützung sowie der Bildung zu zählen sind) angestoßen wurde, die sich sowohl in früheren als auch in späteren Phasen des Lebenslaufs positiv auf die individuelle Entwicklung ausgewirkt haben bzw. auswirken. Aus diesem Grunde ist die Aussage gerechtfertigt, dass der im biologischen Lebenslauf angelegte Abbau im „dritten Lebensalter" durch gesellschaftliche und kulturelle Fortschritte in Teilen ausgeglichen werden kann. Die heutigen 70-Jährigen lassen sich in ihrer Gesundheit und in ihrer Leistungsfähigkeit mit den vor etwa 30 Jahren lebenden 65-Jährigen vergleichen. In den letzten drei Jahrzehnten sind also für gleichaltrige junge Alte etwa fünf „gute" Altersjahre hinzugekommen (siehe ausführlich dazu M. Baltes 1999; P. Baltes 1999; Lehr & Thomae 2000). Daraus werden auch Forderungen nach einer Veränderung der Lebenszeitstruktur abgeleitet, die vor allem die Verteilung der Erwerbstätigkeit des Menschen auf die verschiedenen Abschnitte im Lebenslauf betrifft. Diese Veränderung soll dazu dienen, die möglichen Stärken („Potenziale") des Alters auch gesellschaftlich besser zu nutzen (siehe ausführlich dazu Mayer et al. 1992; Riley & Riley 1994).

Konträr zu dieser Forderung nach Ausweitung der Lebensarbeitszeit bei veränderter Verteilung der Arbeit auf die verschiedenen Abschnitte des Lebenslaufs ist in der Bundesrepublik Deutschland eine „Verlängerung der Altersphase" durch den Rückgang des Alters, zu dem Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden, festzustellen (s. Kapitel 4). Dabei wird diese „Verlängerung der Altersphase" vom Großteil älterer Menschen durchaus als „Chance" interpretiert (siehe ausführlich dazu Lehr 1998). Die Verjüngung des Alters lässt sich zum Beispiel am Rückgang des durchschnittlichen Rentenzugangsalters der männlichen Bevölkerung bei Altersrenten aufzeigen: Dieses ist in den alten Bundesländern von 1975 bis 1998 von 64,1 Jahren auf 62,4 Jahre zurückgegangen, in den neuen Bundesländern von 1993 bis 1998 von 63,8 Jahren auf 61,0 Jahre. (Bei Frauen in den alten Bundesländern ist dieses von 1975 bis 1998 nur um 0,4 Jahre, nämlich von 63,0 Jahren auf 62,6 Jahre zurückgegangen, bei Frauen in den neuen Bundesländern ist es von 1993 bis 1998 konstant bei 60,4 Jahren geblieben.)

Es wurde bereits festgestellt, dass sich die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen in den vergangenen Jahrzehnten erkennbar verbessert hat, woraus sich auch positive Folgen für die selbstverantwortliche Gestaltung des Alltags ergeben: Höhere materielle Ressourcen bilden eine bedeutende Voraussetzung für die Erweiterung des Aktivitätsradius und Interessenspektrums. Auch wenn berücksichtigt werden muss, dass sich hinter den Durchschnittsbeträgen eine beträchtliche Streuung verbirgt, so spricht doch die Tatsache, dass im Jahre 1998 das durchschnittlich verfügbare monatliche Äquivalenzeinkommen der Haushalte älterer Menschen mit 2 710 DM nur 3 Prozent unter jenem der Arbeitnehmerhaushalte mit 2 790 DM lag, dass die Pensionärshaushalte im Durchschnitt über 4 090 DM und die Haushalte von Sozialversicherungsrentnern im Durchschnitt über 2 590 DM verfügten, für die Annahme, dass die materielle Lage der Haushalte älterer Menschen im Großen und Ganzen betrachtet relativ günstig ist (s. Kapitel 5). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass von 1985 bis Ende 1997 in den westlichen Bundesländern die Zahl der 60-jährigen und älteren Sozialhilfeempfänger um 40 000 Personen zurückgegangen ist; der Anteil der älteren Menschen an allen Sozialhilfeempfängern hat sich in diesem Zeitraum um 3,5 Prozentpunkte von 10,4 Prozent auf 6,9 Prozent verringert. Keine Altersgruppe in Deutschland – und diese Aussage gilt für die westlichen wie für die östlichen Bundesländer – hat eine so geringe Sozialhilfedichte wie jene der älteren Menschen. (Allerdings ist zu beachten, dass ein nicht kleiner Teil der Anspruchsberechtigten die Sozialhilfe nicht in Anspruch nimmt.) Weiterhin ist hervorzuheben, dass 1998 in den westlichen Bundesländern 51,3 Prozent aller Haushalte älterer Menschen in einer Eigentümerwohnung wohnten (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 42,6 %); allerdings ist dieser Anteil in den östlichen Bundesländern mit 28,8 Prozent (bei einer allgemeinen Eigentumsquote von 31,0 %) deutlich geringer.

Bereits heute berichten die Träger der Bildungseinrichtungen über wachsendes Interesse älterer Menschen an Bildungsangeboten. Sie sagen weiterhin voraus, dass angesichts höherer Schulabschlüsse in den kommenden Generationen das Interesse an institutionalisierten Bildungsangeboten deutlich steigen wird – die Nutzung allgemein bildender Angebote wird in den kommenden Generationen älterer Menschen die Alltagsgestaltung vermutlich noch stärker beeinflussen als in den heutigen Generationen. Von den über 65-Jährigen haben ca. 79 Prozent einen Volksschul- oder Hauptschulabschluss, ca. 11 Prozent einen Realschulabschluss, ca. 8 Prozent Fachhochschul- oder Hochschulreife, ca. 1 Prozent einen Abschluss der polytechnischen Oberschule, 2 Prozent haben keinen schulischen Bildungsabschluss (Statistisches Jahrbuch 1999). Der Blick auf die schulischen Bildungsabschlüsse in der heutigen mittleren Generation macht den in den

letzten Jahrzehnten bestehenden Trend zur Höherqualifizierung deutlich: Von den 40 bis 45jährigen Frauen haben 41, von den 40 bis 45jährigen Männern 42 Prozent einen Hauptschulabschluss und je 16 Prozent beider Gruppen einen Abschluss an der polytechnischen Oberschule erworben, 42 Prozent dieser Jahrgänge haben die Mittlere Reife oder die Fachhochschul- bzw. Hochschulreife erworben. Von den 30 bis 35jährigen Frauen haben 57 Prozent, von den 30 bis 35jährigen Männern haben 49 Prozent Mittlere Reife oder Abitur abgelegt – der Trend zur Höherqualifizierung ist also bei den Frauen noch stärker ausgeprägt als bei den Männern. Den künftigen Generationen wird somit ein relativ hoher Bevölkerungsanteil mit mittleren oder höheren Bildungsabschlüssen angehören. Höhere Schulabschlüsse eröffnen im weiteren Lebensverlauf eher den Zugang zu Bildungsinstitutionen und anderen kulturellen Einrichtungen; die Vertrautheit mit diesen institutionalisierten Bildungsangeboten bildet auch eine Grundlage für erhöhte Bildungsaktivitäten im Alter. „Es wird erwartet, dass sich der durchschnittliche Bildungsstand kommender Kohorten ebenso in positiver Weise von früheren und heutigen Kohorten unterscheidet wie ihr Gesundheitszustand im dritten Lebensalter. Bezüglich der Prägung durch ein vorgängiges Arbeitsleben wird ebenso auf die größere Gruppe derer hingewiesen, die durch das Anforderungsprofil günstige Voraussetzungen auch für spätere Kompetenzen und Flexibilität mitbringen, wie auf die Tatsache, dass aufgrund der insbesondere seit dem Zweiten Weltkrieg zu konstatierenden Zunahme individuell disponibler (betrieblicher und außerbetrieblicher) Zeit auch die Fähigkeit im Umgang mit dieser zugenommen haben. Mindestens ebenso wichtig scheinen die jenseits des Erwerbssektors kultivierten Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen" (Otto 1995: 199).

Unter den Anforderungen des Alters ist aus individueller Sicht zunächst die Notwendigkeit der Neuorientierung nach dem eigenen Ausscheiden und/oder dem des Ehepartners aus dem Beruf zu nennen, die sich auf die Gestaltung des Alltags (Ausübung von außerberuflichen Interessen und Aufgaben) und auf das Spektrum sozialer Rollen (höheres Engagement in den außerberuflichen Rollen) bezieht. Zu den Anforderungen des Alters ist zudem die Auseinandersetzung mit Einbußen der Gesundheit, mit dem Verlust nahe stehender Menschen und mit der Erfahrung begrenzter Lebenszeit zu zählen. Alter ist nicht mit Krankheit und Isolation gleichzusetzen. Doch wurde bereits hervorgehoben, dass im Alter (vor allem im hohen Alter) das Risiko gesundheitlicher Einbußen und sozialer Verluste zunimmt, sodass es nach Auffassung der Kommission als gerechtfertigt erscheint, von Anforderungen im Alter zu sprechen, deren Bewältigung zum einen individuelle Ressourcen, zum anderen die Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen erfordert. Vielen älteren Menschen gelingt es, diese Einbußen und Verluste zu verarbeiten und in diesen Grenzsituationen ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu führen. Dabei zeigen die Forschungsbefunde, dass „unterstützende" und „anregende" Umwelten auch bei eintretenden Einbußen und Verlusten in hohem Maße zur Aufrechterhaltung oder Wiedererlangung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens beitragen.

Mit welchen Chancen ist das Alter für die Gesellschaft verbunden? Mit dem im Lebenslauf erworbenen Wissen und den gewonnenen Erfahrungen können ältere Menschen – über konkrete Formen des sozialen Engagements hinaus – einen Beitrag zum intergenerationellen Diskurs über gesellschaftliche, politische und persönliche Fragen leisten, der auch von jüngeren Menschen als Gewinn interpretiert wird. Als Beispiel ist der Besuch älterer Menschen im Geschichtsunterricht zu nennen, der von Schülerinnen und Schülern in entsprechenden Modellprojekten als Bereicherung geschildert wurde. Als weiteres Beispiel sind die in vielen Familien zu beobachtenden, engen Kontakte und guten Beziehungen zwischen der Großeltern- und Enkelgeneration zu nennen. Impulse, die die ältere Generation der jüngeren Generation gibt und die sie zugleich von dieser erhält, sind nicht nur in ihrer Bedeutung für die Lebensqualität im Alter, sondern auch in ihrer Bedeutung für unsere Kultur zu betrachten. Die Formen des von älteren Menschen geleisteten Engagements für andere sind vielfältig. Darüber hinaus wird dieses Engagement – unter der Voraussetzung geeigneter infrastruktureller Bedingungen – zumeist kontinuierlich ausgeübt und bildet damit auch einen zuverlässigen Beitrag zur Arbeit kultureller oder sozialer Einrichtungen. Neben diesem Engagement sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die ältere Menschen in der Familie erbringen. Zum einen ist die Unterstützung der Elterngeneration bei der Aufsicht der Kinder zu nennen, wodurch in vielen Fällen überhaupt erst die Vereinbarkeit von Beruf und Familie ermöglicht wird, zum anderen die Betreuung pflegebedürftiger Menschen, die in der Regel mit hohen physischen und psychischen Belastungen verbunden ist.

Das Alter richtet Anforderungen an unsere Gesellschaft. Zunächst sind die aus der Alterung der Bevölkerung erwachsenden, zusätzlichen Anforderungen an das soziale Sicherungssystem – vor allem an die Renten- und die Krankenversicherung – zu nennen (s. Kapitel 5 und Kapitel 3). Politische Konzepte, die für die künftige soziale und gesundheitliche Sicherung des Alters entwickelt werden, müssen auch die Relation zwischen gesellschaftlicher Solidarität einerseits und individueller Verantwortung andererseits neu definieren: Die Alterssicherung wird verstärkt auch zur Aufgabe der persönlichen Vorsorge werden.

Weiterhin führt das Altern der Bevölkerung zu erhöhten Anforderungen an die medizinischen Versorgungssysteme. Dabei ist zu beachten, dass durch die Stärkung der Prävention – und zwar in allen Phasen des Lebenslaufs – ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Erkrankungen, vor allem von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Gefäßerkrankungen des Gehirns, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Stoffwechselerkrankungen – geleistet werden könnte. Aufgrund der großen Bedeutung der Prävention für den Gesundheitszustand im Alter sollten die Krankenkassen den gesetzlich verankerten Spielraum für präventive Maßnahmen nutzen.

Der Ausbau der Rehabilitation mit dem Ziel, die Selbstständigkeit im Alter aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen, bildet eine weitere bedeutende Komponente der

Altersmedizin, die ausgebaut werden muss, um auch in dieser Hinsicht auf jene Anforderungen, die das Alter an unsere Gesellschaft stellt, angemessen antworten zu können. Ergebnisse der Rehabilitationsforschung, die auf eine bis ins hohe Alter erhaltene Kapazität des Organismus zur positiven Veränderung deuten, legen die Forderung nahe, Rehabilitationsangebote in ausreichender Anzahl zu schaffen und das Leitbild „Rehabilitation vor Pflege" leistungsrechtlich umzusetzen. Der Auftrag des Gesetzgebers, dieses Leitbild praktisch umzusetzen, ist bislang nicht ausreichend erfüllt worden. Ein Problem ist dabei die in der Geriatrie besonders künstlich wirkende Trennung zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation.

Weiterhin besteht die Notwendigkeit, die ambulanten und stationären Angebote für die Pflege zu erweitern und zu integrieren. Die bestehenden Pflegekonzepte können den Anspruch erheben, personen- und kompetenzorientiert zu sein. Zum einen werden in diesen Konzepten die verschiedenen Dimensionen des Menschen (die körperliche, die seelisch-geistige, die soziale Dimension) sowie deren Bezüge zur räumlichen und sozialen Umwelt berücksichtigt („personenorientierte Pflege"), zum anderen wird der Erhaltung und Förderung von Funktionen und Fertigkeiten (durch Aktivierung und Mobilisierung sowie durch Schaffung einer anregenden räumlichen und sozialen Umwelt) große Bedeutung beigemessen („kompetenzorientierte Pflege"). Ein Problem für die Praxis der Pflege sieht die Kommission darin, dass (a) diese Pflegekonzepte nicht ausreichend in die Ausbildung und Praxis eingehen, dass (b) ausgebildete Pflegerinnen und Pfleger oftmals nicht die Möglichkeit haben, ihr Wissen und ihre Fertigkeiten im beruflichen Alltag einzusetzen, und dass (c) der Pflegeberuf aufgrund einer (auch durch das SGB XI geförderten) Konzentration auf die körperorientierte Pflege an „Anreizen" für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einbüßt.

Zu den Anforderungen, die das Alter an die Gesellschaft stellt, gehört schließlich der Ausbau sozialer und kultureller Angebote, die zum einen zur vermehrten sozialen Integration und Partizipation älterer Menschen beitragen, zum anderen zusätzliche Möglichkeiten der Bildung im Alter (die auch eine Grundlage des ehrenamtlichen Engagements darstellt) bieten. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass schon bei den heutigen älteren Generationen ein relativ großes Interesse an institutionalisierten Bildungsangeboten besteht und dass dieses Interesse bei den künftigen Generationen älterer Menschen noch stärker ausgeprägt sein wird. Somit kommt dem Ausbau sozialer und kultureller Angebote große Bedeutung zu.

1.3 Kompetenzen älterer Menschen

Die Kommission unterscheidet nachfolgend zwischen vier verschiedenen Bereichen der Kompetenz: der körperlichen, der alltagspraktischen, der psychischen und der kognitiven Kompetenz.

1.3.1 Körperliche Kompetenz

Unter körperlicher Kompetenz werden die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit, die Funktionstüchtigkeit der sensorischen Organe sowie die Mobilität zusammengefasst, wobei die Mobilität zahlreiche psychomotorische Funktionsabläufe umfasst.

Die körperliche Kompetenz ist zunächst von dem natürlichen, auch mit dem Begriff der Biomorphose umschriebenen Alternsprozess beeinflusst, der mit Veränderungen des Gewebes und der Organe verbunden ist; dabei ist von unterschiedlichen Alternsprozessen in den einzelnen Organen auszugehen. Die Veränderungen drücken sich vor allem in einer reduzierten Anpassungsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit und damit in einer erhöhten Verletzbarkeit des Organismus sowie in einer verringerten körperlichen Leistungsfähigkeit aus. Allerdings finden sich in diesen Merkmalen des physischen Alterns ausgeprägte Unterschiede zwischen Personen derselben Altersgruppen – diese Unterschiede sind nicht allein auf genetische Einflüsse, sondern auch auf den Grad körperlicher Aktivität sowie auf Risikofaktoren und Erkrankungen in früheren Lebensaltern zurückzuführen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass durch körperliche Aktivität im Alter ein bedeutender Beitrag zur Aufrechterhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit geleistet wird; aus diesem Grunde gelten, wie bereits hervorgehoben wurde, die Leitbilder der Prävention für den gesamten Lebenslauf und nicht nur für frühere Lebensalter. Die natürlichen Veränderungen des Gewebes und der Organe stellen für sich genommen keine Krankheiten dar. Altern ist also nicht mit Krankheit gleichzusetzen, doch ist aufgrund der verringerten Anpassungs- und Widerstandsfähigkeit des Organismus das Erkrankungsrisiko im Alter erhöht. Besondere Bedeutung kommt dabei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie den Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems zu. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass der größere Teil älterer Menschen an mehreren Erkrankungen leidet, die zudem in vielen Fällen chronisch verlaufen. Mit den Erkrankungen nimmt auch die Gefahr funktionaler Einschränkungen zu, die ab einem gewissen Grad zur verringerten Selbstständigkeit führen.

1.3.1.1 Pflegebedürftigkeit

Die Daten zum Pflegebedarf in Privathaushalten und stationären Einrichtungen (siehe dazu ausführlich Kapitel 3.1.4 sowie Schneekloth & Potthoff 1993 und Schneekloth & Müller 1997) zeigen, dass der Anteil der pflegebedürftigen Menschen in der Gruppe der 65- bis 69-Jährigen bei 2 bis 3 Prozent liegt, während er in der Gruppe der 75-bis 79-Jährigen 8 bis 9 Prozent und in der Gruppe der 85-jährigen und älteren Menschen ca. 40 Prozent beträgt.

Ende 1998 belief sich die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen in Privathaushalten auf 1,27 Millionen, in vollstationären Einrichtungen auf rund 536 000. Fast 90 Prozent der in Privathaushalten lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung erhalten Leistungen entsprechend den Pflegestufen I und II. Bei den stationären Leistungsempfängern entfallen zu diesem Zeitpunkt 64 Prozent aller Leistungen auf die Pflegestufen II und III. Für den Zeitraum von 1995 bis 1998 ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger zu konstatieren: Im ambulanten Bereich stieg sie in der Sozialen Pflegeversicherung von

1,06 Millionen (31. Dezember 1995) auf 1,21 Millionen Menschen (31. Dezember 1998), im stationären Bereich von knapp 385 000 (31. Dezember 1996) auf rund 510 000 Menschen (31. Dezember 1998).

Dieser Anstieg in der Anzahl der Leistungsempfänger darf allerdings nicht mit einer entsprechenden Zunahme der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung gleichgesetzt werden. Er ist weitgehend darauf zurück zu führen, dass sich nach Einführung der Pflegeversicherung sowohl die Antragstellungen als auch die Bearbeitung der Anträge zeitlich gestreckt haben.

Aufgrund des demographischen Wandels wird die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den kommenden zwei Jahrzehnten deutlich ansteigen. Die Schätzungen für das jahr 2010 liegen bei 2,04 bis 2,14 Millionen, bis zum Jahr 2030 ist mit einer Zunahme auf 2,3 bis 2,5 Mio. Pflegebedürftige zu rechnen (vgl. Kapitel 3.1.4). Dabei wird allerdings eine konstante altersspezifische Wahrscheinlichkeit, pflegebedürftig zu werden, unterstellt. Die Kommission gibt zu bedenken, dass bei der Erweiterung von Rehabilitationsangeboten – im Sinne des in SGB XI beschriebenen Leitbildes: „Rehabilitation vor Pflege" – der prognostizierte Anstieg vermutlich weniger deutlich ausfallen würde. Das Rehabilitationspotenzial älterer Menschen wird im Allgemeinen unterschätzt. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass der Auftrag des Gesetzgebers, dieses Leitbild praktisch umzusetzen, bis heute nicht erfüllt wurde. Dabei ist zu bedenken, dass die soziale Pflegeversicherung zwei strategische Ziele hat: Zum einen das (sozialpolitische) Ziel der Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit, zum anderen das (gesundheitspolitische) Ziel der Vermeidung, Linderung oder Überwindung von Pflegebedürftigkeit durch Maßnahmen der Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation. Angesichts der gerontologischen Erkenntnisse über die positive Veränderungsfähigkeit (Plastizität) bei vielen pflegebedürftigen Menschen sowie der genannten Prognosen in Bezug auf die Entwicklung des Pflegebedarfs ist der Ausbau von Rehabilitationsangeboten dringend zu empfehlen.

1.3.1.2 Demenz

Der deutlich steigende Anteil pflegebedürftiger Menschen im neunten Lebensjahrzehnt ist auch auf die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen zurückzuführen. Die Häufigkeit schwerer und mäßig schwerer Demenzen nimmt mit steigendem Alter erheblich zu: Bei den 70- bis 74-Jährigen liegt sie bei nahezu 0 Prozent, bei den 80- bis 84-Jährigen bei 11 Prozent, bei den 90- bis 94-Jährigen bei 31 Prozent. Die beiden häufigsten Formen der Demenz sind die primäre Demenz vom Alzheimer-Typ mit einem fortschreitenden, irreversiblen Verlauf und die vaskuläre, auf Erkrankungen der Hirngefäße zurückgehende Demenz. Die Tatsache, dass Demenzen bei Menschen über 65 Jahren mit einer Häufigkeit von knapp 5 Prozent, hingegen bei Menschen über 90 Jahren mit einer Häufigkeit von knapp 50 Prozent auftreten, hat die Frage angestoßen, ob es sich bei der senilen Demenz (Demenz vom Alzheimer-Typ) um eine alternsassoziierte Veränderung oder aber um eine altersassoziierte Erkrankung handelt. Nach heutigem Kenntnisstand kann nicht eindeutig bestimmt werden, ob Alternsprozesse an der Entwicklung der senilen Demenz beteiligt sind (alternsassoziierte Veränderung), oder ob diese Erkrankung erst deshalb im Alter auftritt, weil der womöglich sehr langsam fortschreitende Krankheitsprozess jahrzehntelang unterhalb der Schwelle der klinischen Manifestation verläuft (siehe ausführlich dazu Beyreuther 1997; Förstl, Lauter & Bickel 2000; Helmchen & Kanowski 2000; Helmchen et al. 1996).

Die Kommission unterstreicht die in der Gerontopsychiatrie wiederholt getroffene Aussage, dass der weit verbreitete diagnostische und therapeutische Nihilismus dringend abgebaut werden muss. Heute ist bei der senilen Demenz zwar nur eine symptomatologische Behandlung und eine aktivierende, pflegerische Betreuung möglich. Doch ist die Tatsache, dass durch medikamentöse Therapie, durch gute Betreuung, durch Tagesstrukturierung, durch kognitives Training sowie durch eine anregende und orientierungsfördernde Umwelt psychische Krankheitssymptome gelindert und kognitive Leistungen gefördert werden können, von sehr großer Bedeutung für den Patienten selbst, für seine Angehörigen sowie für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Pflegeteams.

Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass die molekularbiologisch erforschten, zur Demenz führenden Krankheitsprozesse Behandlungswege eröffnen werden, die über die genannte symptomatische Behandlung und pflegerische Betreuung hinaus die Krankheitsprozesse direkt und damit ursächlich angreifen. Die Kenntnisse jener pathogenetischen Prozesse, die zum Nervenzelluntergang führen, lässt erhebliche Fortschritte auf dem Wege von einer symptomatischen zu einer kausalen Arzneimittelbehandlung erwarten. Masters und Beyreuther (1998) gehen davon aus, dass in diesem Jahrzehnt folgende Möglichkeiten zur Bekämpfung der Alzheimer-Demenz entwickelt werden können: (1.) Untersuchungen der genetischen Information (DNA) mit dem Ziel, die Disposition zu Risikoprofilen für die Alzheimer-Demenz zu erkennen; (2.) Erstellung einer Diagnose bereits vor Auftreten der ersten eindeutigen Demenzsymptome; (3.) gezielte präventive Therapie; (4.) Entwicklung von Medikamenten, die den Verlauf der Erkrankung beeinflussen, (5.) Kenntnisse hinsichtlich der Merkmale des Lebensstils und der Umwelt, die Risikofaktoren für die senile Alzheimer-Demenz darstellen.

In diesem thematischen Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass „Demenz" einen Oberbegriff für eine Vielzahl von Demenzformen darstellt, die sich in ihren Ursachen, in ihrem Verlauf und in ihrer therapeutischen Beeinflussbarkeit zum Teil deutlich voneinander unterscheiden. Aus diesem Grunde ist die Notwendigkeit zu betonen, auch in der öffentlichen Diskussion eine differenzierte Darstellung des Themengebietes „Demenz" zu leisten.

Die Kommission weist bereits an dieser Stelle auf die Notwendigkeit hin, in Zukunft vermehrt Rehabilitationsangebote für demenzkranke Menschen zu schaffen und

zugleich die Leitbilder einer aktivierenden Pflege auch auf die Versorgung demenzkranker Menschen zu übertragen.

1.3.2 Alltagspraktische Kompetenz

Unter alltagspraktischer Kompetenz werden jene Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die für die Gestaltung des Alltags und für die Bewältigung einzelner Anforderungen im Alltag bedeutsam sind. Diese Fähigkeiten und Fertigkeiten lassen sich unterteilen in die basale und die erweiterte Kompetenz. Diese beiden Kompetenzbereiche spiegeln sich in der Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens wider; aus diesem Grunde bilden diese Aktivitäten auch die Grundlage für die Definition der basalen und erweiterten Kompetenz. Basale Kompetenz setzt sich aus Selbstpflegeaktivitäten und einfachen instrumentellen Aktivitäten (zum Beispiel Einkaufen oder Transportmittel nutzen) zusammen, erweiterte Kompetenz hingegen aus komplexen instrumentellen Aktivitäten (zum Beispiel Hausarbeit, Handwerken), aus sozialen Aktivitäten (Besuche machen, Besuche empfangen) und aus Freizeitaktivitäten (zum Beispiel Ausflüge machen, Sport treiben, ehrenamtlichen Tätigkeiten nachgehen, Theater oder Kino besuchen). Wie Ergebnisse der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes 1996) zeigen, beeinflusst die körperliche und psychische Gesundheit sowohl die basale wie auch die erweiterte Kompetenz; letztere weist zudem enge Zusammenhänge mit dem sozioökonomischen Status, mit Persönlichkeitseigenschaften (hier sind vor allem Extraversion und Offenheit für neue Erfahrungen zu nennen) sowie mit Gedächtnis- und Denkleistungen auf (siehe ausführlich dazu Baltes et al. 1998). Basale und erweiterte Kompetenz sind als bedeutsame Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben im Alter zu werten. Zunächst ist hervorzuheben, dass sie eine gewisse Unabhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen sowie ein hohes Maß an Selbstbestimmung in der Alltagsgestaltung ermöglichen. Darüber hinaus trägt die erweiterte Kompetenz (wenn man unter dieser auch jene Fähigkeiten und Fertigkeiten subsumiert, die zur Ausübung von Freizeitaktivitäten, das heißt von Interessen notwendig sind) zur Verwirklichung des Bedürfnisses nach einer persönlich sinnerfüllten und kreativen Lebensgestaltung bei und vermittelt die Erfahrung, Aufgaben und Anforderungen des Lebens meistern zu können (Schwarzer & Knoll 1999).

Die Diskussion der basalen und erweiterten Kompetenz führt auch zur Bedeutung der räumlichen Umwelt, insbesondere zur Wohnung, zur Wohnumwelt und zur Verkehrsgestaltung (s. Kapitel 7). Die Aufrechterhaltung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens ist nicht allein von den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig, sondern auch von der Passung zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person einerseits und den Anforderungen, Anregungen und Hilfen ihrer räumlichen Umwelt andererseits. Damit wird deutlich, dass auch die räumliche Umwelt – ebenso wie andere Merkmale der Lebenslage – eine Ressource für die selbstständige und selbstverantwortliche Lebensführung darstellt. Dabei beschränkt sich allerdings die Bedeutung der räumlichen Umwelt nicht auf ihre unterstützende (prothetische) und ausgleichende (kompensatorische) Funktion. Genauso wichtig ist ihre stimulierende Funktion, die zum einen im Sinne der Anregung von Sinnes- und Denkfunktionen zu verstehen ist (hier kommt der Ausstattung der Wohnung große Bedeutung zu), zum anderen im Sinne bestehender Möglichkeiten zur selbstbestimmten Gestaltung der Wohnung.

Die Kommission hebt hervor, dass die Lebensphase Alter nicht allein unter dem Aspekt der Erhaltung oder Wiedererlangung von Selbstständigkeit (im Sinne relativer Unabhängigkeit von der Hilfe anderer Menschen) betrachtet werden darf, wie dies in der öffentlichen Diskussion nicht selten geschieht, sondern auch unter dem Aspekt der Erhaltung und Wiedererlangung jener Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Ressourcen für die selbstverantwortliche Lebensgestaltung bilden. Darüber hinaus bildet die alltagspraktische Kompetenz eine Grundlage für die Wahrnehmung ehrenamtlicher Tätigkeiten im Alter. Jene gesellschaftlichen und politischen Initiativen, die darauf zielen, geeignete infrastrukturelle Bedingungen (wie zum Beispiel soziokulturelle Einrichtungen und Bildungsangebote) für die Nutzung und Erweiterung alltagspraktischer Kompetenz zu schaffen, werden von der Kommission ausdrücklich begrüßt.

1.3.3 Psychische Kompetenz

Unter psychischer Kompetenz versteht die Kommission die Ressourcen des Menschen für die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben des Alters sowie der Anforderungen und Belastungen im Alter. Es wurde bereits hervorgehoben, dass zu den Entwicklungsaufgaben des Alters vor allem die – nach dem Ausscheiden aus dem Beruf notwendig werdende – Neuorientierung des Menschen bei der Gestaltung des Alltags sowie bei der Ausübung von sozialen Rollen gehören. Die Bewältigung dieser Aufgabe ist zum einen vom Spektrum außerberuflicher Interessen und Rollenaktivitäten beeinflusst, die in früheren Lebensaltern entwickelt wurden, zum anderen von der Ausprägung der Berufsorientierung und der Altersorientierung (im Sinne von Freiheiten im Alter). Ein breiteres Spektrum außerberuflicher Interessen und Rollenaktivitäten sowie die gedankliche Vorwegnahme möglicher Freiheiten im Alter wirken sich günstig auf die Bewältigung des Berufsaustritts und der damit verbundenen psychischen Anforderungen aus. Neben den Entwicklungsaufgaben sind Grenzsituationen des Alters zu nennen, zu denen – wie ebenfalls schon dargestellt wurde – chronische Erkrankungen, verringerte Funktionstüchtigkeit der sensorischen Organe, eingeschränkte Mobilität, der Verlust nahe stehender Menschen sowie die Erfahrung der begrenzten Lebenszeit gehören. Bei einem Teil der älteren Menschen treten als weitere Einschränkung niedrige materielle Ressourcen hinzu. Darüber hinaus gibt es spezifische Lebenssituationen, durch die das Ausmaß psychischer Belastungen erkennbar erhöht wird – zu nennen ist hier vor allem die Versorgung und Betreuung eines pflegebedürftigen Menschen, die in mehr als 80 Prozent aller Fälle von

Familienangehörigen übernommen wird (vgl. Kapitel 6.2.1.2).

Die Kommission hebt zunächst hervor, dass das Alter nicht einseitig aus der Perspektive der Belastungen betrachtet werden darf – genauso bedeutsam sind die im Alter bestehenden Möglichkeiten einer selbstverantwortlichen und sinnerfüllten Lebensgestaltung. Die Kommission betont weiterhin die großen Unterschiede zwischen Personen desselben Alters im Umfang sowie in der Art bestehender Belastungen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass objektiv vergleichbare Belastungen subjektiv verschiedenartig gedeutet werden. Andererseits dürfen die möglichen Risiken des Alters und die mit ihnen verbundenen psychischen Belastungen nicht übersehen werden. Wie bereits hervorgehoben wurde, treten gesundheitliche Einbußen und soziale Verluste vor allem ab dem neunten Lebensjahrzehnt auf und werden dabei von vielen Menschen als spürbare Belastung erfahren. Darüber hinaus ist der Anteil jener Menschen, die nur über ein (sehr) geringes Einkommen verfügen, im achten und neunten Lebensjahrzehnt erkennbar höher als im siebten Lebensjahrzehnt; dieser Unterschied ist vor allem auf den zunehmenden Anteil verwitweter Frauen und kohortenspezifische Unterschiede zurückzuführen.

Trotz zunehmender Bedeutung gesundheitlicher Einbußen, sozialer Verluste und begrenzter Lebenszeit ist in der Gesamtgruppe der älteren Menschen (definiert als Gruppe der 65-Jährigen und Älteren) die Lebenszufriedenheit nicht geringer und das Ausmaß erlebter Belastungen und depressiver Störungen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen. Diese fehlenden Unterschiede werden auf psychische Anpassungsprozesse älterer Menschen zurückgeführt. Diese Anpassungsprozesse zeigen sich zum einen darin, dass die eigene Lebenssituation mit jener anderer Menschen verglichen wird, bei denen ein noch höheres Maß an Belastungen vorliegt, oder dass die gegenwärtige Situation vor dem Hintergrund einzelner Abschnitte der Biografie gedeutet wird, in denen es einem schlechter gegangen ist als heute. Zum anderen kommen diese Anpassungsprozesse in der Aufgabe nicht mehr erreichbarer Ziele und in der vermehrten Konzentration auf Pläne und Vorhaben, deren Verwirklichung aus der Perspektive der aktuellen Lebenssituation als realistisch erscheint, zum Ausdruck.

Es ist zu beachten, dass sich in der Art und Weise, wie ältere Menschen versuchen, Grenzsituationen zu verarbeiten und in diesen Grenzsituationen eine tragfähige Lebens- und Zukunftsperspektive aufrechtzuerhalten, vielfach auch Lebenswissen widerspiegelt (ausführlich dazu Smith & Baltes 1990). Es ist weiterhin zu beachten, wie dieses Wissen in den Dialog zwischen den Generationen eingebracht werden und jüngeren Generationen Anstöße zur Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen der menschlichen Existenz geben kann. Diese Diskussion ist wichtig, da sie vor Augen führt, dass sich die Bedeutung des Wissens älterer Menschen für nachfolgende Generationen nicht in Anregungen für den Beruf oder für die Ausübung außerberuflicher Interessen erschöpft, sondern dass es auch Anstöße zur Reflexion über Möglichkeiten und Grenzen des menschlichen Lebens geben kann (diese Frage wird ausführlich von Kruse 1990, Rosenmayr 1990 und Staudinger 1996 diskutiert).

Die Feststellung, dass es vielen älteren Menschen gelingt, Anforderungen und Belastungen zu bewältigen, und dass auch im Alter die psychische Widerstandsfähigkeit erhalten bleibt, darf nicht über die erhöhte Verletzbarkeit hinwegtäuschen, die mit den Grenzsituationen im Alter verbunden ist. Erhöhte Verletzbarkeit bedeutet nicht, dass in den Grenzsituationen psychische Symptome (als Ausdruck verringerter psychischer Stabilität) auftreten müssen. Sie beschreibt zunächst nur die deutlich erhöhten Belastungen, mit denen Menschen konfrontiert werden, und die damit verbundene Gefahr, dass sich nun eher psychische Symptome ausbilden. Die deutlich erhöhten Belastungen stellen höhere Anforderungen an die Bewältigungsressourcen des Menschen. In diesen Situationen ist einerseits die psychische Widerstandsfähigkeit erkennbar, andererseits zeigen sich gerade hier auch die Grenzen der Widerstandsfähigkeit. Um ein Beispiel zu geben: Es gelingt zwar einem Teil der pflegebedürftigen Menschen, die mit Pflegebedürftigkeit verbundenen Einschränkungen und Belastungen zu verarbeiten – trotz der erfahrenen Grenzen bleibt die psychische Widerstandsfähigkeit erhalten. Doch zeigt sich auch, dass der deutlich größere Teil pflegebedürftiger Menschen psychische Symptome (vor allem erhöhte Depressivität, verringerte Lebenszufriedenheit, pessimistische Lebenseinstellung) aufweist, die auf ein gestörtes psychisches Gleichgewicht deuten. Pflegebedürftigkeit ist somit als eine Situation zu verstehen, in der die Verletzbarkeit des Menschen besonders stark ausgeprägt ist, da sie auch an die Grenzen der Widerstandsfähigkeit führt.

Psychoreaktive Störungen

Diese Aussagen zu den Grenzen der psychischen Widerstandsfähigkeit weisen auf das Risiko psychoreaktiver Störungen hin. Bei 10 Prozent der 65-jährigen und älteren Menschen liegen schwere Depressionen („majore Depressionen") vor, bei weiteren 15 Prozent „unterschwellige" oder „leichte" depressive Störungen („Dysthymien"), die allerdings vielfach mit hohem Leidensdruck, Rückzug von anderen Menschen und Antriebsschwäche verbunden sind und zudem die Therapie und Rehabilitation erkennbar erschweren können. Der größere Teil der Dysthymien ist im hohen Alter erkennbar. Sie finden sich häufig bei somatischer Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit und tragen zu einer Zunahme der Symptome bei; in diesem Zusammenhang sind vor allem chronische Schmerzzustände zu nennen, die oftmals auch eine psychogene Komponente aufweisen (siehe ausführlich dazu Helmchen & Kanowski 2000; Heuft, Kruse & Radebold 2000).

Das im Alter deutlich ansteigende Suizidrisiko ist vor allem auf das gehäufte Auftreten von Situationen in dieser Lebensphase zurückzuführen, die die Bewältigungsressourcen des Menschen überfordern. Die bedeutsamsten Ursachen für einen Suizidversuch oder Suizid im Alter sind – neben Depressionen – unheilbare Erkrankungen,

vor allem jene, die mit starken chronischen Schmerzen verbunden sind, der Verlust nahe stehender Menschen, Isolation und erlebte Einsamkeit. Das Suizidrisiko steigt vor allem im hohen Alter an; es ist zudem bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Dies zeigen folgende Zahlen: In der Altersgruppe der 60- bis 70-Jährigen kommen bei Frauen 15 Selbstmorde auf 100 000 Einwohner, bei Männern 25. In der Altersgruppe der 70- bis 80-Jährigen kommen bei Frauen 25 Selbstmorde auf 100 000 Einwohner, bei Männern 70 (siehe ausführlich dazu Erlemeier 1998).

Obwohl die psychotherapeutischen Behandlungsansätze mit Erfolg bei älteren Menschen angewendet werden können, sind diese in der psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert. Der Anteil 65-jähriger und älterer Menschen an der Gesamtgruppe der ambulant betreuten Patienten liegt lediglich bei 0,5 Prozent.

1.3.4 Kognitive Kompetenz

In Bezug auf die geistige Leistungsfähigkeit ergibt sich ein differenziertes Bild, das zum einen von den im Lebenslauf erworbenen und im Alter weiterhin bestehenden Fähigkeiten und Fertigkeiten, zum anderen von Verlusten bestimmt ist. Die Fähigkeit zur Lösung vertrauter kognitiver Probleme geht im Alter nicht oder nur geringfügig zurück. Die im Lebenslauf erworbenen Denk- und Lernstrategien bleiben im Alter bestehen, sofern sie auch in dieser Lebensphase kontinuierlich genutzt werden. Schwächen sind hingegen in kognitiven Basisoperationen erkennbar, also in jenen Bereichen des Denkens und des Gedächtnisses, die in hohem Maße an die Funktionstüchtigkeit neurophysiologischer Prozesse gebunden sind. Alternsprozesse des Zentral-Nerven-Systems zeigen sich vor allem in der Abnahme der Geschwindigkeit und der Präzision der Erregungsübertragung zwischen Nervenzellen. Daraus resultieren altersbezogene Verluste in folgenden Leistungsbereichen: in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, in der Fähigkeit zur Lösung neuartiger kognitiver Probleme, im Arbeitsgedächtnis, das heißt im Prozess der Verschlüsselung und Übertragung des Materials in den Langzeitspeicher, sowie in der Kontrolle von Lernvorgängen (das Lernen im Alter ist störanfälliger). Es sind allerdings die großen Unterschiede zwischen Personen desselben Lebensalters im Ausprägungsgrad dieser Verluste zu berücksichtigen, die erklärt werden mit der Art und dem Umfang kognitiver Aktivität im Lebenslauf, mit der Güte der im Lebenslauf ausgebildeten Denk- und Lernstrategien, mit der Gesundheit im Alter sowie mit den im Alter erfahrenen Anregungen zur Nutzung der Denk- und Lernstrategien. Die Bedeutung dieser Anregungen für die kognitive Kompetenz im Alter führt auch zur Frage, inwieweit ältere Menschen vom kognitiven Training profitieren. Mit dieser Frage sind Möglichkeiten und Grenzen positiver Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter angesprochen, die ihrerseits auf die Veränderungskapazität der Nervenzellen (Plastizität) deuten. Ergebnisse empirischer Studien sprechen für Möglichkeiten positiver Veränderung der kognitiven Leistungsfähigkeit durch kognitives Training, die Veränderungskapazität ist jedoch im Alter deutlich geringer als in früheren Lebensaltern, darüber hinaus beschränken sich die Trainingseffekte auf jene Denk- und Lernstrategien, die in den Studien systematisch trainiert wurden – diese Trainingseffekte lassen sich also nicht auf andere Strategien übertragen (ausführlich dazu Wahl & Tesch-Römer 1998; Schwarzer & Knoll 1999).

Die kognitive Kompetenz ist nicht allein von der Fähigkeit zur Lösung vertrauter oder neuartiger Strategien, sondern auch von den im Lebenslauf ausgebildeten Wissenssystemen beeinflusst; deren Qualität bemisst sich nach dem Grad ihrer Reichhaltigkeit und Organisation (wie gut sind die Wissenselemente strukturiert und damit abrufbar?). Dabei wird zwischen Faktenwissen („gewusst was") und Strategiewissen („gewusst wie") differenziert. Wenn sich die Person in früheren Lebensjahren systematisch und kontinuierlich mit Inhalten eines bestimmten Lebensbereichs auseinander gesetzt und zugleich effektive Handlungsstrategien zur Bewältigung der Anforderungen dieses Lebensbereichs entwickelt hat (zum Beispiel in Bezug auf den Beruf oder auf ein außerberufliches Interessengebiet), dann verfügt sie mit höherer Wahrscheinlichkeit über Expertenwissen in Bezug auf diesen Lebensbereich. Es handelt sich um reichhaltiges, gut organisiertes und leicht abrufbares Wissen, das sich zum einen auf die Inhalte des entsprechenden Lebensbereichs, zum anderen auf effektive Strategien zur Bewältigung der Anforderungen dieses Lebensbereichs bezieht. Darüber hinaus kann die Person – aufgrund ihrer Routine bei der Bewältigung praktischer Anforderungen – Handlungsstrategien mehr oder minder automatisiert einsetzen.

Das bereichsspezifische Expertenwissen und die bereichsspezifischen Handlungsstrategien, die in besonderer Weise als Ressourcen zu interpretieren sind, verdienen nach Auffassung der Kommission in dreifacher Hinsicht Aufmerksamkeit – und sollen auch im weiteren Bericht unter diesen Gesichtspunkten wiederholt aufgegriffen werden:

(a) Ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verfügen in vielen Fällen über Expertenwissen und effektive Handlungsstrategien in Bezug auf ihren Arbeitsbereich. Dieses Wissen und diese Strategien bilden eine Grundlage für den Überblick über den Arbeitsbereich, für die kompetente Einschätzung bestimmter Arbeitsabläufe und für den Ausgleich (Kompensation) von Einbußen in einzelnen Funktionen und Fertigkeiten. Einbußen sind vor allem in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, der Geschwindigkeit und Präzision psychomotorischer Funktionsabläufe und der Umstellungsfähigkeit des Denkens erkennbar. Doch trotz dieser Einbußen zeigen ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen – im Vergleich zu jüngeren – im Durchschnitt keine schlechteren beruflichen Leistungen. Darüber hinaus weisen sie nicht selten hohe Motivation und Loyalität auf, sie kennen die innerbetrieblichen Netzwerke und können somit zur verbesserten Abstimmung von Arbeitsabläufen und Entscheidungsprozessen innerhalb eines Arbeitsbereichs oder zwischen verschiedenen Arbeitsbereichen beitragen. Es wird immer wieder die Frage aufgeworfen, ob es sich hier nicht um Potenziale handelt, die von den Unternehmen

und Betrieben stärker genutzt werden sollten – diese sollen, so wird gefordert, die Freisetzung älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als zentrale Maßnahme der betrieblichen Beschäftigungspolitik aufgeben und vermehrt in deren Weiterbildung investieren. In manchen Veröffentlichungen wird – unter anderem beeinflusst von den Erfahrungen in US-amerikanischen Unternehmen – das Szenario entwickelt, dass schon in naher Zukunft ehemalige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, für die Ausübung spezifischer Aufgaben, die hohe Expertise erfordern, wieder in das Unternehmen zurückgeholt werden könnten. Diese Überlegungen gewinnen vor allem vor dem Hintergrund des Strukturwandels unserer Bevölkerung an Gewicht, der aller Wahrscheinlichkeit nach dazu führen wird, dass in den kommenden zwanzig bis dreißig Jahren das Erwerbspersonenpotenzial in den jüngeren Altersgruppen erkennbar zurückgehen wird. Angesichts dieses Strukturwandels stellt sich die Frage, ob Unternehmen und Betriebe in Zukunft nicht vermehrt auf ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zurückgreifen müssen. Wenn man einmal davon absieht, dass Prognosen über die künftigen Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt aufgrund des raschen technologischen Wandels nur mit Vorsicht zu treffen sind, wird bei Überlegungen dieser Art zu selten die Tatsache berücksichtigt, dass vielfach auch jüngere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über Expertenwissen und effektive Handlungsstrategien verfügen und dass sich Unternehmen wie Betriebe in ihrer Beschäftigungspolitik vor allem von ökonomischen Erwägungen leiten lassen. In diesem Zusammenhang ist auch zu betonen, dass die Freisetzung älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen politisch gewollt ist und von diesen selbst vielfach befürwortet wird. Die Annahme, Unternehmen und Betriebe verfügten nicht über ausreichende Kenntnisse in Bezug auf mögliche berufliche Stärken älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, trifft nicht zu.

(b) Auch wenn diese möglichen beruflichen Stärken älterer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zurzeit keinen Einfluss auf die Beschäftigungspolitik der Unternehmen und Betriebe haben, so bilden sie doch eine Grundlage für die Ausübung jener ehrenamtlichen Tätigkeiten, die sich auf die Beratung jüngerer Menschen beim Einstieg in den Beruf oder bei der Gründung selbstständiger Unternehmen sowie auf die Unterstützung von Unternehmen und Betrieben im In- und Ausland konzentrieren – als Beispiel sind hier zum Beispiel die „Wissensbörse" oder der „Senioren-Experten-Service" zu nennen. Es wird in der öffentlichen Diskussion vermehrt hervorgehoben, dass „Arbeit" nicht allein mit Erwerbsarbeit gleichgesetzt werden darf, da es unterschiedliche Formen von Nicht-Erwerbsarbeit gibt, wie zum Beispiel Kindererziehung, Hausarbeit oder unterschiedliche Arten ehrenamtlicher Tätigkeit. Ältere Menschen, die in die ehrenamtliche Tätigkeit viel Zeit investieren, interpretieren diese häufig durchaus im Sinne von „Arbeit" – allerdings als eine Arbeit, von der ganz neue Anreize ausgehen, vor allem die größere Freiheit in Bezug auf das Ausmaß und die Zeitpunkte der Verpflichtung, die höhere Kreativität, da vertraute Arbeitsbereiche mit neuen Arbeitsbereichen verbunden werden können, sowie die Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden.

(c) Das berufliche Expertenwissen sowie die effektiven Handlungsstrategien zur Bewältigung beruflicher Anforderungen bilden nur einen Bereich möglicher Expertise im Alter. Es wurde bereits betont, dass sich Expertise auch in außerberuflichen Tätigkeitsfeldern ausbilden kann – so verfügen Menschen, die sich über einen langen Zeitraum systematisch und kontinuierlich mit einem bestimmten Interessengebiet beschäftigt haben, vielfach über Expertise in Bezug auf dieses Gebiet. Auch darin ist eine bedeutende Grundlage für die Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten zu sehen.

1.4 Ressourcen für ein mitverantwortliches Leben: Das Engagement älterer Menschen in sozialen Beziehungen sowie für unsere Gesellschaft

Bislang galt die Aufmerksamkeit den individuellen Ressourcen älterer Menschen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben, wobei zwischen verschiedenen Bereichen der Kompetenz und verschiedenen Merkmalen der Lebenslage differenziert und deren Beitrag für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben aufgezeigt wurde. In diesem Abschnitt soll auf die Frage eingegangen werden, inwieweit ältere Menschen ihre Ressourcen für andere Menschen und für unsere Gesellschaft einsetzen. Der Blick ist nun nicht mehr allein auf das selbstverantwortliche, sondern auch auf das mitverantwortliche Leben gerichtet. Dieser Perspektivenwechsel ist nach Ansicht der Kommission für das Verständnis des Alters in der heutigen Gesellschaft wichtig: Die ältere Generation leistet, zusammenfassend betrachtet, einen bedeutenden Beitrag für nachfolgende Generationen und damit für die gesellschaftliche Solidarität. Es genügt nicht mehr, sich bei der Charakterisierung der älteren Generation allein auf deren Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben zu beschränken – so wichtig es auch ist, diese Ressourcen ausdrücklich hervorzuheben. Vielmehr ist auch die Darstellung des aktiven Beitrags älterer Menschen zu unserer Gesellschaft und Kultur notwendig.

Unter einer mitverantwortlichen Lebensführung versteht die Kommission die aktive, verantwortungsvolle, an den Bedürfnissen anderer Personen oder der Gesellschaft als Ganzes orientierte soziale Teilhabe. Diese findet ihren Ausdruck in den für andere Menschen erbrachten Leistungen und Hilfen sowie in der Übernahme von Verantwortung durch die Ausübung freiwilliger und ehrenamtlicher Tätigkeiten in der Kommune, der Nachbarschaft, in Vereinen, Verbänden und Organisationen. Dennoch ist eine mitverantwortliche Lebensführung nicht mit den in sozialen Beziehungen oder in einer ehrenamtlichen Tätigkeit erbrachten Leistungen und Hilfen für andere Menschen identisch. Sie beinhaltet über diese hinaus immer auch eine subjektive Begründung des eigenen Tuns, eine spezifische Wertorientierung und Bereitschaft, ein per-

sönliches Anliegen, sich im Interesse anderer zu engagieren. Die Kommission betont, dass – eine derartige Motivstruktur vorausgesetzt – die für andere erbrachten Leistungen und Hilfen in hohem Maße zu persönlicher Sinnerfahrung und Zufriedenheit beitragen können. Eine mitverantwortliche Lebensführung ist aus diesen Grunde nicht nur aus gesellschaftlicher, sondern auch aus individueller Perspektive bedeutsam.

Die Chance, im Alter ein mitverantwortliches Leben zu führen, hängt ebenso wie die Aufrechterhaltung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens von den in früheren Lebensabschnitten entwickelten Fähigkeiten, Fertigkeiten, Erfahrungen und Wissenssystemen ab. Die zuvor getroffenen Aussagen zu den Ressourcen der Person legen nahe, dass die Mehrzahl der älteren Menschen über die für ein mitverantwortliches Leben notwendigen Voraussetzungen verfügt. Darüber hinaus ist deutlich geworden, dass der Alternsprozess auch mit persönlichen Anforderungen konfrontiert, die zunächst bewältigt werden müssen, ehe Personen die Möglichkeit haben, Chancen eines mitverantwortlichen Lebens zu nutzen. So können etwa der Verlust nahe stehender Menschen oder schwere gesundheitliche Einbußen die vorhandenen Ressourcen einer Person (sowohl vorübergehend als auch auf Dauer) so stark in Anspruch nehmen, dass ein Engagement für andere zunächst nicht möglich erscheint.

Die einer Person zur Verfügung stehenden Ressourcen stellen zwar eine notwendige, jedoch keine hinreichende Bedingung für die Möglichkeit, ein mitverantwortliches Leben zu führen, dar. Eine aktive, verantwortungsvolle und an den Bedürfnissen anderer orientierte soziale Teilhabe setzt auch voraus, dass die vorhandenen Ressourcen von den älteren Menschen selbst sowie von jüngeren Menschen erkannt werden. Diese Feststellung verweist auf die Bedeutung der Altersbilder für die Möglichkeiten einer mitverantwortlichen Lebensführung. Die Altersbilder wirken sich zum einen auf die Bereitschaft älterer Menschen, ihre Ressourcen in den Dienst inner- und außerfamiliärer Netzwerke zu stellen, zum anderen auf die Bereitschaft der Gesellschaft, die Angebote älterer Menschen auch wirklich zu nutzen, aus (s. Kapitel 2). Bei der Erörterung der Ressourcen des Alters für die Gesellschaft muss berücksichtigt werden, inwieweit diese Ressourcen im individuellen und gesellschaftlichen Altersbild als „gesellschaftliches Potenzial" vertreten sind, das genutzt werden sollte (ausführlich dazu Filipp & Mayer 1999).

1.4.1 Werden die Ressourcen des Alters als gesellschaftliches Potenzial erkannt?

In einer neueren, im gesamten Bundesgebiet durchgeführten Untersuchung zum Thema „Bilder des Alter(n)s und Sozialstruktur" (ausführlich dazu Rudinger, Kruse & Schmitt 2000) wurde der Frage, inwieweit die zunehmende Anzahl älterer Menschen als eine Belastung für unsere Gesellschaft interpretiert wird und inwiefern das Verhältnis zwischen der jüngeren und älteren Generation durch Verteilungskonflikte zu charakterisieren ist, besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Einer auf der Grundlage von sechs Schichtungsmerkmalen (Alter, Geschlecht, Erwerbstätigkeitsstatus, alte versus neue Bundesländer, Stadt versus Land, Regionen mit hoher versus niedriger Arbeitslosenquote) zusammengestellten Stichprobe von 1 275 Untersuchungsteilnehmern im mittleren und höheren Erwachsenenalter (Altersspanne 45 bis 75 Jahre) wurde eine Reihe von Aussagen zur Beurteilung vorgelegt, in denen potenzielle Generationenkonflikte (im Sinne von Verteilungskonflikten) angesprochen werden: So wurde in diesen Aussagen unter anderem für eine „Kürzung der von der Gesellschaft für ältere Menschen zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel", für eine „Priorität der Bedürfnisse jüngerer Menschen im Gesundheitssystem", für ein „vorzeitiges Ausscheiden älterer Menschen aus dem Berufsleben in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit" oder gegen eine „zu hohe Verantwortung jüngerer Menschen für die Pflege Älterer" plädiert. Über alle betrachteten Altersgruppen hinweg wurden die in unserer Gesellschaft für ältere Menschen erbrachten Leistungen positiv bewertet und der mit dem demographischen Wandel verbundene Anstieg der Kosten sozialer Sicherungssysteme akzeptiert. Eine bevorzugte Behandlung der Bedürfnisse jüngerer Menschen wurde dagegen eindeutig abgelehnt. Die Ergebnisse der Untersuchung sprechen also dafür, dass die mittlere und die ältere Generation dem „Generationenvertrag" nach wie vor Bedeutung beimessen. Da in dieser Untersuchung die junge Generation nicht befragt wurde, lassen sich aus ihr allerdings keine Aussagen darüber treffen, wie diese den „Generationenvertrag" interpretiert.

Weitere Ergebnisse der Untersuchung belegen, dass dem Alter eines Menschen nur ein sehr niedriger Stellenwert für die Wahrnehmung und Gestaltung sozialer Beziehungen beigemessen wird (diese Tendenz war unter jüngeren Untersuchungsteilnehmern ausgeprägter) und die Wahrnehmung von Risiken und Entwicklungsverlusten im Alter von der Wahrnehmung von Chancen und Entwicklungsgewinnen in diesem Lebensabschnitt weitgehend unabhängig ist. Auf der Skala zur Messung der Wahrnehmung von Entwicklungsverlusten lagen die Werte für alle Altersgruppen im mittleren Bereich, was darauf hindeutet, dass altersgebundene Verluste durchaus wahrgenommen werden, das Alter aber keinesfalls im Sinne eines schicksalshaft verlaufenden, generellen Abbauprozesses gedeutet wird. Im Vergleich zu Aussagen, in denen Entwicklungsverluste festgestellt werden, erhielten Aussagen, die sich auf mit dem Alter verbundene Chancen und Entwicklungsgewinne beziehen, deutlich mehr Zustimmung. Weiteren Aufschluss bezüglich der Frage, inwieweit die Ressourcen des Alters als gesellschaftliches Potenzial erkannt werden, geben Befunde der Untersuchung zur Wahrnehmung persönlicher Potenziale und Barrieren eines mitverantwortlichen Lebens. Hier zeigte sich, dass sich die einzelnen Altersgruppen in ihrer Motivation, sich für andere zu engagieren und gesellschaftlich nützliche Aufgaben wahrzunehmen, nicht unterscheiden. Innerhalb der untersuchten Altersspanne von 45 bis 75 Jahren fanden sich dagegen statistisch bedeutsame Unterschiede in

der Wahrnehmung von Barrieren eines Engagements für andere Menschen: In den höchsten Altersgruppen wurden mehr Barrieren wahrgenommen, wobei dieser Unterschied nicht allein auf eine Zunahme von subjektiv erlebten Leistungseinbußen im eigenen Alternsprozess zurückgeht, sondern zum Teil auch auf den Eindruck, einem Engagement für andere werde auch (jedoch nicht überwiegend) mit Skepsis begegnet. Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Untersuchung „Bilder des Alter(n)s und Sozialstruktur" damit, dass die Potenziale älterer Menschen in unserer Gesellschaft im Allgemeinen durchaus wahrgenommen werden, dass die Bereitschaft, gesellschaftlich bedeutsame Rollen und Funktionen für ein Engagement älterer Menschen zur Verfügung zu stellen, deshalb aber noch nicht uneingeschränkt gegeben ist (s. auch Kapitel 2).

1.4.2 Das Engagement älterer Menschen in sozialen Beziehungen

Für die Bundesrepublik Deutschland liegen inzwischen mehrere empirische Studien vor, die Aussagen über die Leistungen, die ältere Menschen in sozialen Beziehungen erbringen, zulassen. Zu nennen sind hier insbesondere die Berliner Altersstudie, die Zeitbudgetstudie des Statistischen Bundesamtes, der Alters-Survey sowie eine in fünf Nationen (USA, Kanada, Großbritannien, Bundesrepublik und Japan) durchgeführte repräsentative Befragung der älteren Bevölkerung (ab 65 Jahren) in Privathaushalten zu nachberuflichen Tätigkeitsfeldern. Diese Studien sprechen dafür, dass sich ältere Menschen in Beziehungen zur eigenen wie zur jüngeren Generation engagieren; zudem sind sie durchaus in der Lage, in diesen Beziehungen ein Gleichgewicht zwischen erbrachten und in Anspruch genommenen Leistungen aufrecht zu erhalten. Als Beispiel seien hier die finanzielle Unterstützung von Angehörigen und die Betreuung von Enkelkindern angeführt, die der jüngeren Generation häufig erst die Möglichkeiten zu einer Sicherung des erreichten Lebensstandards durch kontinuierliche Erwerbstätigkeit eröffnen.

Andererseits ist festzustellen, dass die Anzahl von Bezugspersonen mit zunehmendem Alter zurückgeht und – insbesondere für geschiedene und verwitwete Menschen – das Risiko einer sozialen Isolation, die auch subjektiv als Einsamkeit erlebt wird, erkennbar zunimmt. Zwar ist es nicht zulässig, aus der Anzahl von Bezugspersonen auf das subjektive Erleben von Einsamkeit zu schließen, zumal die mit dem Alternsprozess einhergehende Verkleinerung sozialer Netzwerke auch im Sinne einer zunehmenden Konzentration auf persönlich bedeutsame Beziehungen zu werten ist. Dennoch tragen Einbußen in der Selbstständigkeit ebenso wie der Tod persönlich nahe stehender Personen häufig zu einer nicht kompensierbaren Verminderung der sozialen Integration bei. Auch wenn Menschen bis ins sehr hohe Alter von ihren Bezugspersonen nicht nur Hilfe erhalten, sondern auch selbst Hilfe leisten, ist dennoch nicht zu übersehen, dass die Aufrechterhaltung eines (subjektiven) Gleichgewichts zwischen in Anspruch genommener und anderen gewährter Hilfe angesichts nicht zu leugnender altersgebundener Entwicklungsverluste mit zunehmendem Alter schwerer wird.

Intergenerationelle Beziehungen lassen sich aus der Sicht der Kommission als soziale Austauschprozesse interpretieren, in die sowohl die Angehörigen der jüngeren als auch jene der älteren Generation investieren sowie Kompetenzen einbringen, und aus denen alle Beteiligten zumindest potenziell Nutzen ziehen können.

Von den Untersuchungsteilnehmern der Berliner Altersstudie (Wagner et al. 1996) gaben 22 Prozent an, Netzwerkpartner instrumentell zu unterstützen – das heißt, diesen bei der Erreichung persönlich bedeutsamer Zielsetzungen, bei der Ausübung von Aktivitäten des täglichen Lebens und bei der Verwirklichung von Plänen und Vorhaben behilflich zu sein. 55 Prozent gaben an, Netzwerkpartner emotional zu unterstützen – das heißt, diesen bei der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung einer tragfähigen Lebensperspektive sowie bei der Verarbeitung von Problemen und Verlusten behilflich zu sein. 14 Prozent berichteten von beiden Arten sozialer Unterstützungsleistungen für andere Menschen.

Auch wenn mit steigendem Alter die Möglichkeiten, andere Menschen zu unterstützen, und der Kreis unterstützter Personen abnehmen – vor allem Hilfen, die körperlichen Einsatz erfordern, können zunehmend weniger geleistet werden –, bildet die für andere Menschen geleistete Unterstützung selbst in der Gruppe der Hochbetagten ein bedeutsames Merkmal der sozialen Beziehungen. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Zeitbudgetstudie des Statistischen Bundesamtes (s. Borchers 1997). Dieser Studie zufolge leistete unter den über 60-Jährigen noch immerhin etwa ein Viertel Netzwerkhilfe für andere Personen. Von den im Alters-Survey befragten 70- bis 85-Jährigen berichteten noch jeder fünfte Mann und jede sechste Frau, in den letzten 12 Monaten instrumentelle Hilfen für Personen, die nicht dem eigenen Haushalt angehören, geleistet zu haben (Kohli & Kühnemund 1999; näheres hierzu in Kapitel 6).

Eine besondere Form sozialer Unterstützung, die in früheren Lebensabschnitten häufig schon aus zeitlichen Gründen nicht erbracht werden kann, bildet die Enkelbetreuung. Nach Ausscheiden aus dem Berufsleben wird die zusätzlich zur Verfügung stehende freie Zeit häufig für die Übernahme von Betreuungs- und Erziehungsaufgaben genutzt, die Angehörige jüngerer Generationen nicht nur entlastet, sondern häufig auch eine entscheidende Voraussetzung für deren Berufstätigkeit darstellt. Nach den Ergebnissen der Zeitbudgetstudie beaufsichtigt etwa ein Fünftel der über 60-jährigen Menschen die Kinder von Verwandten, darüber hinaus werden – wenn auch in deutlich geringerem Ausmaß – Kinder von Nachbarn, Freunden und Bekannten betreut. Der hohe zeitliche Aufwand für diese Unterstützungsleistung wurde von den befragten älteren Menschen in aller Regel nicht als „belastend" empfunden, vielmehr stand die positiv bewertete Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden und eine sinnvolle Aufgabe zu haben, im Vordergrund.

Eine zweite wichtige Form sozialer Unterstützungsleistungen durch ältere Menschen besteht in Hilfeleistungen

für Personen, die selbst bereits das Rentenalter erreicht haben. Nach einer Studie des Instituts für Entwicklungsplanung und Strukturforschung in Hannover zu Hilfeleistungen in ländlichen Regionen (siehe dazu Schubert 1992) findet sich diese Form sozialer Unterstützung bei etwa 20 Prozent der über 50-Jährigen und bleibt bis ins sehr hohe Alter in nennenswertem Maße erhalten: Der Anteil der Helfenden lag in der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen bei 17,6 Prozent, bei den 80-Jährigen und älteren immerhin noch bei 10,9 Prozent. Interessanterweise konzentrieren sich „intragenerationelle Unterstützungsleistungen" mit zunehmendem Alter weniger auf Beziehungen innerhalb der eigenen Verwandtschaft. Der durch Mobilitätseinschränkungen reduzierte „räumliche Aktionsradius" führt zu einer Einschränkung verwandtschaftlicher Beziehungen, was dazu führt, dass wiederum nachbarschaftliche Beziehungen an Bedeutung gewinnen und Unterstützungsleistungen innerhalb der Nachbarschaft bereitwilliger erbracht werden.

In ihrer Bedeutung nicht zu übersehen ist eine dritte Form sozialer Unterstützung durch ältere Menschen: finanzielle Transferleistungen. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge hat fast jeder Dritte der über 70-Jährigen mit Kindern diese in den letzten 12 Monaten finanziell unterstützt. Hier handelt es sich vielfach um substanzielle Unterstützungsleistungen: der durchschnittliche finanzielle Transfer zu den Nachkommen bezifferte sich auf ca. 7000 DM in den letzten 12 Monaten (siehe dazu Wagner et al. 1996). In der für die 40- bis 85-Jährigen repräsentativen Stichprobe des Alters-Survey wurden von etwa einem Drittel der Untersuchungsteilnehmer intergenerationelle familiäre Transfers berichtet. Die Empfänger waren zum weit überwiegenden Teil (84 %) die eigenen Kinder. Dagegen berichteten lediglich 8 Prozent der Befragten, selbst familiale Transfers erhalten zu haben. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen sowie zwischen Ost- und Westdeutschland waren gering, dagegen wurden in höheren Altersgruppen private Transfers zunehmend seltener empfangen (siehe dazu Kohli & Kühnemund 1999).

1.4.3 Die Übernahme freiwilliger und ehrenamtlicher Tätigkeiten

Das Engagement älterer Menschen im Sinne einer praktizierten Mitverantwortung ist nicht auf Austauschprozesse in sozialen Beziehungen beschränkt. Von den Leistungen älterer Menschen profitieren nicht allein konkrete Kontaktpersonen, Familienangehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn, sondern auch die Älteren selbst und die Gesellschaft als Ganzes. Das Engagement für andere ist auch insofern als ein spezifisches Potenzial, das sich positiv auf individuelle Alternsprozesse auswirken sollte, zu werten, als es Möglichkeiten zur Erfahrung von Kontinuität, Kompetenz, Effektivität, Selbstwertgefühl und Wertschätzung durch andere schafft. Die Gesellschaft profitiert vom Engagement älterer Menschen insofern, als diese Aufgaben übernehmen, die andernfalls zum Teil erhebliche Kosten verursachen würden. Zu nennen sind hier vor allem die Weitergabe von Erfahrungswissen und spezifischer Expertise, die Übernahme von Pflege- und Unterstützungsleitungen für Personen mit unterschiedlichen Graden von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit sowie generell die Übernahme ehrenamtlicher Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden und Organisationen. Die gesellschaftliche Bedeutung der Leistungen älterer Menschen ist in den letzten Jahren verstärkt in das Interesse gerontologischer Forschung gerückt, das Thema „Produktivität im Alter" hat sich neben Untersuchungen zum „erfolgreichen Altern" als zentraler Bereich der gerontologischen Forschung etabliert. Gerade bezüglich des ehrenamtlichen Engagements älterer Menschen hat sich der Erkenntnisstand erheblich erweitert. Zu nennen sind hier insbesondere die im Modellprogramm „Seniorenbüro" des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gewonnen Erfahrungen (ausführlich dazu Fachinger 1999) sowie Ergebnisse aus dem Alters-Survey und der internationalen Vergleichsstudie zu Tätigkeitsfeldern nach dem Ausscheiden aus dem Beruf (Kohli & Kühnemund 1997 und 1999).

In der erwähnten internationalen Vergleichsstudie zu nachberuflichen Tätigkeitsfeldern war die nachberufliche Erwerbstätigkeit in der Bundesrepublik am seltensten. Während von den 65-jährigen und älteren Menschen in Japan etwa jeder vierte, in den USA etwa jeder neunte einer nachberuflichen Erwerbstätigkeit nachgeht, lag der Anteil in der Bundesrepublik bei lediglich 3,3 Prozent. Auch wenn das soziale Sicherungssystem der Bundesrepublik nicht mit jenen in den USA oder in Japan zu vergleichen und deshalb im Vergleich zu diesen Staaten ein bedeutend geringerer Anteil der älteren Menschen auf die Ausübung einer entlohnten Tätigkeit angewiesen ist, deutet die Kommission den erwähnten Befund auch dahingehend, dass die Möglichkeiten einer aktiven gesellschaftlichen Partizipation älterer Menschen in der Bundesrepublik bei weitem nicht ausgeschöpft sind. Anders als in den USA oder in Japan ist in der Bundesrepublik die Erkenntnis, dass die berufliche Expertise älterer Arbeitnehmer – insbesondere auch altersbedingt ausscheidender Führungskräfte – auch über die gesetzliche Altersgrenze hinaus genutzt werden kann, bislang folgenlos geblieben. Die ausgesprochen geringe Erwerbsbeteiligung älterer Menschen in der Bundesrepublik ist auch darauf zurückzuführen, dass eine Diskussion über die Möglichkeiten innovativer Beschäftigungsmodelle bislang nicht geführt worden ist.

Die im Kontext des Modellprogramms Seniorenbüro gewonnen Erfahrungen legen nahe, dass die Bereitschaft älterer Menschen, eine ehrenamtliche Tätigkeit auszuüben, durch die Schaffung einer Infrastruktur der Engagementförderung und gezielte Qualifikationsangebote deutlich erhöht werden könnte (s. Kapitel 6).

Die Bedeutung älterer Menschen für unsere Gesellschaft beschränkt sich nicht nur auf ihr Engagement in nachberuflichen Tätigkeitsfeldern. Die Übernahme ehrenamtlicher Tätigkeiten stellt aus der Sicht der Kommission nur eine Möglichkeit einer mitverantwortlichen Lebensführung dar, die zudem vor allem im „dritten Lebensalter" gegeben und zu einem nicht unerheblichen Teil an den Bildungsstand, die Erwerbsbiografie, die gesundheitliche

Situation sowie an weitere Merkmale der Lebenslage des Menschen gebunden ist. Auch ist die Produktivität des Alters nicht auf die Ausübung von ehrenamtlichen Tätigkeiten oder auf Unterstützungsleistungen in sozialen Beziehungen beschränkt, die andernfalls erhebliche Kosten für die Gesellschaft verursachen würden. Gerade angesichts der im „vierten Lebensalter" deutlich erhöhten Vulnerabilität ist hervorzuheben, dass auch die intensive Bemühung um eine Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit im Alltag als „produktiv" zu werten ist, insofern sie nicht nur hilft, entstehende Kosten zu vermeiden, sondern auch anderen Menschen als positives Beispiel für ein selbstverantwortliches (und vielleicht auch für ein mitverantwortliches) Leben dienen kann (ausführlich dazu Montada 1996; Staudinger 1996).

Die Kommission vertritt die Annahme, dass eine den Ressourcen und Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werdende Politik zunächst von möglichst differenzierten Erkenntnissen über die verschiedenen Alternsformen ausgehen muss. Der Lebensphase „Alter" wird heute immer noch mit zahlreichen Vorurteilen begegnet, die durch die gerontologische Forschung ebenso wie durch Erkenntnisse, die in der gerontologischen Praxis gewonnen wurden, widerlegt werden können. Eines dieser Vorurteile lautet, dass ältere Menschen primär eine „Belastung" für unsere Gesellschaft darstellen, hingegen keinen „Gewinn". Die Kommission hat sich dafür entschieden, sich dem Thema „Alter und Gesellschaft" aus einer ressourcenorientierten Sicht zu nähern. Wie bereits in diesem einführenden Kapitel dargelegt wurde und auch die nachfolgenden Kapitel zeigen, sind ältere Menschen nicht nur auf gesellschaftliche Ressourcen angewiesen, damit sie sich vor bestimmten Risiken im Alter besser schützen sowie spezifische Problem- und Lebenslagen besser bewältigen können. Sie verfügen auch über Ressourcen, die der Gesellschaft zugute kommen, von denen diese profitieren kann. Die differenzierte Beschreibung dieser Ressourcen – der gesellschaftlichen Ressourcen einerseits, der individuellen Ressourcen andererseits – und deren Analyse unter dem Aspekt der Weiterentwicklung einer „altenfreundlichen" Politik bildet ein zentrales Ziel dieses Berichts. Dabei soll das nachfolgende Kapitel unter anderem aufzeigen, dass in der öffentlichen Diskussion bestimmte Altersbilder dominieren. Alle Berufsgruppen, die sich mit dem Thema „Alter" befassen, sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass gesellschaftliche Bilder des Alters Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung des Alters ausüben. Den Ausgangspunkt von Entscheidungen, die ältere Menschen betreffen, sollte die kritische Reflexion der gesellschaftlichen Altersbilder darstellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Blick auf die Ressourcen, die die Gesellschaft für ältere Menschen zur Verfügung stellen sollte, sowie auf die möglichen Ressourcen des Alters für unsere Gesellschaft verdeckt wird.

2. Altersbilder

Im ersten Kapitel des Kommissionsberichts wurde auf die Verschiedenartigkeit des Alters hingewiesen, die sich zum einen daraus ergibt, dass die Lebensphase „Alter" eine Zeitspanne von zwei oder drei Jahrzehnten umfasst, in der vielfach deutliche Veränderungen der körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit auftreten. Die Verschiedenartigkeit des Alters ergibt sich zum anderen aus den unterschiedlichen Biographien, Lebensbedingungen, Interessen und Kompetenzen älterer Menschen.

Diese Verschiedenartigkeit spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Altersbildern wider. In der öffentlichen Diskussion über Fragen des Alters sowie in der öffentlichen Darstellung des Alters werden Altersbilder sichtbar, die zum einen bestimmte Facetten des Alters – wie zum Beispiel die körperliche oder die seelisch-geistige Entwicklung im Alter – betonen, zum anderen bestimmte Altersformen, wie zum Beispiel das Alter bei erhaltener Gesundheit und ausreichenden finanziellen Ressourcen oder das Alter bei eingeschränkter Gesundheit, geringer sozialer Integration, geringen finanziellen Ressourcen.

Unter Altersbildern versteht die Kommission allgemeinere Vorstellungen über das Alter, über die im Alternsprozess zu erwartenden Veränderungen und über die für ältere Menschen mutmaßlich charakteristischen Eigenschaften. Altersbilder umfassen Ansichten von Gesundheit und Krankheit im Alter, Vorstellungen über Autonomie und Abhängigkeiten, Kompetenzen und Defizite, über Freiräume, Gelassenheit und Weisheit, aber auch Befürchtungen über materielle Einbußen und Gedanken über Sterben und Tod. Nicht zuletzt enthalten sie auch – normative – Vorstellungen über Rechte und Pflichten alter Menschen. Altersbilder umfassen demnach nicht allein beschreibende und erklärende Aussagen über das Alter(n), sondern enthalten auch wertende und normative Elemente.

Altersbilder sind soziale Konstruktionen, die sich im Wechselspiel zwischen Individuum und Gesellschaft herausbilden und entwickeln. Einerseits tragen ältere Menschen selbst durch ihr Handeln (z. B. durch ihren Lebensstil) zur Entstehung und Veränderung von Altersbildern bei. Andererseits beeinflussen Altersbilder auf individueller und gesellschaftlicher Ebene die Wahrnehmung und Beurteilung von älteren Menschen, die Gestaltung von sozialen Interaktionen mit ihnen sowie die Erwartungen an den eigenen Alternsprozess und die persönliche Lebenssituation im Alter. Der Beginn der Lebensphase „Alter" wird – so die Ergebnisse mehrerer Studien – von den Men-

schen im Allgemeinen mit dem Beginn des Rentenbezugs oder Altersruhegelds markiert. Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung der wohlfahrtsstaatlichen Konstruktion dieses Übertritts in eine neue Lebensphase.

Eine wichtige Frage ist, mit welchen Altersbildern sich der ältere Mensch selbst identifiziert. Die Antwort auf diese Frage entscheidet mit darüber, inwieweit dieser seine Ressourcen für ein unabhängiges Leben nutzt, inwieweit er sich darum bemüht, durch eigene Aktivität zur möglichst langen Aufrechterhaltung der Ressourcen beizutragen, und inwieweit er das Engagement für andere Menschen – d. h. die Bereitstellung von Ressourcen – als eine persönlich bedeutsame Aufgabe wertet.

Altersbilder, die positive Aspekte des Alter(n)s (etwa im Sinne von Fachkompetenzen, Daseinskompetenzen und gesellschaftlicher Produktivität) hervorheben, können Handlungsspielräume für ältere Menschen eröffnen. Sie können dazu beitragen, dass ein persönlich zufriedenstellendes Engagement in selbstgewählten sozialen Rollen möglich und von anderen anerkannt wird. Des Weiteren erhöhen Altersbilder, die die „Chancen des Alters" betonen, die Wahrscheinlichkeit, dass objektiv bestehende Handlungsspielräume von den Individuen erkannt und für eine Verwirklichung von persönlich bedeutsamen Anliegen und Bedürfnissen genutzt werden. Sie haben dann insofern auch eine ermutigende Funktion.

Umgekehrt können Altersbilder, die negative Aspekte des Alter(n)s (im Sinne charakteristischer Einbußen und Verluste) hervorheben, dazu beitragen, dass objektiv bestehende Handlungsspielräume nicht wahrgenommen und Möglichkeiten der Verwirklichung persönlich bedeutsamer Anliegen und Bedürfnisse nicht genutzt werden und im ungünstigsten Fall auf Dauer verloren gehen. Es soll hier deutlich auf die potenziell ungünstige Wirkung negativer Altersbilder im Sinne von „Etikettierungen" hingewiesen werden: Akzeptiert ein alter Mensch die Aussagen eines „negativen" Altersstereotyps (z. B. „alt = schwach, inkompetent, isoliert"), so besteht die Gefahr, dass eine Fremd- oder Selbst-Etikettierung als „alter Mensch" zur Übernahme genau dieser Eigenschaften führt („social breakdown theory"; vgl. Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

Allgemein sind Altersbilder als Teil subjektiver Theorien über das Alter(n) für den Einzelnen für die Bewältigung von Aufgaben und Anforderungen im Lebenslauf von Bedeutung. So sind etwa funktionale Verzerrungen in der Wahrnehmung des eigenen Alternsprozesses nichts Ungewöhnliches. Die Wahrnehmung des eigenen Alters fällt in der Regel etwas positiver aus als das von gleichaltrigen Menschen: „Wird das Altern im Allgemeinen als belastend gesehen, so schneidet man selbst im sozialen Vergleich weniger schlecht ab, was wiederum die emotionalen Effekte von Belastungen abzupuffern hilft" (Filipp & Mayer, 1999, S. 53). Dass die eigene Lebenssituation sich gegen ein (negatives) Altersstereotyp positiv abhebt, kann eine bedeutsame Funktion von Altersbildern sein. Die unterschiedliche Einschätzung des eigenen Alters und des Alters anderer Menschen liegt zudem in der Neigung begründet, in der retrospektiven Einschätzung des eigenen Lebenslaufs die „gute Gestalt" des eigenen Lebens und der eigenen Identität zu maximieren: Personale Kontinuität soll auch im Wandel der biografischen Zeit weitgehend gesichert werden.

Wenn sich Menschen mit Fragen des Alters befassen, so sollten sie die Altersbilder, die sie vertreten (oder anders ausgedrückt: an denen sie sich orientieren), kritisch reflektieren. Dabei gewinnt vor allem die Frage an Bedeutung, ob sich in den subjektiv vertretenen Altersbildern die Verschiedenartigkeit des Alters widerspiegelt oder ob eine bestimmte Facette des Alters bzw. eine bestimmte Altersform über die Gesamtgruppe der älteren Menschen generalisiert wird.

Altersbilder lassen sich in vielen Fällen nicht pauschal als „wahr" oder „falsch", als der Realität des Alters und Alterns angemessen oder unangemessen beurteilen. Angesichts der Vielgestaltigkeit des Alter(n)s lässt sich für viele Altersbilder immer auch zumindest ein „wahrer Kern" finden: in ihnen spiegeln sich bestimmte Altersformen wider, die in unserer Gesellschaft bestehen. Andererseits muss kritisch betont werden, dass Altersbilder die differenzierte Sicht auf das Alter und auf ältere Menschen sowie die Entwicklung differenzierter, auf die verschiedenen Altersformen abgestimmte Maßnahmen dann erschweren oder unmöglich machen, wenn die subjektiv vertretenen Altersbilder über die gesamte Gruppe alter Menschen verallgemeinert werden (wie zum Beispiel: „Hochaltrige Menschen sind alle krank"). Problematisch wird die Verwendung von Altersbildern immer dann, wenn es sich um übergeneralisierende Charakterisierungen handelt, die den Handlungsspielraum der Menschen einzuschränken drohen. In diesen Fällen muss auf die negativen Wirkungen (z. B. Gefahr der Instrumentalisierung und Diskriminierung) solcher Altersstereotypen hingewiesen werden.

Zum Beispiel kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, dass übergeneralisierte Altersbilder oder -stereotype gerne im politischen Diskurs zur Durchsetzung von Interessen funktionalisiert werden. Als Thema für sich hat das Alter dort einen eher geringen Stellenwert; als Argument – positiver oder negativer Art – wird es aber in vielen Sachzusammenhängen bereitwillig instrumentalisiert. Vorwiegend wird das Altern unserer Gesellschaft dabei im Zusammenhang mit der Lage der öffentlichen Finanzen als Verschärfung von Budgetrestriktionen aufgegriffen. Der Diskurs über die Finanzierung des Sozialstaates einer demographisch alternden Gesellschaft zeigt sich als dramatische Inszenierung, die sich nicht selten an der Metapher der „Explosion" orientiert. Mit dem Hinweis auf eine drohende „Alterslast" werden Veränderungen im Bereich der Sozialversicherungssysteme begründet, wobei eine inhaltliche Beziehung zu den vorgeschlagenen Veränderungen nicht immer gegeben sein muss. Die komplexen Zusammenhänge von demographischen Veränderungen und gesellschaftlichen Auswirkungen werden in diesen Inszenierungen nicht differenziert dargestellt. Sehr oft wird pauschal – etwa in gesundheitsökonomischen Zusammenhängen – von „Überalterung" gesprochen, wobei die normativen Kriterien für diese negative Redeweise unklar bleiben.

Auf der anderen Seite wird das sensible Thema der gesellschaftlichen Nutzung des Humanvermögens, das auch ältere und alte Menschen zweifelsohne darstellen, oftmals im zeitlichen Kontext fiskalischer Engpässe allzu vereinfachend zu instrumentalisieren versucht. Ob „altes" oder „neues" Ehrenamt, ob genossenschaftsartige Selbsthilfegruppe oder freiwillige selbstorganisierte Widmungstätigkeit, ob familiale oder außerfamiliale Unterstützungsleistungen – das Humanvermögen des Sektors jenseits von Markt und Staat wird gerne auch als Ersatz für sozialstaatliche Leistungen gesehen. Dies geschieht bisweilen in Verbindung mit einer unzulässigen argumentativen Verkürzung – und insofern Missbrauch – des in der Gerontologie entwickelten Leitbilds eines aktiven und produktiven Alterns.

Der vorliegende Bericht unternimmt daher in verschiedenen Kapiteln unter anderem den Versuch, eine differenziertere Sicht des Alters zu vermitteln, d. h. für die Verschiedenartigkeit des Alters in unserer Gesellschaft zu sensibilisieren. Dies geschieht im Bewusstsein der Tatsache, dass Altersbilder auf gesellschaftlicher Ebene unter anderem Implikationen haben für die Gestaltung von sozialen Sicherungssystemen, die Verwirklichung von produktiven Potenzialen des Alters und die soziale Teilhabe älterer Menschen.

Spezifische Altersbilder

Diese Verschiedenartigkeit ist – wie bereits zu Beginn hervorgehoben wurde – schon allein darauf zurückzuführen, dass die Lebensphase „Alter" zwei oder drei Jahrzehnte umfasst. Bereits die Berücksichtigung der gesamten Zeitspanne des Alters legt eine Differenzierung in den Altersbildern nahe, unter anderem aufgrund der zunehmenden gesundheitlichen Risiken und des wachsenden Risikos des Verlusts nahestehender Menschen. In den vergangenen Jahren sind diesbezüglich zwei markante, deutlich voneinander unterschiedene Altersbilder in den Vordergrund getreten, die ihre Basis auch in der gerontologischen Forschung haben bzw. dort intensiv diskutiert werden (Baltes & Smith, 1999). Es handelt sich hierbei um das Bild von den „jungen Alten" und das der „alten Alten", korrespondierend mit den phasenspezifischen Bildern vom „dritten" und „vierten" Lebensalter.

Wenn von den „jungen Alten" die Rede ist, dann sind damit idealtypisch Menschen in den ersten zehn bis fünzehn Jahren nach ihrem Austritt aus dem Erwerbsleben gemeint, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen, über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen und in hohem Maße aktiv sind. Das Bild der „jungen Alten" verweist auf die deutliche Verlängerung der nachberuflichen Lebensphase durch den vorgezogenen Beginn (aufgrund früherer Verrentung) und das spätere Ende (aufgrund steigender Lebenserwartung) des Lebensabschnitts „Alter". Diese Ausweitung macht verständlich, dass sich in den Vorstellungen über das Leben nach der Verrentung eine zeitliche Zweiteilung etabliert: Zunächst kommt das „junge" Alter, das im gerontologischen Sprachgebrauch oft als das „dritte" Lebensalter bezeichnet wird, gekennzeichnet durch eine allgemein gute Ausstattung mit gesundheitlichen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, noch kaum spürbaren altersbedingten Einschränkungen und verbunden mit neuen Möglichkeiten einer aktiven, selbstbestimmten und mitverantwortlichen Lebensgestaltung.

Davon abgegrenzt wird im gesellschaftlichen und auch wissenschaftlichen Diskurs das Bild von den „alten Alten", die sich im hohen und höchsten Alter („viertes" Lebensalter) befinden. Kennzeichnend für die sich mit dem Altersbild der „alten Alten" verbindenden Vorstellungen ist eine deutliche Zunahme gesundheitlicher Probleme; insbesondere chronische Krankheiten, Multimorbidität, psychische Veränderungen und Pflegebedürftigkeit treten deutlich häufiger auf als im „jungen Alter". Die Schutzbedürftigkeit von Menschen wächst, wenn sie in diese Phase des hohen Alters kommen, was die Demenzproblematik exemplarisch zum Ausdruck bringt. Oft wird vergessen, dass sich in der Unterscheidung eines „jungen" und „alten" Alters auch eine Verlaufsdynamik verbirgt: Vielleicht gehört es zu den zentralen Herausforderungen zukünftigen Alterns, den Übergang von einer oft sehr aktiven, gesundheitlich wenig eingeschränkten und mit weitgehender Kontinuität gegenüber dem früheren Leben versehenen Phase des „jungen" Alters zu einer mit stärkeren Einschränkungen und Verlusten verbundenen Phase des „alten" Alters bestmöglich zu gestalten.

Die Differenzierung zwischen dem „dritten" und dem „vierten Lebensalter" soll zum Ausdruck bringen, dass im hohen Lebensalter die gesundheitlichen und die sozialen Risiken an Bedeutung gewinnen. Dabei würde es aber eine unzulässige Vereinfachung bedeuten, wenn man eine Polarisierung des dritten und des vierten Lebensalters in der Weise vornehmen würde, dass man behauptete, im dritten Lebensalter seien die Menschen grundsätzlich „kompetent", im vierten Lebensalter hingegen grundsätzlich „inkompetent". Die Verschiedenartigkeit der Altersformen zeigt sich sowohl im dritten als auch im vierten Lebensalter – auch wenn im letzteren die gesundheitlichen und sozialen Risiken deutlich zunehmen.

Wie sehen nun die Altersbilder in verschiedenen Handlungsfeldern aus? Nachfolgend sollen Altersbildaspekte in einigen ausgewählten Bereichen (Medizin, Arbeitswelt, Medien) angesprochen und auch auf Vorstellungen eingegangen werden, die oft in typischer Weise über ältere Migrantinnen und Migranten bestehen.

In der Medizin wirkt sich einerseits das Paradigma der Heilung und der Bekämpfung des Todes auf die dort vorkommenden Altersbilder aus. Stünde allein die kurative Orientierung im Vordergrund medizinischen Handelns, würde Sterben und Tod der Patienten primär als medizinisches Scheitern empfunden und einer eher negativen Sicht auf das Alter Vorschub leisten, insbesondere auf das hohe Alter, bis hin zu einer Anfälligkeit für Gerontophobien. Andererseits wird die Medizin nicht von einer solch strikten Orientierung auf Kuration dominiert. Es kommen auch andere Leitbilder zum Tragen, die sich mehr an der Förderung von Selbstständigkeit im Kontext der jeweili-

gen Lebenslage in ihrer Gesamtheit und dem Erhalt von Lebensqualität orientieren. Lebensqualität und Wohlbefinden sollen in dieser Perspektive des Alters und des Alterns auf möglichst hohem Niveau gerade auch unter der Bedingung funktioneller Beeinträchtigungen im Alltag und Leistungsverlusten gesichert werden. Man kann davon ausgehen, dass innerhalb des Gesundheitsbereichs diese Perspektive in der Geriatrie und einer wissenschaftlich fundierten Altenpflege, die die Unterstützung einer möglichst selbstständigen Lebensführung auch und gerade unter der Bedingung eingeschränkter Gesundheit, chronifizierter Krankheitsbilder, Hilfe- oder Pflegeabhängigkeiten antrebt, stärker vertreten ist als sonst.

In der Arbeitswelt setzt die Charakterisierung des „Altseins" relativ früh ein. Der Bezugspunkt ist hier nicht die Bevölkerung im Rentenalter, sondern die erwerbstätigen Menschen, in Unternehmen konkret meist das Alter der Belegschaft. Vorstellungen darüber, wann Arbeitnehmer „jung" oder „alt" sind, hängen dabei stark von der Branche ab. In der rasch expandierenden Branche der Informationstechnologie sind die Vorstellungen hierzu beispielsweise extrem. Allgemein ist hervorzuheben, dass gerade im Bereich der Arbeitswelt das „Alter" eine soziale Konstruktion ist, die wenig mit der Leistungsfähigkeit der Altersgruppen und der einzelnen Personen zu tun hat. Das gern kolportierte Bild vom „älteren Arbeitnehmer" als wenig flexibel, wenig leistungsfähig und wenig motiviert ist ein unangemessenes Stereotyp, das zu Benachteiligungen einlädt. Die geringen Einstellungschancen älterer Arbeitsloser und die vergleichsweise geringe Beteiligung älterer Arbeitnehmer an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zeugen von der Bedeutung negativer Altersbilder in der Arbeitswelt. Es wäre jedoch falsch, von einem allgemeinen Vorherrschen negativer Altersbilder im Arbeitsalltag zu sprechen. So geht zum Beispiel der lange Jahre zu beobachtende Trend zur frühzeitigen Ausgliederung älterer Arbeitnehmer aus dem Erwerbsleben nicht primär auf das Konto negativer Altersbilder, sondern stellt eine sozialverträgliche, von den Arbeitgebern, Gewerkschaften, Betriebsräten und Belegschaften im Allgemeinen akzeptierte Form der Personalanpassung an volkswirtschaftliche und betriebliche Strukturveränderungen dar.

Reißerische Berichte vor allem in den Printmedien über einen „Krieg der Generationen" lassen den Eindruck entstehen, in den Medien herrsche ein negatives Altersbild vor. Ein solch pauschales Urteil lässt sich jedoch nicht ohne weiteres fällen. Wenn etwa in den Medien eine an konkreten Problemen des Alters orientierte Darstellung über Defizite des Alters erfolgt, darf dies nicht pauschal als Ausfluss eines negativen Altersbildes interpretiert werden. Berichte über problematische Situationen im Alter sind auch der Aufklärungsfunktion dieser Medien zuzuschreiben. Allerdings: In den Printmedien wird häufiger über alte Menschen geschrieben, als dass sie selbst zu Wort kommen – und alte Menschen werden weniger in Fernsehsendungen dargestellt, sondern sind in stärkerem Maße Fernsehkonsumenten (Filipp & Mayer, 1999: 238). Weder in der Werbung noch in den Programmen insgesamt wird die Vielfalt des Alterns angemessen repräsentiert. Aber viel auffallender ist die Überlagerung dieser allgemein zu geringen Differenziertheit Unterrepräsentanz der älteren Menschen in den Medien durch Geschlechtsstereotypen: Männer erscheinen häufiger in der Rolle der „Noch-Berufstätigen" oder der auf beruflichem Wissen beruhenden Experten, während Frauen eher in sozialen Rollen (etwa als Hausfrau) inszeniert werden.

Während sich das Bild der alternden deutschen Bevölkerung in den letzten Jahren deutlich verändert hat und negative Stereotype einer differenzierten Betrachtung gewichen sind, kann dies für die vorherrschenden Bilder von älteren Migranten/Ausländern nicht ohne weiteres festgestellt werden. Der dauerhafte Verbleib vieler alt gewordener Arbeitsmigrantinnen und -migranten in Deutschland wird inzwischen allgemein wahrgenommen, aber häufig einseitig mit Problemen für diese Gruppe und die Gesellschaft assoziiert. In der öffentlichen und in der Fachdiskussion innerhalb der sozialen Berufe werden die Potenziale und Ressourcen und die Leistungen dieser Bevölkerungsgruppe für andere häufig übersehen. Es dominiert noch immer die Defizitperspektive. Dies hat zwar insofern eine gewisse Berechtigung, als sich bei großen Teilen der älteren Migranten „aus bestimmten spezifischen Merkmalen ihrer Lebenslage auf eine gegenüber den deutschen Älteren und Alten höhere und in Teilen andersartige Problembetroffenheit schließen lässt" (Deutscher Bundestag, 1998: 428). Es sollten aber auch die Ressourcen und Leistungen dieser Bevölkerungsgruppe und die unterschiedlichen Lebenslagen ausländischer Seniorinnen und Senioren stärker beachtet werden. Insgesamt muss deutlicher auf die ausgeprägte Heterogenität und die häufig unterschätzten Potenziale der älteren Migranten für die Gestaltung ihrer sozialen Netzwerke sowie auf ihren Beitrag für die Gesellschaft und die ethnischen Gemeinschaften hingewiesen werden. Weniger Aufmerksamkeit findet die hohe Zahl derjenigen, die ihren Lebensabend zeitweise im Herkunftsland und zeitweise in Deutschland verbringen und dadurch Ressourcen im Herkunftsland wie in Deutschland nutzen und einbringen.

Fazit

Die kursorische Darstellung der Altersbilder im gesellschaftlichen Diskurs macht deutlich, dass es schwierig ist, eine sachlich-nüchterne Debatte über das Alter zu führen. Oft stehen sich gegensätzliche „negative, defizitorientierte" und „positive, produktivitätsorientierte" Altersbilder gegenüber. Diskutiert man zum Beispiel Fragen der Sicherstellung medizinisch-pflegerischer Versorgung im Alter im Lichte der epidemiologischen Prävalenzdaten über demenzielle Erkrankungen (siehe Kapitel 3), so setzt man sich leicht dem Vorwurf aus, die Alterung von Gesellschaft und Individuum zu dramatisieren und unterschwellig der stereotypen Formel „Altsein = Kranksein" zu folgen. Spricht man über die– steigenden – Kosten der Demenzbehandlungen und -betreuungen, läuft man Gefahr, eines mangelnden

ethischen Verständnisses bezichtigt zu werden. In der Tat wird der politische Diskurs leider oft einseitig aus der ökonomischen Perspektive geführt. So haben schon vor Jahren deutschsprachige Untersuchungen zu den in politischen Reden im Bundestag zutage tretenden Altersbildern im Zeitraum von 1976 bis 1982 (Wilbers, 1986) oder in den großen Regierungserklärungen von 1949 bis 1987 (Dieck, 1987) nachweisen können, dass die Themen von ökonomischen Aspekten dominiert wurden. Entdramatisiert man andererseits den Diskurs über die sozialstaatlichen Herausforderungen des Alterns der Gesellschaft im Lichte der begründeten These, aus der demographischen Alterung folge nicht in direkter und einfacher Weise eine Ausgabendynamik im gesamten Versorgungsgeschehen (indem man etwa auf die Anzeichen einer Verbesserung des Gesundheitszustands alter Menschen in der Kohortenabfolge hinweist), so wird man leicht der Verharmlosung geziehen.

Insgesamt ist es dringend notwendig, den Umgang mit Altersbildern kritisch zu reflektieren, sich vor Überbewertungen und Polarisierungen in negative und positive Sichtweisen zu hüten. Wie die Ergebnisse einer kürzlich durchgeführten Studie (Rudinger, Kruse & Schmit 2000) zeigen, hält etwa die häufig getroffene Annahme eines in unserer Gesellschaft dominierenden negativen Altersbildes einer empirischen Überprüfung nicht stand. Gravierende altersgebundene Verluste und Defizite in den Bereichen körperliche Gesundheit, kognitive Leistungsfähigkeit, Persönlichkeit (Rigidität), soziale Beziehungen (Einsamkeit) und gesellschaftliche Produktivität (im Sinne von „veraltet") werden größtenteils verneint oder erhalten nur eingeschränkte Zustimmung. Diese Daten sprechen insgesamt eher für das gegenwärtige Vorherrschen positiver Altersbilder. Unter den Untersuchungsteilnehmern besteht Konsens hinsichtlich der Existenz und des gesellschaftlichen Nutzens altersgebundener Stärken und Gewinne (zum Beispiel Erfahrungen, innere Ruhe, Bereitschaft, andere Meinungen und Einstellungen gelten zu lassen). Auch wenn die Wahrnehmung von positiven Aspekten des Alters im Vergleich zur Wahrnehmung negativer Aspekte des Alters deutlich überwiegt, so machen die Befunde zudem deutlich, dass Altersbilder sich nicht in simpler Weise auf einem Kontinuum anordnen lassen, das von einer sehr positiven bis zu einer sehr negativen Bewertung reicht (Hummert 1990).

In einer Reihe von Lebens-, Politik- und Wissenschaftsbereichen sind Varianten von negativ getönten Altersbildern noch immer vertreten. Allerdings gibt es auch deutliche Anzeichen einer Veränderung bei der Wahrnehmung des Alters, des Altwerdens und der Gruppe älterer Menschen. So kann man beispielsweise in der Arbeitswelt nachweisen, dass Betriebe und Unternehmen durchaus bestimmte Vorzüge und Stärken älterer Arbeitnehmer erkennen und wertschätzen. Erfahrungsbeispiele lassen hoffen, dass diese Erkenntnisse zukünftig in stärkerem Maße in die Personalpolitik der Unternehmen einfließen. In vielen Wissenschaften lässt sich eine „Gerontologisierung" erkennen: Nicht allein innerhalb der Gerontologie und Geriatrie werden Fragen des Alters und Alterns behandelt, sondern auch in den allgemeinen Disziplinen der Grundlagen- und Anwendungswissenschaften. Und schließlich: In der Sozialpolitik beginnen sich neue Leitbilder des Umgangs mit älteren Menschen abzuzeichnen, nach denen ältere Menschen nicht länger eine zu versorgende Klientel darstellen, die durchgängig der Institutionen und Dienste der Altenhilfe bedarf, sondern ältere Menschen als aktive Koproduzenten ihrer eigenen Wohlfahrt begreift.

Die in einer Gesellschaft dominierenden Altersbilder bestimmen mit, inwieweit ältere Menschen bei der Verteilung von Ressourcen berücksichtigt werden und inwieweit ein differenzierter, d. h. an den gegebenen Lebensbedingungen und Kompetenzen orientierter Einsatz der Ressourcen erfolgt. Aufgrund der Bedeutung, die Altersbilder für individuelles wie kollektives Handeln haben, ist deren kritische Reflexion als eine bedeutsame Aufgabe anzusehen – sowohl für ältere Menschen als auch für Entscheidungsträger in politischen, kulturellen und sozialen Institutionen. Die kritische Reflexion wird durch die Beschäftigung mit Ergebnissen gerontologischer Forschung sowie mit Empfehlungen, die sich aus diesen Ergebnissen ableiten lassen, gefördert. Die Kommission versteht den vorliegenden Bericht auch als eine Möglichkeit, zur Auseinandersetzung mit Altersbildern anzuregen und damit zu einer differenzierten Sicht des Alters beizutragen.

3. Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource

Es ist unstrittig, dass das höhere Alter mit einer Zunahme an behandlungswürdigen Krankheiten einhergeht. Alter ist allerdings keineswegs mit Krankheit gleichzusetzen, doch die alterstypischen, meist chronischen Krankheiten korrelieren mit hohen Krankheitskosten. Fragen der Altersmedizin und Fragen der Ökonomie sind damit untrennbar verbunden und bedürfen der gleichzeitigen Erwägung.

In diesem Kapitel des Berichtes wird zunächst auf den derzeitigen Stand von „Gesundheit" und „Krankheit" in der älteren Bevölkerung eingegangen. Da der somatische wie der psychische Gesundheitszustand sowie die Wechselwirkung zwischen beiden gerade im Alter eine große Rolle spielen, stehen diese Aspekte nachfolgend im Mittelpunkt. Darüber hinaus wendet sich der Blick der Kommission in diesem Kapitel immer wieder auf die heute veränderte Situation des Alterns. Stichworte sind hier etwa Langlebigkeit, gewonnene gesunde und behinderungsfreie Jahre („aktive Lebenserwartung") und veränderte Angebotsstrukturen.

Der Bericht spricht nicht nur die neuesten Daten zum Thema Depression und Demenz an und diskutiert mögliche Perspektiven. Die beschriebenen demographischen und epidemiologischen Daten – insbesondere die Zunahme der Hochbetagten – lassen bei der derzeitigen und zukünftig zu erwartenden Altersstruktur vermuten, dass das Thema Demenz in unserer Gesellschaft erheblich an Bedeutung gewinnen wird.

Fünf Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung widmet sich der Bericht ferner ausführlich dem Thema Pflege. Eine besondere Bedeutung wird dem nurmehr schwer zu überschauenden Feld der ambulanten Pflege beigemessen. Weiterhin wird eingegangen auf die Verbesserung der Qualifikation und die Modernisierung des Leistungsprofils in der Pflege. Die demographische Entwicklung bedingt eine dramatische Verschiebung im Morbiditätsspektrum in der Bevölkerung hin zu den chronischen Erkrankungen. Chronische Krankheiten zeichnen sich durch Irreversibilität und lebenslange Behandlungsbedürftigkeit aus und treten gerade im hohen Alter noch mehrfach miteinander kombiniert auf (Multimorbidität). Die bisherigen Modelle einer weitgehend „eindimensionalen" oder „kurativen" Medizin werden weder den chronischen Krankheiten noch der Multimorbidität im Alter gerecht. Daher wird im Abschnitt „Geriatrische Versorgung" ausführlich auf die besonderen Belange der Altersmedizin und die dafür erforderlichen Strukturen eingegangen. Versorgungsformen wie z. B. Tagesklinik und die ambulante geriatrische Rehabilitation, deren Sinn niemand bestreitet, die aber noch viel zu wenig im deutschen Versorgungssystem umgesetzt werden, finden ausführliche Beachtung. Das bisherige Modell der „eindimensionalen" und ausschließlich „kurativen" Medizin wird weder den chronischen Erkrankungen noch der Multimorbidität im Alter gerecht. Zur Weiterentwicklung und Optimierung unseres Gesundheitssystems müssen insbesondere Prävention und Rehabilitation selbstverständliche Bausteine werden. Sie müssen gleichwertig und am Patienten orientiert sein. Deshalb wird in diesem Bericht ausführlich auf diese Themen eingegangen und z. B. die geriatrische Rehabilitation als ein durchgängiger und integrierter Teil („Herzstück") der Altersmedizin beschrieben. Aufgrund der demographischen Gegebenheiten werden besonders hohe Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme, vor allem an die Krankenkassen und die Pflegekassen gestellt. Die kurative bzw. kausale Medizin hat auf der einen Seite zu einer enormen Leistungsfähigkeit und großen Erfolgen geführt. Dies hat allerdings auf der anderen Seite unser Versorgungssystem und dessen Ausgabenentwicklung in hohem Maße geprägt, und auch die demographische Alterung führt zu wachsenden Ausgaben im Gesundheitssystem. Der Altenbericht wendet sich an verschiedenen Stellen der Problematik der wachsenden Gesundheitsausgaben zu, wobei der Aspekt einer integrierten Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung und Vergütung besondere Beachtung findet. Weil es in diesem Kapitel nicht möglich war, alle im Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Pflege wesentlichen Themen zu behandeln, haben wir uns entschlossen, in besonderer Weise auf jene Bereiche einzugehen, in denen unseres Erachtens Defizite in der Versorgung der älteren Bevölkerung vorliegen und in denen Änderungs- und Umstrukturierungsbedarf besteht.

3.1 Charakteristik des Gesundheits- und Krankheitszustands älterer Menschen

3.1.1 Die gesundheitliche Qualität der gewonnenen Jahre – bisherige Entwicklung und Perspektiven der behinderungsfreien Lebenserwartung

Die erfolgreiche Lebensverlängerung provoziert die Frage nach der Lebensqualität dieser „gewonnenen Jahre" (Imhof 1981). Ist der Anstieg der Lebenserwartung nur um den Preis einer gestiegenen Häufigkeit und längeren Dauer von Krankheit und Behinderung im Alter zu haben? Oder beinhaltet der Gewinn an Lebenszeit auch einen Gewinn an gesunden und aktiven Lebensjahren ohne schwerwiegende funktionale Beeinträchtigungen?

Von wissenschaftlicher Seite wurden zu dieser Frage bislang unterschiedliche Einschätzungen geäußert. Eine optimistische geht davon aus, dass die allgemeine Verlängerung der Lebenserwartung und die zunehmende Konzentration der Sterblichkeit in der Bevölkerung auf die hohen Altersjahre (Kompression der Mortalität) auch begleitet wird von einem altersmäßigen Hinausschieben und einer Verkürzung der Lebensphase, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist.

Gemäß dieser These von der Kompression der Morbidität bleiben die älteren Menschen trotz steigender Lebenserwartung länger von funktionalen Einschränkungen verschont; dies, da u. a. aufgrund einer gesünderen Lebensweise (Ernährung, Arbeitswelt, Hygiene) und des medizinischen Fortschritts die Manifestation chronischer Behinderungen verzögert und in ihrer Schwere gemildert wird.

Der medizinische Fortschritt wird jedoch auch für die Gegenthese der mit steigender Lebenserwartung zunehmenden Morbidität im Alter herangezogen. Danach gelingt es aufgrund der medizinischen Erfolge erstens immer besser, das frühzeitige Sterben durch akute lebensbedrohliche Erkrankungen zu verhindern. Immer mehr Menschen erreichen ein höheres Alter, in dem chronische Beeinträchtigungen zunehmen. Zweitens gelingt es der Medizin auch immer besser, den tödlichen Ausgang von Krankheiten im hohen Alter um den Preis erhöhter und verlängerter Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern. Die pessimistische Annahme einer Expansion statt einer Kompression der Morbidität speist sich auch aus der Vermutung, dass mit steigender Lebenserwartung die Krankheiten mit langer Latenzzeit und die von der Expositionsdauer abhängigen Erkrankungen stärker zum Tragen kommen (Verschleißerscheinungen, Demenzen).

In den letzten Jahren haben die Versuche zugenommen, die Frage nach der gesundheitlichen Qualität der gewonnenen Jahre anhand epidemiologischer Daten zur Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und Hilfsbedürftigkeit sowie darauf aufbauender Untersuchungen zur behinderungsfreien oder „aktiven" Lebenserwartung empirisch zu untersuchen.[3]

Eine eindeutige Antwort in die eine oder andere Richtung auf die Frage nach der Verringerung oder Ausweitung der durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre im Zuge der verlängerten Lebenserwartung lässt sich nach Durchsicht wichtiger deutschsprachiger[4] und internationaler[5] Studien hierzu zwar nicht geben. Dies liegt zum einen an der – zumindest in Deutschland – noch spärlichen Datenlage über die Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und Hilfsbedürftigkeit.[6] Zum anderen hängen die Ergebnisse solcher Studien stark von den jeweils gewählten Indikatoren und methodischen Verfahren ab. Dennoch besteht – auch aufgrund neuerer internationaler Ergebnisse[7] – durchaus Grund zu vorsichtigem Optimismus, denn die Mehrzahl der Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand der älteren Menschen (auch der Hochaltrigen) in den letzten Jahrzehnten verbessert hat.

Für Deutschland hat Dinkel auf der Grundlage der Mikrozensusdaten 1978 bis 1995 die Entwicklung des – subjektiven – Gesundheitszustands im Alter und die Verlängerung der ferneren Lebenserwartung in Gesundheit in der Abfolge der Geburtsjahrgänge 1907, 1913 und 1919 untersucht (Dinkel 1999).[8] Je nach Kohorte wurde dabei die Zeit zwischen dem 60. und 89. Lebensjahr betrachtet. Die Ergebnisse dieser Untersuchung offenbaren eine merkliche Verbesserung des Gesundheitszustands auch im höheren Alter und einen absoluten und relativen Rückgang der in Krankheit verbrachten Lebensjahre der Seniorinnen und Senioren.

Dinkels Ergebnisse, die hinsichtlich Fallzahl und Bevölkerungsrepräsentativität auf der zurzeit besten vorhandenen Datenquelle beruhen und erstmals den kohortenspezifischen Wandel für Deutschland untersuchen, legen nahe, dass zumindest in den letzten Dekaden die „gewonnenen" Altersjahre auch einen – sogar überproportionalen – Gewinn an gesunden Lebensjahren mit sich brachten. Vor diesem Hintergrund könnten die in der Vergangenheit vorgelegten Modellrechnungen zur zukünftigen Entwicklung der Pflegebedürftigen in Deutschland die voraussichtliche Zunahme eventuell überzeichnen, da sie – wie in Kapitel 3.1.4 gezeigt wird – noch von einer konstant bleibenden altersspezifischen Pflegehäufigkeit ausgehen. Sie bedürfen der Ergänzung durch Varianten, die für die Alten der Zukunft eine weitere Verbesserung des Gesundheitszustands bis ins hohe Alter annehmen.

Insgesamt stimmt die Kommission der Einschätzung Dinkels zu, dass „man zumindest für die jüngere Vergangenheit in der Bundesrepublik die weit verbreitete pessimistische These nicht länger aufrechterhalten [sollte], wir würden zwar immer älter, aber gleichzeitig auch immer ‚kränker'"(Dinkel 1999: 79). Die Kommission wendet sich deshalb bewusst gegen immer noch vorherrschende Auffassungen einer dramatischen Ausweitung der Gebrechlichkeit mit zunehmender Langlebigkeit der Bevölkerung.

Es spricht vieles dafür, dass die – unter Hinweis auf die demographische Alterung unserer Gesellschaft – vorgebrachten Befürchtungen eines massiven Anstiegs der Gesundheitsausgaben auf zu pessimistischen Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung des Gesundheitszustands der Alten der Zukunft beruhen.

---

[3] Im Mittelpunkt dieser Lebenserwartungsstudien steht dabei die Unterteilung der Gesamtlebenserwartung oder der sog. ferneren Lebenserwartung ab einem bestimmten Alter in behinderungsfreie und funktional beeinträchtigte Jahre und die Betrachtung der zeitgenössischen Entwicklung und der sozialen Unterschiede der Dauer und des Verhältnisses dieser beiden Komponenten.

[4] Unter anderem Dinkel 1999; Klein 1998; Klein & Unger 1999; Hörl & Kytir 1999.

[5] Unter anderem Cambois & Robine 1996; Jacobzone et al. 1999; Eisen & Mager 1999 und die in Fußnote 7 genannten Arbeiten.

[6] Die Datenquellen beschränken sich weitgehend auf fallbezogene Informationen zur Inanspruchnahme von spezifischen Leistungen der Gesundheitsversorgung, auf klinische Studien und auf Umfragen zur subjektiven Einschätzung der eigenen Gesundheit (vgl. Walter & Schwartz 1999; Statistisches Bundesamt 1998a: 161). Oft handelt es sich nur um Querschnitts-, allenfalls Zeitreihenergebnisse. Der Fragestellung angemessen sind jedoch streng genommen nur kohortenspezifische Längsschnittstudien.

[7] Vergleiche z. B. Östereichischer Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen (BMUJF 1999), Hörl & Kytir 1999, Manton, Stallard & Corder 1998; Reynolds et al. 1998; Crimmins & Hayward 1997.

[8] Grundlage war der altersspezifische Bevölkerungsanteil der „im Moment" Kranken oder Unfallverletzten. Als Beleg dafür, dass es sich dabei um einen vergleichsweise „harten" Indikator des Gesundheitszustands handelt, weist Dinkel auf die Tatsache hin, dass sich rund 90 Prozent der von den Befragten als krank oder unfallverletzt bezeichneten Haushaltsmitglieder gleichzeitig in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden.

3.1.2 Somatischer Gesundheitszustand

Bevor man auf Krankheit und Gesundheitsstörungen im Alter eingeht, ist es notwendig, physiologische Veränderungen des alternden Organismus und die daraus resultierenden Funktionseinbußen zu erläutern.

3.1.2.1 Funktionelle Veränderungen

Einzelne Organe des Menschen altern unterschiedlich. Eine Analyse, die Morphologie und Funktion des Organismus getrennt betrachtet und die einzelnen Organe nicht im Kontext des gesamten Organismus beurteilt, wird gerade den altersspezifischen Veränderungen nicht gerecht. Die unterschiedlichen Veränderungen der einzelnen Organe beeinflussen sich gegenseitig und bewirken so die individuelle Entwicklung eines Krankheitsbildes im Alter, seine Dauer und Intensität wie auch die möglicherweise bleibende Behinderung. An den Alterungsprozessen der einzelnen Organe und des gesamten Organismus sind extrinsische und intrinsische Faktoren beteiligt.

Zu den intrinsischen Faktoren gehören z. B. „das genetische Programm" einer Person. Zu den extrinsischen Faktoren gehören z. B. die Ernährung, der Einfluss toxischer Substanzen usw. Diese Faktoren können insgesamt sowohl einen positiven als auch einen negativen Einfluss auf die Entwicklung von Krankheiten, Funktionsverlusten bzw. Behinderungen im Alter nehmen.

Am Beispiel Bewegungsapparat lässt sich der Einfluss verschiedener extrinsischer und intrinsischer Faktoren auf die Skelettalterung besonders gut beobachten. So gibt es erhebliche Geschlechtsunterschiede, die den Verlust von Knochengewebe mit zunehmendem Alter bestimmen (intrinsische Faktoren). Extrinsische Faktoren wie körperliche Aktivität bzw. Beanspruchung des Skelettsystems kann den altersabhängigen involutiven Prozess des Knochens positiv beeinflussen, indem durch Druck und Zug am Knochen ein Stimulus zum Knochenaufbau gegeben wird bzw. erhalten bleibt.

Es ist wichtig, herauszuheben, dass morphologische Organveränderungen in aller Regel nicht per se zu einem terminalen Funktionsverlust führen, sondern zur Funktionseinschränkung mit erhöhtem Krankheitsrisiko. Präventive Maßnahmen wie z. B. regelmäßige isometrische Übungen können dem im Alter drohenden Funktionsverlust des Bewegungsapparates entgegenwirken. Wenn es bereits zu einer Behinderung als Folge einer Krankheit gekommen ist (Osteoporose – Fraktur – Behinderung der Mobilität), kann gezielte geriatrische Rehabilitation diesem schicksalhaft erscheinenden Prozess signifikant entgegenwirken. Das vorrangige Ziel dieser Maßnahme für den älteren Menschen ist es, größtmöglichste Selbstständigkeit im Alter zu erhalten.

Mit zunehmendem Alter kommt es weiterhin zu signifikanten Veränderungen der sensorischen Funktionen. Hier stehen das Sehen – etwa die Altersichtigkeit und zunehmende Trübung der Linsen – und das Hören – Hörminderung, insbesondere im Hochtonbereich – im Vordergrund. Die sensorischen Funktionen haben eine zentrale Bedeutung für die Alltagskompetenz der älteren Menschen z. B. für die Kommunikation, die Kontrolle der Bewegungen usw. In der Berliner Altersstudie konnte festgestellt werden, dass sich mit jedem Jahrzehnt die Sehschärfe deutlich verschlechtert. Die Beziehung innerhalb der verschiedenen sensorischen Funktionen spielen in höherem Alter wiederum eine große Rolle und sind in ihrer Wirkung nicht nur additiv zu sehen, sondern können sich auch potenzieren. Auch diese Funktionseinbußen sind als Risikofaktoren für Behinderung und Hilfsbedarf zu gewichten, insbesondere für die Gestaltung des Alltags, aber auch für die Manifestation von Erkrankungen.

Solche Funktionseinbußen (s. auch Übersicht 3–1) stellen noch keine Krankheit dar; sie führen aber zu deutlich verminderten Leistungen im Alltag. Im Krankheitsfall können sie dazu führen, dass eine Krankheit stärker ausgeprägt ist, länger verläuft und schließlich chronisch wird.

3.1.2.2 Krankheit und Multimorbidität im Alter

Grenzziehungen zwischen normalem und krankhaftem Alter sind in der Theorie wie in der Praxis gerade bei älteren Menschen nicht selten ein schwieriges Unterfangen. Sie werden durch soziale Konventionen, Wertmaßstäbe und Normalitätsstereotype beeinflusst. Normales Altern wird oft definiert durch die erreichte Lebensspanne in Beziehung zur mittleren Lebenserwartung einer repräsentativen Bevölkerungsgruppe und durch deren altersgebundene Veränderungen physiologischer Parameter. Wenngleich mit höherem Alter immer mehr Krankheiten auftreten, ist Alter nicht mit Krankheit gleichzusetzen und auch nicht zwangsläufig mit einer oder mehreren Krankheiten verbunden. Von krankhaftem „Altern" spricht man in der Regel, wenn während des Alterungsprozesses spezifische Krankheiten und Krankheitssymptome auftreten. Diese wiederum führen häufig dazu, dass im Vergleich zu repräsentativen Durchschnittswerten eine verkürzte Lebensspanne gleichzeitig eine eingeschränkte Lebensqualität nach sich zieht. Bisweilen ist des Weiteren von optimalem „Altern" die Rede, wenn der Alterungsprozess unter günstigen Voraussetzungen verläuft, die erreichte Lebenszeit über dem Durchschnitt liegt, die physiologischen Funktionseinbußen ebenfalls nicht durchschnittlichen Werten entsprechen und die subjektive Lebensqualität gegenüber dem Durchschnitt mit einer vergleichbaren Population deutlich erhöht ist.

Gute Daten zum Gesundheitszustand der alten und sehr alten Menschen hat jüngst die Berliner Altersstudie erbracht. Danach waren 80 Prozent der untersuchten Bevölkerung im Alter von 70 bis 104 Jahren zu einer weitgehend selbstständigen Lebensführung in der Lage. 8 Prozent der Untersuchten waren nach den Maßstäben der Pflegeversicherung „pflegebedürftig". Der entscheidende Anstieg der Pflegebedürftigkeit trat nach dem 80. Lebensjahr ein. Daraus ergibt sich, dass für den größten Teil der älteren Bevölkerung erst ca. 15 bis 20 Jahre nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben Hilfebedarf mehr und mehr zur Regel wird. Die Jahre davor sind für die meisten von weitgehender Unabhängigkeit von Hilfe und Alltagskompetenz gekennzeichnet.

Übersicht 3-1: Wesentliche altersbedingte Veränderungen

Organ/System	altersbedingte Veränderungen	mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
Allgemein	• Zunahme des Körperfetts, • Abnahme der Körperflüssigkeit • Abnahme der Muskelmasse • Abnahme des Grundstoffwechsels • Abnahme der Temperaturregulation	Volumen zur Verteilung fettlöslicher Medikamente nimmt zu und für wasserlösliche ab unbemerkte Unterkühlung möglich
Sinnesorgane	• Augen: Alterssichtigkeit • (Presbyopie), Linsentrübungen • Ohren: Hochtonverluste (umweltabhängig)	Verminderte Akkomodation Eingeschränkte Wortdiskrimination bei Hintergrundgeräuschen
Respirationstrakt	• Abnahme der Lungenelastizität, • Zunehmende Steifheit des Brustkorbes (Altersthorax)	Missverhältnis zwischen Ventilation und Perfusion, abnehmender Sauerstoffpartialdruck
Herz-Kreislaufsystem	• abnehmende Anpassung der Arterien, zunehmender systolischer und diastolischer Blutdruck (abhängig von Umwelt und Lebensweise) • verzögerte Blutdruckregulation, • Einschränkung des Herzschlagvolumens	Orthostatische Probleme, Belastung kann oft nur über Herzfrequenzsteigerung aufgefangen werden
Bewegungsapparat	• Skelettmuskel nimmt ab, • Bänder. Sehnen, Muskeln weniger dehnbar • Abnahme des Mineralstoffgehaltes der Knochen • Gelenkbeweglichkeit nimmt ab	Geringere Beweglichkeit und Kraft Erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche
Gastrointestinaltrakt	• Mundhöhle/Zähne: Verlust • Anzahl der Geschmacksknospen reduziert • Magen-Darmtrakt: Sekretion der Speicheldrüsen, Magen, Pankreas nimmt ab bzw. verändert	Kaufunktion eingeschränkt Gefahr der Fehl- und Mangelernährung
Urogenitaltrakt	• Durstperzeption nimmt ab, Sättigungsperzeption zu • Harnblase: Tonus nimmt zu, Fassungsvermögen ab • Niere: glomuläre Filtrationsrate nimmt ab, renaler Natriumverlust • Prostatavergrößerung	Erhöhte Exsikkationsgefährdung Häufigeres Urinieren, oft Drangzeit verkürzt Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika) Mangelnde Ausscheidung einzelner Drogen/Medikamente
Haut	• Atrophie, Schwund des subkutanen Fettgewebes • Abnahme und veränderte Struktur des kollagenen Bindegewebes, verminderte Durchblutung der Lederhaut • verminderte Talgdrüsenaktivität • verringerte Haarstärke • Haarverlust	Verlangsamte Wundheilung Faltenbildung Verminderte Hautfettung Trockene Haut

Die Berliner Altersstudie hat jedoch auch sehr deutlich das bekannte Phänomen der Multimorbidität – das gleichzeitige Auftreten von mehreren Erkrankungen im Alter – bestätigen können. Multimorbidität ist dadurch zu erklären, dass die Abnahme der funktionellen Reservekapazität nicht auf ein Organ oder Organsystem beschränkt ist, sondern dass von dieser Einschränkung mehr oder weniger gleichzeitig verschiedene Organe oder Organsysteme betroffen sind. Die Multimorbidität – Vielfacherkrankung – des älteren Menschen hat wiederum ganz bestimmte Merkmale. Bei vielen, gleichzeitig nebeneinander vorkommenden Krankheiten im Alter handelt es sich in der Regel um chronische Krankheiten.

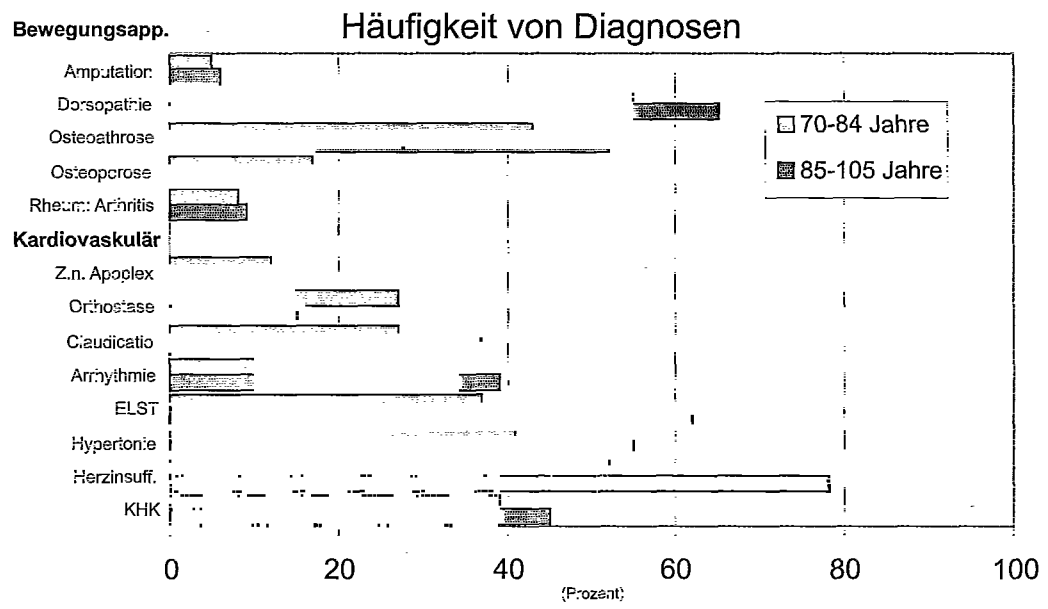
Der ältere Mensch wird diese Krankheiten bis an sein Lebensende haben, sie sind in der Regel behandlungsbedürftig und in ihrem Verlauf progredient. Je stärker die Multimorbidität ausgeprägt ist, desto eher kommt es zum Auftreten von akuten Krankheiten. Darüber hinaus ist vielfach zu beobachten, dass die einzelnen chronischen Krankheiten einander auch noch negativ beeinflussen (Beispiel: hoher Blutdruck, Zuckerkrankheit und Fettstoffwechselstörung).

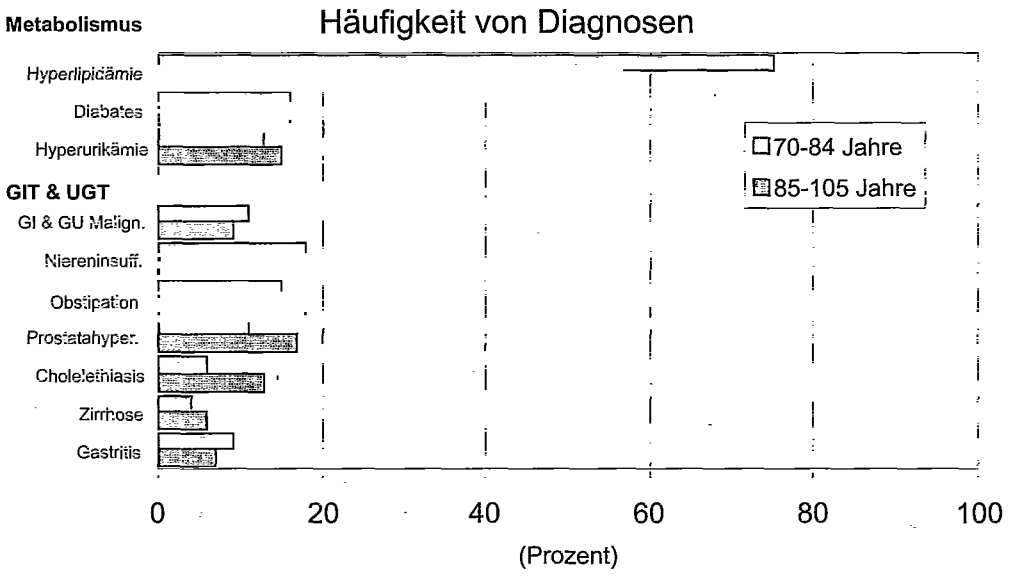
Wenn man die somatischen Erkrankungen im Alter bzw. die Multimorbiditätsspektren verschiedener großer Studien (wie etwa der Berliner Altersstudie, dazu Mayer & Baltes 1996) betrachtet, kristallisieren sich immer wieder

zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen: die Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Berliner Altersstudie ergab, dass bei 96 Prozent der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine und bei 30 Prozent fünf und mehr internistische, neurologische oder orthopädische behandlungsbedürftige Erkrankungen diagnostiziert wurden. Objektiv betrachtet stehen dabei die mit einer deutlichen Verkürzung der weiteren Lebenserwartung einhergehenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Vordergrund. Gefäßerkrankungen wie die koronare Herzkrankheit (KHK), die periphere Verschlusskrankheit (pAVK) und die zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit (ZVK) ließen sich in mittel- bis schwergradiger Ausprägung bei 36 Prozent und eine mittel- bis schwergradige Herzinsuffizienz (verminderte Pumpleistung des Herzens) bei 24 Prozent der 70-Jährigen und Älteren finden. Von den Personen mit einer dieser oben genannten Erkrankungen sind bis 28 Monate nach der Untersuchung 20 Prozent verstorben, im Vergleich zu 6 Prozent der übrigen Personen, die überwiegend an anderen, zum Teil auch an keinen Krankheiten litten. Auch unter multimorbiden Personen mit fünf und mehr mittel- bis schwergradigen Erkrankungen war die Mortalität in den folgenden 28 Monaten mit 26 Prozent deutlich höher als in der Gruppe derer, die weniger als fünf behandlungsbedürftigen Diagnosen (9 %) aufwiesen.

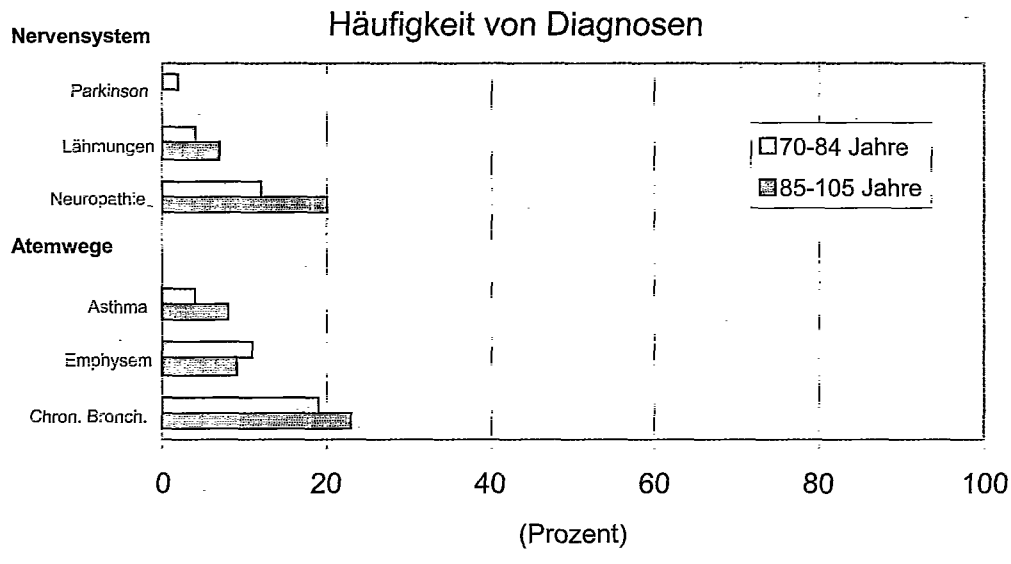
Diese Ergebnisse lassen sich dahin gehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 70-Jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank" sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist. In vielen Fällen ziehen die objektivierbaren Krankheiten (hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.) zwar Behandlungsbedarf nach sich, wiesen aber keine oder nur geringe subjektive Beschwerden auf. „Krankheit" in diesem Sinne ist deshalb keineswegs beim älteren Menschen gleichbedeutend mit „krank sein". Weitere Ergebnisse der Berliner Altersstudie haben gezeigt, dass unter den 85-Jährigen und Älteren etwa 44 Prozent frei von klinisch-manifesten Gefäßerkrankungen (wie AVK oder KHK) sind und eine entsprechende geringere Mortalitätsrate aufweisen (5 % in 28 Monaten). Weiterhin stehen vom subjektiven Beschwerdegrad her betrachtet nicht die Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sondern die Krankheiten des Bewegungsapparates wie Arthrosen (Gelenkverschleiß) und Osteoporose (Knochenschwund) im Vordergrund. Deutliche bis erhebliche Beschwerden (zumeist chronische Schmerzzustände aufgrund von Arthrosen, Osteoporosen oder Dorsopathien (Wirbelsäulenleiden) lassen sich bei insgesamt 49 Prozent der 70-Jährigen und Älteren finden, wobei die Arthrosen überwiegen (32 %). Die Multimorbiditätsspektren derjenigen, die in Krankenhäusern stationär behandelt werden müssen, zeigen ein vergleichbares Häufigkeitsspektrum bezüglich kardio- und zerebrovaskulärer Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Abbildung 3-1: Häufigkeiten ausgewählter medizinischer Diagnosen bei alten Menschen





GIT = Gastrointestinaltrakt; UGT = Urogenitaltrakt



Quelle: Berliner Altersstudie (nur behandlungsbedürftige Diagnosen)

Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Patienten, die sich im Krankenhaus wegen der Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur (meist Schenkelhalsfraktur) befinden, sind:

	Hauptdiagnose Schlaganfall	Hauptdiagnose Fraktur
Hypertonus	52 %	31 %
Diabetes mellitus II	26 %	10 %
Herzinsuffizienz	28 %	22 %
Demenz	7 %	12 %

Bei diesen Begleiterkrankungen handelt es sich um solche, die sowohl mit der Hauptdiagnose in kausalem Zusammenhang stehen als auch um solche, die kausal unabhängige Erkrankungen sind. Darüber hinaus ist für die Diagnostik und Behandlung der älteren multimorbiden Patienten in den einzelnen medizinischen Fachabteilungen die Anwendung des geriatrischen Fachwissens notwendig. Dies gilt in besonderer Weise für die Kardiologie und die Urologie.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass trotz der eindeutigen Besonderheiten der Erkrankungen des höheren Lebensalters eine ausreichende Berücksichtigung geriatrischer und gerontologischer Expertise in der Medizin in Deutschland noch aussteht. An der notwendigen Eigenständigkeit des Fachs Geriatrie und des dringenden Bedarfs an Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf diesem Sektor kann aus der Sicht der Kommission jedenfalls heute kein Zweifel mehr bestehen.

3.1.2.3 Gesundheitszustand älterer Migranten

Schon in einer Expertise für den ersten Altenbericht 1993 zu den Lebensbedingungen älterer Ausländer in Deutschland hat Dietzel-Papakyriakou darauf hingewiesen, dass die Datenlage zur gesundheitlichen Situation dieser Gruppe bislang sehr schlecht ist. Diese Einschätzung gilt auch heute noch, wie der „4. Bericht über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland" der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen bestätigte. Hinsichtlich der Morbidität und der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen älterer Migranten liegen noch immer sehr wenige Untersuchungen vor. Die Daten der amtlichen Statistik über Behandlungsdiagnosen lassen sich häufig nicht ausreichend nach hier geborenen Deutschen, zugewanderten und eingebürgerten deutschen Staatsbürgern und Ausländern differenzieren, sodass die Gesundheits- bzw. Krankheitssituation der älteren Migranten bzw. Ausländer nach wie vor nur punktuell beurteilt werden kann (vgl. Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen 2000 und Korporal 1998: 57).

Trotz der insgesamt unbefriedigenden Datenlage wird der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden Arbeitsmigranten bzw. der älteren ausländischen Bevölkerung allgemein als schlecht eingeschätzt. Dies ist insofern erstaunlich, als diese Gruppe im jüngeren Alter einen überdurchschnittlich gesunden Bevölkerungsteil darstellte. Die von deutschen Ärzten in den Anwerbeländern durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen, die Voraussetzung für die Anwerbung waren, und individuelle wie familiäre Entscheidungsprozesse, die eine gute Gesundheit als Voraussetzung für ein erfolgreiches Migrationsprojekt ansahen, führten zu einer positiven gesundheitlichen Selektion der in die alten Bundesländer kommenden Menschen.

Dieser als „healthy migrant"-Effekt bekannte Sachverhalt ließ sich in Deutschland in Studien feststellen. Zu Beginn ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland waren die Migranten eindeutig gesünder als die gleichaltrige deutsche Bevölkerung. Es lässt sich aber zeigen, dass sich dieser Effekt mit zunehmendem Lebensalter der Migranten deutlich abgeschwächt hat (vgl. Lechner & Mielck 1998). Heute geht man von einer für bestimmte Erkrankungen höheren Morbidität der ausländischen älteren Bevölkerung im Vergleich zur deutschen Vergleichsgruppe aus.

Als Gründe werden unterschiedliche Faktoren genannt: Ältere Migranten gehören durchschnittlich zu den einkommensschwachen und durch ein niedrigeres formales Bildungsniveau gekennzeichneten Gruppen, die auch innerhalb der deutschen Bevölkerung ein erhöhtes Erkrankungs- und Sterberisiko aufweisen. Ihr Einkommen liegt unter dem Durchschnitt. Sie sind während ihres Arbeitslebens stärker von Arbeitslosigkeit betroffen gewesen und sie leben unter schlechteren Wohnbedingungen als der Durchschnitt der Bevölkerung (vgl. Deutscher Bundestag 1998: 802 und 818 und 2. Altenbericht der Bundesregierung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998: 229 f.). Insbesondere kam es bei den heute älteren Arbeitsmigranten über den Verlauf ihres Arbeitslebens zur Kumulation gesundheitlicher Belastungsfaktoren. So waren sie zu einem hohen Anteil in Akkord und Schichtarbeit beschäftigt. Sie haben meist körperlich schwere und häufig mit chemischen Noxen, starker Lärm- und Hitzebelastung verbundene Arbeit verrichtet. Zu Beginn ihrer Arbeitstätigkeit in Deutschland gingen Migranten aus Unkenntnis und mangelnden Informationsmöglichkeiten häufig Gesundheitsrisiken ein, bzw. wurden ihnen solche Arbeiten zugewiesen. Da viele Migranten schnell Geld für eine eigene Existenz oder hohe Unterstützungsleistungen für ihre Familien im Heimatland erarbeiten wollten, nahmen sie häufig weitere gesundheitsbelastenden Effekte, wie z. B. dauerhaft hohe Überstunden, in Kauf (vgl. Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1998 S. 44). Als gesundheitsbelastend kann sich ferner der durch die Migration ausgelöste Stress auswirken. Die Stressforschung weist schon länger auf die gesundheitsbelastenden Auswirkungen von negativen, plötzlich auftretenden und einschneidenden Lebensereignissen oder Verlusten (life events) sowie von chronischem Stress im Zusammenhang mit alltäglichen Belastungen (daily hassles) hin, die sich im Alter in Krankheiten manifestieren können. Die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, die Deutung von Krankheitsursachen

sowie Behandlungserwartungen werden zudem von den jeweiligen historischen und soziokulturellen Kontexten geprägt. Aufgrund kultureller Unterschiede können bei den älteren Migranten Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen existieren, die von denen älterer Deutscher abweichen. Dies äußert sich häufig in körpernahen Symptompräsentationen, das heißt es werden Symptome leiblich organbezogen geäußert. Türkische Patienten beispielsweise drücken ihre Leiden häufig in Organchiffren aus, bei denen Leber und Lunge im Zentrum des Krankheitserlebens stehen. Diese haben vielseitige Bedeutungen auch im Sinne von Trauer, Krankheit und Schmerzen. Allerdings ist davor zu warnen, alle Krankheitsphänomene bei Migranten allein durch kulturspezifische oder ethnische Aspekte zu erklären. So sind z. B. bei empirischen Untersuchungen die gesundheitsrelevanten Verhaltensmuster von Patienten und der sie behandelnden Ärzte in vergleichbaren sozialen Schichten einander ähnlicher als innerhalb ethnischer Gruppierungen von Migranten (Collatz 1997: 20).

Aufgrund der spezifischen Alterszusammensetzung und des noch stark überwiegenden Anteils „junger Alter" unter den älteren Migranten werden zunehmende gesundheitliche Probleme dieser Gruppe in der Zukunft erwartet, wenn der Anteil der älteren und insbesondere der in das so genannte 4. Lebensalter eintretenden Migranten anwächst. Bislang kann man schon feststellen, dass auch bei den älteren Migranten Multimorbidität und Chronifizierung das Krankheitsgeschehen bestimmen. Das auftretende Krankheitsspektrum spiegelt zum einen die arbeitsbedingten hohen körperlichen Belastungen der Migranten wider, zum anderen finden sich bei älteren ausländischen Patienten häufig Somatisierungstendenzen bei psychischen Störungen und Erkrankungen. Es gilt als gesichert, dass Migranten häufiger als Deutsche an Krankheiten des Muskel und Skelettsystems, der Verdauungs- und Atmungsorgane leiden.

3.1.3 Psychischer Gesundheitszustand

3.1.3.1 Zur Terminologie

Mit psychischen Störungen werden in der Psychiatrie, Psychotherapie und Klinischen Psychologie Veränderungen im Erleben und Verhalten des Menschen bezeichnet, die auf Störungen des Körpers, der Psyche und der Umwelt zurückzuführen sind. „Psychische Störungen" bilden den Oberbegriff für verschiedene Störungsarten (Schulte, D. 1998). Ursachen für Veränderungen im Erleben und Verhalten können körperliche Krankheiten (zum Beispiel im Zentral-Nerven-System) bilden – zu nennen sind hier zum Beispiel Demenzen, die ein Syndrom psychischer Störungen beschreiben, das in den meisten Fällen auf eine Gehirnatrophie (bei der Alzheimer Demenz) oder auf Gefäßerkrankungen des Gehirns (bei der vaskulären Demenz) zurückzuführen ist. Ursachen für Veränderungen im Erleben und Verhalten können weiterhin im Psychischen selbst liegen, vor allem in nicht verarbeiteten Erlebnissen, die Menschen in früheren Lebensjahren gemacht haben oder mit denen sie in der Gegenwart konfrontiert werden, in mangelnder oder fehlerhafter Kontrolle des Verhaltens sowie in fehlerhafter Interpretation von Umweltreizen – zu nennen sind zum Beispiel Verhaltensstörungen, die einen höheren Chronifizierungsgrad aufweisen, sowie Anpassungsstörungen, die bei akuten Überforderungen auftreten. Schließlich kann auch die verhaltenssteuernde Umwelt unangepasst und gestört sein; im Falle der Anpassung des Verhaltens an diese Bedingungen ist eher von abweichendem Verhalten und weniger von einer Verhaltensstörung auszugehen.

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen erscheint folgende Definition psychischer Störungen als sinnvoll: Diese bezeichnen die

> „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen sowie der Körperfunktionen. Es gehört zum Wesen dieser Störungen, dass sie der willentlichen Steuerung durch den Patienten nicht mehr oder nur zum Teil zugänglich sind. Krankhafte Störungen können durch seelische oder körperliche Faktoren verursacht werden; sie werden in seelischen und körperlichen Symptomen und den krankhaften Verhaltensweisen erkennbar, denen aktuelle Krisen seelischen Geschehens, aber auch pathologische seelische und körperliche Strukturen und Funktionen zugrunde liegen können" (Meyer et al. 1991: 26 f.).

Dabei ist auch der Einfluss der Umwelt zu berücksichtigen. Zum einen kann die Umwelt deren Schweregrad und Verlauf beeinflussen, zum anderen – im extremen Fall – kann sie seelische oder körperliche Schäden hervorrufen, die ihrerseits das Auftreten psychischer Störungen begünstigen.

Psychische Störungen und psychische Gesundheit werden heute nicht mehr als scharf voneinander zu trennende Zustände verstanden, sondern es wird angenommen, dass diese beiden Zustände ineinander übergehen können. Um diese Aussage besser zu verstehen, ist es sinnvoll, einzelne Definitionen von psychischer Gesundheit zu diskutieren, die deutlich machen, dass psychische Gesundheit mehrere Merkmale umfasst und sich nicht auf das Fehlen von Störungen beschränkt.

Mit psychischer Gesundheit wird in einem allgemeineren Sinne das intakte, psychisch voll funktionsfähige, anpassungs- und entwicklungsfähige Individuum umschrieben (Bastine 1998). In einem Überblick über Definitionen psychischer Gesundheit hat Jahoda (1958) sechs Kriterien genannt, die für diese Definitionen zentral sind; diese Kriterien spielen auch in der aktuellen Diskussion eine große Rolle: (1.) Positive Einstellung zu sich selbst (Selbstvertrauen, Selbstakzeptanz), (2.) Wachstum, Reifung, Entwicklung, (3.) Autonomie (emotionale Freiheit von den Anforderungen anderer, Selbstachtung), (4.) unverzerrte, präzise Wahrnehmung der Realität, (5.) Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Bewältigung von Anforderungen der Umwelt, (6.) Integration psychischer Funktionen. Psychische Gesundheit ist danach mehr als lediglich die Abwesenheit von psychischen Beeinträchtigungen und Störungen. Darüber hinaus kommt in diesem Verständnis von psychischer Gesundheit die Verantwortung des Individuums für seine Gesundheit zum Ausdruck (Schwarzer 1990).

Übersicht 3-2: Personale Ressourcen der aktiven Lebensgestaltung (aus Kruse 1999)

Körperliches und seelisches Wohlbefinden
Körperliche und geistige Leistungsfähigkeit
Erhaltene Aktivität im Sinne der Ausübung persönlich bedeutsamer Aufgaben
Selbstständigkeit im Alltag
Selbstverantwortung in der Alltagsgestaltung und Lebensplanung
Offenheit für neue Erfahrungen und Anregungen
Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Gründung tragfähiger sozialer Beziehungen
Fähigkeit zum reflektierten Umgang mit Belastungen und Konflikten
Fähigkeit zur psychischen Verarbeitung bleibender Einschränkungen und Verluste
Fähigkeit zur Kompensation bleibender Einschränkungen und Verluste

Ein vergleichbarer Zugang zum Verständnis von Gesundheit im Alter kommt in der Ottawa-Erklärung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck (Weltgesundheitsorganisation 1986). Danach wird unter „gesundem Älterwerden" nicht das Freisein von Krankheiten verstanden (dieses Verständnis wird als zu eng gewertet), sondern vielmehr das Bestehen von personalen Ressourcen, durch die zur aktiven Lebensgestaltung beigetragen wird. In Übersicht 3-2 sind jene personalen Ressourcen aufgeführt, die zentral für die aktive Lebensgestaltung und damit für psychische Gesundheit sind. Doch ist die aktive Lebensgestaltung nicht nur durch Merkmale der Person, sondern ebenso durch Merkmale ihrer ökologischen, ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen beeinflusst. Der Zustand der aktiven Lebensführung ist somit nicht nur durch Merkmale der Person, sondern umfassender durch Merkmale des Körpers, der Psyche, der Person-Umwelt-Interaktion und der Umwelt zu kennzeichnen.

3.1.3.2 Epidemiologische Befunde und Fragen der Diagnostik und Behandlung

Etwa ein Viertel der über 65-jährigen Bevölkerung leidet an einer psychischen Störung. Trotz der altersabhängigen Zunahme von Demenzerkrankungen ist die psychiatrische Gesamtmorbidität mit etwa 25 Prozent in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher als in jüngeren Altersgruppen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich in den verschiedenen Lebensaltern unterschiedliche Verteilungen der einzelnen psychischen Störungen ergeben. Im Jugendalter und frühen Erwachsenenalter dominieren Substanzabhängigkeit, depressive Störungen und Angststörungen (vgl. Wittchen, Nelson & Lachner 1998), im frühen und mittleren Erwachsenenalter ist zusätzlich das Risiko des Auftretens affektiver Psychosen (Schizophrenien, unipolare und bipolare Depressionen) erhöht, im Alter hingegen dominieren Demenzen und depressive Störungen, während Angststörungen nur selten auftreten und Schizophrenien praktisch nicht zu beobachten sind.

Die Ergebnisse von Feldstudien zur Prävalenz psychischer Störungen in der 65-jährigen und älteren Bevölkerung lassen sich wie folgt zusammenfassen (Überblick in Helmchen & Kanowski 2000): Bei 4 bis 6 Prozent liegen mittelschwere bis schwere Demenzen vor; berücksichtigt man auch die leichten Demenzen, so erhöht sich der Anteil demenzkranker Menschen in dieser Altersgruppe auf 10 bis 14 Prozent. Bei 1 bis 5 Prozent liegt eine schwere, bei 8 bis 16 Prozent eine mittelgradige bis schwere Depression vor; berücksichtigt man alle Schweregrade der Depression (d.h. auch die leichten und subdiagnostisch verlaufenden Depressionen), so streut der Anteil depressiv erkrankter Menschen in den verschiedenen Studien zwischen 10 Prozent und 25 Prozent. Angststörungen finden sich bei 5 bis 10 Prozent der 65-jährigen und älteren Bevölkerung. In den meisten Fällen handelt es sich dabei um Phobien (5 bis 9 Prozent) und nur sehr selten um Panikstörungen (0,1 bis 0,4 Prozent) oder um Zwangsstörungen (0,8 bis 0,9 Prozent). Paranoid-halluzinatorische Syndrome sind bei 1 bis 2,5 Prozent der 65-jährigen und älteren Bevölkerung erkennbar. Die Streuung der berichteten Prävalenzraten ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen: Zu nennen sind vor allem Unterschiede in den zugrunde gelegten Diagnosekriterien, Prävalenzzeiträumen und Altersbereichen der Studien sowie Unterschiede im Grad ihrer Repräsentativität. – In den genannten Zahlen sind die Belastungsstörungen und somatoformen (psychosomatischen) Störungen, die auf eine konflikthafte Verarbeitung situativer Anforderungen zurückgehen, nicht berücksichtigt. Es wird geschätzt, dass dieser Typus psychischer Störungen bei ca. 10 Prozent der 65-jährigen und älteren Bevölkerung vorliegt (Heuft & Schneider 1999; Heuft, Kruse & Radebold 2000). Darüber hinaus sind die Abhängigkeitsstörungen zu nennen, für die zum jetzigen Zeitpunkt allerdings keine zuverlässigen Prävalenzraten angegeben werden können.

In der Berliner Altersstudie werden für die Altersgruppe der 70- bis über 100-Jährigen folgende Zahlen berichtet (Helmchen et al. 1996): 13,9 Prozent leiden an einer Demenz, 9,1 Prozent an einer depressiven Störung (5,4 Prozent an einer Majoren Depression, 2,0 Prozent an einer

Dysthymia, 1 Prozent an einer Demenz mit Depression, 0,7 Prozent an einer depressiven Anpassungsstörung), 1,9 Prozent an einer Angststörung, 0,6 Prozent an einer organisch bedingten wahnhaften Störung oder Halluzinose, weitere 0,6 Prozent an einer organisch bedingten Persönlichkeitsstörung und 0,7 Prozent an einer schizophrenen und paranoiden Störung. Bezüglich der Inzidenz der Demenzen wurde ein exponentieller Anstieg im hohen Alter nachgewiesen: Während nur zwischen ein und vier Prozent der 65- bis 69-jährigen Bevölkerung an einer schweren oder mäßig schweren Demenz leiden, beläuft sich dieser Anteil in der 80- bis 84-jährigen Bevölkerung immerhin schon auf 15 Prozent und in der 90-jährigen und älteren Bevölkerung auf 40 Prozent. Im Gegensatz zu den Demenzen weisen die Depressionen keine Altersabhängigkeit auf, d. h. deren Inzidenz nimmt im hohen Alter nicht zu.

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands von älteren Migranten kommen internationale empirische Studien zu sehr widersprüchlichen Ergebnissen. So weisen gemeindepsychiatrische Studien eine geringere Inzidenz psychiatrischer Erkrankungen bei Migranten aus, in klinischen Erhebungen wurden gegenteilige Ergebnisse ermittelt (vgl. Berg 1998: 553). Sowohl in der Erhebung von Daten zum Gesundheitszustand von Migranten als auch bei der individuellen Diagnose und Behandlung von Krankheiten sieht man sich mit dem Phänomen konfrontiert, dass Krankheitsverhalten wie auch ärztliche Erklärungen und Aktivitäten von kulturellen Regeln normierte Erfahrungen darstellen. Deshalb besteht die Gefahr von Fehldiagnostik und -behandlung älterer Migranten. Zum einen aufgrund der bei den Patienten existierenden kulturellen Distanz, der häufig begrenzten sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten für komplexe psychische Probleme und Krankheitssymptome und der generellen Zugangsbarrieren von Gruppen mit niedrigem Bildungsniveau zu psychologischen oder psychotherapeutischen Behandlungsverfahren. Auf der anderen Seite sind es die im Versorgungssystem vorhandenen interkulturellen und ethnomedizinischen Wissensdefizite sowie fehlende sprachliche Kompetenzen. Berichtete Folgen sind überflüssige stationäre Behandlungen und Übermedikalisierung.

Bei den Angaben zur psychiatrischen Morbidität ist zu berücksichtigen, dass bislang kein gesichertes Wissen zur Häufigkeit der subdiagnostischen Symptomatik vorliegt. Mit diesem Begriff wird eine psychopathologische Symptomatik beschrieben, die zwar für die Lebensqualität und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Bedeutung ist, die jedoch den Diagnosekriterien der Diagnosesysteme (ICD, DSM) zufolge für eine spezifische psychiatrische Diagnose nicht ausreicht. Dies gilt vor allem für depressive Störungen: Depressionen weisen verschiedenartige Ausprägungsgrade auf; es ist von den Schwellenwertsetzungen sowie von den Krankheitsdefinitionen abhängig, ab welchem Ausprägungsgrad von einer depressiven Störung gesprochen wird. Den Ergebnissen der Berliner Altersstudie zufolge bestehen bei 17,8 Prozent der 70- bis über 100-Jährigen Depressionen mit subdiagnostischer Symptomatik.

Ein bis heute ungelöstes Problem bildet die Differenzierung zwischen einer „leichten kognitiven Beeinträchtigung" (auch umschrieben mit dem Begriff der „gutartigen Altersvergesslichkeit") und der Demenz. Derzeit lässt sich die Frage, ob die leichte kognitive Beeinträchtigung als gutartige altersassoziierte Leistungsminderung oder als präklinische Phase der Demenz zu interpretieren ist, nicht beantworten; darüber hinaus ist keine einheitliche Definition leichter kognitiver Defizite erkennbar (Förstl, Lauter & Bickel 2000). Die Bedeutung dieser Frage zeigt sich an zwei Befunden: Die Prävalenz der leichten kognitiven Beeinträchtigung liegt in der älteren Bevölkerung zwischen 16 und 34 Prozent. Zwischen 70 und 100 Prozent der in einem dreijährigen Beobachtungszeitraum auftretenden demenziellen Neuerkrankungen entwickelt sich in der Gruppe älterer Menschen mit leichter kognitiver Beeinträchtigung (Ritchie 1998; Ritchie et al. 1996).

Die Tatsache, dass trotz der altersabhängigen Zunahme der Demenzerkrankungen die psychiatrische Gesamtmorbidität in der Gruppe der 65-jährigen und älteren Menschen nicht höher ist als in jüngeren Altersgruppen und dass die Depressionen keine Altersabhängigkeit aufweisen, ist auch als Hinweis auf die im Alter erhaltene psychische Widerstandsfähigkeit („Resilienz") zu interpretieren, die die Fähigkeit des Menschen umschreibt, nach Eintreten von Anforderungen und Verlusten das frühere psychische Anpassungs- und Funktionsniveau wiederherzustellen (Staudinger et al. 1995). Diese Folgerung ergibt sich, wenn man bedenkt, dass im Alter – vor allem im hohen Alter – chronische Erkrankungen, Schmerzen, funktionelle Einschränkungen und soziale Verluste zunehmen, deren Bewältigung und Verarbeitung im Sinne einer „psychologischen Leistung" interpretiert werden kann (Kruse 1998). Gerade unter solchen Anforderungen und Verlusten ist das Risiko der Depression sowie der Abnahme der Lebenszufriedenheit erhöht. Da jedoch die Anzahl depressiv erkrankter Menschen im Alter nicht zunimmt und zudem beim größeren Teil der älteren Bevölkerung Lebenszufriedenheit besteht, ist davon auszugehen, dass es vielen Menschen gelingt, die Anforderungen und Verluste zu bewältigen und zu verarbeiten. Allerdings ergeben sich besondere Risiken für die psychische Gesundheit bei einer Häufung von Beeinträchtigungen und bei einer Abnahme von physischen, seelisch-geistigen, sozialen und materiellen Ressourcen. Mit solchen Entwicklungen ist vor allem im „vierten Lebensalter" (80 Jahre und älter) zu rechnen, in dem zum einen die Verletzbarkeit des Organismus zunimmt, zum anderen die Gefahr der (objektiv gegebenen) Isolation und (subjektiv erlebten) Einsamkeit wächst (Baltes 1999).

Die psychischen Störungen im Alter können auf sehr verschiedenartige Ursachen zurückgehen. Gegenüber früheren Lebensaltern gewinnen vor allem hirnorganische Erkrankungen an Bedeutung, die für die quantitativ wichtigsten psychischen Störungen, nämlich die Demenzen, verantwortlich sind und die sich zudem beim Großteil der akut auftretenden Verwirrtheitszustände als eine von mehreren Ursachen nachweisen lassen. Neben den hirnorganisch bedingten oder mitbedingten Störungen sind erlebnisreaktive Störungen zu nennen, die auf eine konflikthafte situationsbezogene (d. h. aktuelle) oder persön-

lichkeitsspezifische (d. h. chronifizierte) Erlebnisverarbeitung zurückgehen. Entscheidend für die möglichst weite Erhaltung oder für die Wiedererlangung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Zufriedenheit des Menschen sind (a) die frühzeitige Erfassung psychischer Störungen, (b) die Differenzialdiagnostik dieser Störungen und (c) die rechtzeitige Einleitung therapeutischer Maßnahmen. Dabei ist hinsichtlich der heute bestehenden Versorgungssituation kritisch festzustellen, dass psychische Störungen (aufgrund ihrer Überlagerung durch körperliche Erkrankungen oder durch die fehlerhafte und gefährliche Annahme, die vorliegende psychische Störung sei im Kern Ausdruck des „normalen Alterns") oftmals nicht rechtzeitig erkannt werden. Hirnorganisch bedingte Störungen werden aufgrund eines fachlich nicht zu rechtfertigenden therapeutischen Nihilismus vielfach nicht behandelt, und auch bei erlebnisreaktiven Störungen unterbleibt eine Behandlung in den meisten Fällen – dies aufgrund der fehlerhaften Annahme, im Alter sei die für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendige Plastizität des Erlebens und Verhaltens nicht gegeben. Durch die Korrektur solcher Vorurteile und durch Verbesserungen in Bezug auf die psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung würde ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Gesundheit im Alter geleistet. – In diesem Bericht können die psychischen Störungen im Alter nicht ausführlich beschrieben werden. Wir beschränken uns auf die Nennung zentraler Symptome sowie der wichtigsten ätiopathogenetischen Merkmale und Risikofaktoren.

Demenzen: Obligate Merkmale einer Demenz sind nach ICD-10 die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten (Urteilsfähigkeit, Denkvermögen) über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten, Störung der Affektkontrolle, des Antriebs sowie des Sozialverhaltens (mit emotionaler Labilität, Reizbarkeit und Apathie oder mit Vergröberung des Sozialverhaltens) sowie fehlende Hinweise auf einen vorübergehenden Verwirrtheitszustand.

Die häufigste Form der Demenz mit ca. 60 Prozent aller Demenzen ist die Alzheimer Demenz, deren wichtigste morphologische Kennzeichen fortschreitende Hirnatrophie, neurofibrilläre Veränderungen, Ausbildung von senilen Plaques, Verlust kortikaler Pyramidenzellen und Veränderungen der Neurotransmitter (vor allem im cholinergen System) bilden. Als Risikofaktoren für diese Form der Demenz wurden in mehreren Studien übereinstimmend Alter und Familiengeschichte nachgewiesen. Die Alzheimer Demenz verläuft fortschreitend und irreversibel. Sie beginnt mit Lern-, Gedächtnis- und Denkstörungen sowie mit leichteren Veränderungen der Persönlichkeit (vor allem im Affektbereich). Allmählich nehmen die kognitiven Einbußen zu, räumlich-zeitliche Desorientierung und Umherirren treten auf, die Persönlichkeit verändert sich immer mehr im Sinne von Antriebsverlust, Passivität und Desinteresse. Die Patienten büßen allmählich ihre Selbstständigkeit ein, in den Spätphasen der Alzheimer Demenz sind sie pflegebedürftig. – Es kann heute davon ausgegangen werden, dass sich in der kommenden Dekade Wege zu einer Behandlung der Alzheimer Demenz finden werden, die über die symptomatische Behandlung hinausgeht und die Krankheitsprozesse direkt und ursächlich beeinflusst (Masters & Beyreuther 1998). Im Mittelpunkt pharmakologischer Überlegungen steht derzeit die nachgewiesene Abnahme des für kognitive Funktionen wichtigen Neurotransmitters Azetylcholin. Durch Azetylcholinesterasehemmer soll der Abbau von Azetylcholin gestoppt und damit das Azetylcholin-Defizit verringert werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass diese Medikation vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz Erfolg versprechend ist, sodass sich auch von daher die Notwendigkeit der frühzeitigen Erfassung einer Alzheimer Demenz ergibt. – Derzeit sind zahlreiche symptomatisch, möglicherweise sogar pathophysiologisch wirksame Substanzen in präklinischer Erprobung (sowohl in-vitro als auch tierexperimentelle Untersuchungen). In den USA wird die Sicherheit und Dosierung von derzeit drei neuen Substanzen in Phase-I-Stadien geprüft. Effektivität und Nebenwirkungen von sieben potenziell antidementiv wirksamen Substanzen werden in Phase-II-Studien studiert. Weitere sieben Substanzen werden in großem Umfang an jeweils 1 000 bis 3 000 freiwilligen Patienten hinsichtlich ihrer Effektivität und Nebenwirkungsrate bei Langzeitanwendung untersucht. Zudem gibt es erste Anhaltspunkte dafür, dass auch symptomatische Maßnahmen, wie die bereits angesprochene Gabe von Azetylcholinestasehemmern, von Nootropika sowie von durchblutungsfördernden Substanzen potenziell weit reichende neurobiologische Effekte haben können (Förstl, Lauter & Bickel 2000). – Große Probleme bei der Betreuung und Pflege Demenzkranker werfen nicht-kognitive Störungen und Verhaltensstörungen auf. Zu nennen sind hier: Organischer Persönlichkeitswandel, Wahn, Halluzinationen, Unruhe, depressive Verstimmung, Umtriebigkeit, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus und aggressive Verhaltensweisen. Der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika und Antidepressiva ist häufig unvermeidlich (Helmchen & Kanowski 2000).

Zum heutigen Zeitpunkt werden die vaskulären Demenzen als zweithäufigste Form der Demenz bezeichnet. 10 bis 20 Prozent aller Demenzen sind als vaskulär bedingt anzusehen, 20 Prozent als eine Mischung aus vaskulärer und Alzheimer Demenz. Es handelt sich bei den vaskulären Demenzen um eine heterogene Krankheitsgruppe, die durch zwei gemeinsame Eigenschaften – stark ausgeprägte kognitive Defizite und Hinweise auf eine vaskuläre Ursache – definiert ist. Die Symptome setzen eher plötzlich ein, die Verschlechterung erfolgt eher stufenweise. Die kognitiven Ausfälle sind – je nach geschädigter Hirnregion – inselförmig. Auch bei dieser Form der Demenz finden sich als Hauptsymptome Störungen des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit, des abstrakten Denkens sowie der Persönlichkeit. Bei ca. 30 Prozent der Schlaganfallpatienten ist ein vaskuläres Demenzsyndrom (post stroke dementia) nachweisbar (Pohjasvaara et al. 1998). Die Prävention der vaskulären Demenzen ist vor allem durch die Beeinflussung der Risikofaktoren für vaskuläre Demenz möglich. Den bedeutsamsten – und bislang einzig gesicherten – Risikofaktor bildet die arterielle Hypertonie, als weitere Risikofaktoren werden Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Rauchen und übermäßiger Alkoholkonsum beschrieben.

Abzugrenzen von den verschiedenen Formen der Demenz sind Pseudodemenzen, die in ihrer Symptomatik zwar einer Demenz ähneln, die jedoch keine wirkliche Demenz darstellen. Vor allem bei schweren, chronischen Depressionen („majore Depressionen") können Defizite im Denkvermögen, im Antrieb sowie in der Selbstständigkeit auftreten, die zunächst an eine Demenz denken lassen. Erst eine genauere Untersuchung weist auf Depressionen als Ursache dieser Symptomatik hin. Zu den für die Differenzialdiagnostik bedeutsamen Faktoren sind zu rechnen: Depressive Episoden in der Vorgeschichte, Überschätzung der kognitiven Beeinträchtigung durch depressiv Erkrankte (gegenüber ihrer Unterschätzung oder Nichtwahrnehmung durch Demenzkranke), Feststellung depressiver Wahninhalte und Suizidideen bei depressiv Erkrankten, Orientierungsstörungen und sprachliche Defizite bei Demenzkranken.

Verwirrtheitszustände: Von den Demenzen abzugrenzen sind die kurzzeitigen Verwirrtheitszustände, die von wenigen Stunden bis zu wenigen Tagen dauern können. Deren Ursachen sind vielfältig: Verwirrtheitszustände können auf eine reduzierte Sauerstoffversorgung des Gehirns (infolge von Herzrhythmusstörungen, starkem Blutdruckabfall oder cerebralen Gefäßprozessen), auf hohe psychische Belastungen (vor allem bei bereits eingetretenen psychoorganischen Veränderungen), auf medikamentöse Einflüsse (infolge von Überdosierung, Interaktionen und Wirkungen einzelner Substanzen) sowie auf diätetische Ursachen (mangelnde Flüssigkeitszufuhr, unzureichende Ernährung) zurückgehen (Häfner 1994).

Paranoide Störungen: Paranoide Reaktionen und chronische paranoide Entwicklungen treten im höheren Lebensalter häufiger als in früheren Lebensjahren auf, während schizophrene Psychosen im Alter nur noch eine geringe Rolle spielen. In der klassischen Psychopathologie werden Halluzinationen als Störungen der Wahrnehmung, Wahn als Störung des Denkens bezeichnet. Klinisch jedoch sind Halluzinationen und Wahn im Erleben der betroffenen Menschen eng miteinander verbunden. Bei beiden Störungen ist der Betroffene von der Realität dessen, was er erlebt, fest und unkorrigierbar überzeugt. Halluzinationen sind auf alle Sinnesgebiete bezogen. Wahn bezeichnet eine persönlich gültige und starre Überzeugung eines Menschen. Diese Überzeugung kann nicht durch Gegenargumente oder andere Erfahrungen verändert werden (subjektive Gewissheit und Unkorrigierbarkeit der Wahnvorstellung). Für die Entstehung von paranoiden Reaktionen und chronischen paranoiden Entwicklungen sind verschiedene Gründe möglich. So können zum Beispiel Verminderungen der Sinnesleistungen (Sehen und Hören), Nachlassen der Gedächtnisleistungen (vor allem bei beginnenden dementiellen Erkrankungen), depressive Erkrankungen, aber auch Nebenwirkungen bestimmter Medikamente eine bedeutende Rolle spielen. Weiterhin sind soziale Faktoren (soziale Isolation und erlebte Einsamkeit) sowie Persönlichkeitszüge (Misstrauen) wichtig. Die häufigsten Wahninhalte sind Beeinträchtigung, Bedrohung, Verfolgung und Bestohlenwerden. – Halluzinationen und Wahn sind als sekundäre Symptome auch bei Demenz und Depressionen möglich.

Depressive Störungen und Angststörungen: Bei den depressiven Störungen ist die Differenzierung zwischen den „majoren Depressionen", deren Symptomatik stark ausgeprägt ist und bei denen sowohl eine endogene als auch eine erlebnisreaktive Komponente angenommen werden, den „Dysthymien", deren Symptomatik geringer ausgeprägt ist und die vor allem auf die nicht gelingende Bewältigung und Verarbeitung neuer Lebensanforderungen und Entwicklungsaufgaben zurückgehen, sowie den Störungen mit subdiagnostischer Symptomatik zu unterscheiden, die sich auf den Verlauf körperlicher Erkrankungen, auf das Krankheitserleben (und hier vor allem auf das Schmerzerleben), auf die Lebenseinstellung und auf das persönliche Altersbild auswirken. Die Ursachen der Depressionen im Alter weichen nicht deutlich von jenen im mittleren Lebensalter ab. Die manisch-depressiven und rein depressiven affektiven Psychosen, die familiär gehäuft auftreten, bilden den kleineren Anteil der depressiven Störungen. Das Risiko der depressiven Erkrankung ist vor allem bei Partnerverlust, bei subjektiv erlebter Einsamkeit sowie bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen erhöht. – Die bisher gewonnenen Erkenntnisse zu den speziellen Entstehungsbedingungen und Folgen depressiver Störungen im Alter, vor allem unterschwelliger (subdiagnostischer) depressiver Störungen, reichen für wirksame Behandlungsmaßnahmen nicht aus und verlangen nach weiterer Forschung (vgl. Helmchen & Kanowski 2000). – Unter den Angststörungen im Alter dominieren zwei Formen: die generalisierte Angststörung und die Agoraphobie. Daneben sind Angststörungen mit subdiagnostischer Symptomatik erkennbar, die noch häufiger auftreten als Angststörungen mit diagnostischer Symptomatik. Angststörungen finden sich vor allem bei jenen älteren Menschen, die bereits im Lebenslauf eine ängstliche Persönlichkeit gezeigt haben. Darüber hinaus tragen Isolation und subjektiv erlebte Einsamkeit zu Angststörungen bei. Bei jenen Patienten, die an einer Demenz erkrankt sind, führt die Bewusstwerdung der Krankheit und ihrer Folgen nicht selten zu Panikstörungen.

Belastungsstörungen und somatoforme Störungen: Zu diesen werden die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung (zum Beispiel nach einem sehr bedrohlichen oder traumatischen Ereignis wie dem Verlust nahe stehender Menschen), die Anpassungsstörungen (Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung nach einem belastenden Lebensereignis oder nach schwerer körperlicher Krankheit) sowie somatoforme Störungen (zum Beispiel die anhaltende somatoforme Schmerzstörung) gezählt. Akut auftretende Belastungs- und somatoforme Störungen im Alter sind verursacht (a) durch einen neurotischen Kernkonflikt, der nach langer Latenz zu einer Erstmanifestation der Symptomatik in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens führt, (b) durch einen Aktualkonflikt, der sich trotz einer psychisch stabilen Entwicklung im Lebenslauf aufgrund von nicht bewältigten Entwicklungsaufgaben im Alter (zum Beispiel der Suche nach neuen Rollen in der nachberuflichen Phase) oder aufgrund von Ängsten vor möglichen gesundheitlichen Einbußen im Alter ausbildet, (c) durch die Reaktivierung von Traumatisierungen, die in der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter erlebt wurden, oder (d) durch die nicht gelingende

Verarbeitung von Erkrankungen (Heuft 1993). In Bezug auf die Reaktivierung von Traumatisierungen ist eine Studie von Kruse & Schmitt (2000) zu nennen, in der ehemalige jüdische Emigranten und Lagerhäftlinge über eine im Alter deutlich zunehmende Intensität der Erinnerungen an das persönliche Schicksal in der NS-Diktatur berichtet haben. Vor allem die ehemaligen Lagerhäftlinge gaben an, dass die Erinnerungen an erlittene Traumatisierungen im Alter wieder genauso stark gewesen seien wie im Zeitraum nach der Befreiung aus dem Vernichtungslager. – Aufgrund der hohen Prävalenz chronischer körperlicher Erkrankungen und dem erhöhten Risiko für das Erleben belastender Lebensereignisse (zum Beispiel Partnerverlust) kommt auch den Anpassungsstörungen (im Sinne von akuten psychischen Reaktionen) große Bedeutung zu.

3.1.4 Pflegebedürftigkeit – statistische Angaben

In diesem Abschnitt wird ein Überblick zur gegenwärtigen Zahl und den Merkmalen pflegebedürftiger Menschen in Deutschland gegeben und anhand bisher vorgelegter Modellrechnungen eine Einschätzung zur zukünftigen Entwicklung des Ausmaßes und der Struktur der Pflegebedürftigkeit vorgenommen. Dieser Überblick stützt sich wesentlich auf Daten der Pflegeversicherungsstatistik und auf Ergebnisse der grundlegenden, im Auftrag des Bundesseniorenministeriums durchgeführten Infratest-Studie zu den Hilfe- und Pflegebedürftigen in Heimen und privaten Haushalten. Auf diese beiden Quellen im Verbund mit verschiedenen Bevölkerungsvorausberechnungen stützen sich auch alle neueren Modellrechnungen zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen.

3.1.4.1 Aktuelle Situation

Trotz ihrer Mehrdimensionalität und Vielschichtigkeit kann Pflegebedürftigkeit ganz allgemein als die Tatsache beschrieben werden, dass jemand aufgrund von Krankheit, Funktionseinschränkungen, Behinderung oder Alter nicht nur kurzfristig auf pflegerische Hilfe zur Aufrechterhaltung elementarer Lebensfunktionen angewiesen ist. Seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung gibt es eine bundesweit geltende sozialrechtliche Definition. In diese fließen in Erweiterung der allgemeinen Umschreibung konkrete Annahmen über Art und Umfang des Pflegebedarfs ein, und sie ist gebunden an bestimmte Mindestvoraussetzungen. Als pflegebedürftig bzw. leistungsberechtigt gelten nach den Bestimmungen des 11. Sozialgesetzbuches Personen, die eine bestimmte Vorversicherungszeit erfüllen und aufgrund von Krankheit oder Behinderung bei bestimmten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens (Körperpflege, Ernährung, Mobilität, hauswirtschaftliche Versorgung) voraussichtlich für mindestens sechs Monate in erheblichem oder höherem Maße Hilfe benötigen.[9] Für die Leistungsgewährung werden die pflegebedürftigen Personen – je nach Häufigkeit, täglicher Dauer und Art der benötigten Hilfe – einer von drei Pflegestufen zugeordnet.

Übersicht 3-3: Pflegestufeneinteilung nach SGB XI

„Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. ...

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundge und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen." (SGB XI, §15).

Ob und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird nur auf Antrag und nach persönlicher Begutachtung (hauptsächlich durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen) festgestellt. Je nach Pflegestufe und Unterbringung haben die Pflegebedürftigen Anspruch auf verschiedene Sach- und Geldleistungen.[10]

Es muss betont werden, dass die im SGB XI zur Anwendung kommenden Bestimmungen bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegebedarfs bzw. der Pflegestufen nicht unbedingt neueren pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen folgen. Kritische Anmerkungen

[9] Hilfe, die bei Kindern über den üblichen altersgemäßen Bedarf hinaus gehen muss.

[10] Über die Einzelheiten des Leistungsumfangs informieren allgemein zugängliche Broschüren der Pflegekassen, der Verbraucherverbände und der zuständigen Ministerien. Neben der Leistungen der Pflegeversicherung können Pflegebedürftige unter bestimmten Voraussetzungen und im Allgemeinen zeitlich befristet auch ärztlich verordnete Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten.

Tabelle 3-1: Ausgewählte Merkmale der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998

Merkmal	Anzahl	in Prozent	
		aller Leistungsempfänger	der Empfängergruppe
Leistungsempfänger insgesamt[1]	1 809 094		
– der Sozialen Pflegeversicherung	1 715 972	94,9	
– der Privaten Pflegeversicherung	93 122	5,1	
Form der Unterbringung und Versorgung:			
– ambulant (Privathaushalt)	1 273 493	70,4	
– stationär (Heim)	535 601	29,6	
Pflegestufe:			
– Pflegestufe I	831 304	46,0	
– Pflegestufe II	710 810	39,3	
– Pflegestufe III	266 980	14,8	
ambulante Leistungsempfänger:			
– Pflegestufe I	637 880		50,1
– Pflegestufe II	489 796		38,5
– Pflegestufe III	145 817		11,5
stationäre Leistungsempfänger:			
– Pflegestufe I	193 424		36,1
– Pflegestufe II	221 014		41,3
– Pflegestufe III	121 163		22,6
Geschlecht:			
– Frauen	1 229 759	68,0	
ambulant	818 668		66,6
stationär	411 091		33,4
– Männer	579 335	32,0	
ambulant	432 297		74,6
stationär	147 038		25,4
Alter:			
– unter 20	93 353	5,2	
– 20 bis 39	98 979	5,5	
– 40 bis 59	140 882	7,8	
– 60 bis 69	181 226	10,0	
– 70 bis 79	401 217	22,2	
– 80 bis 89	635 489	35,1	
– 90 und älter	257 948	14,3	

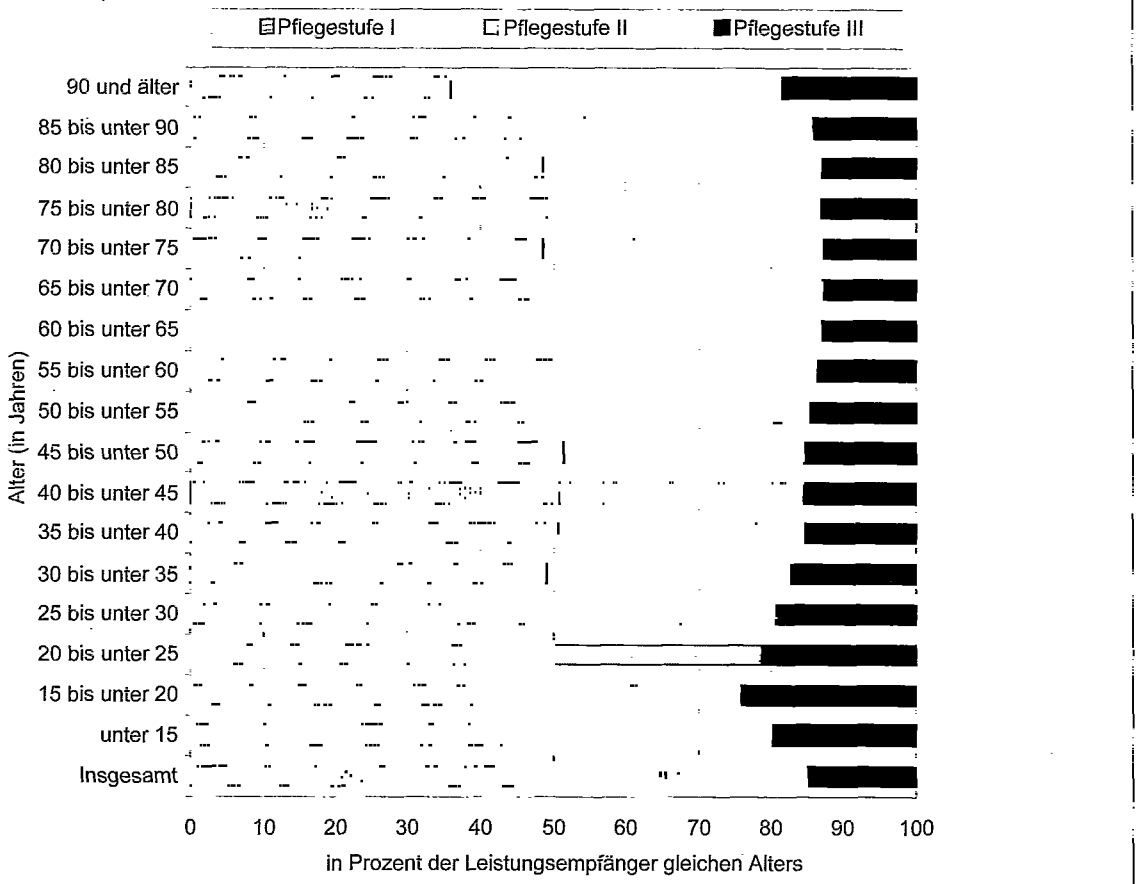
[1] Ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

hierzu aus pflegewissenschaftlicher Sicht werden in Kapitel 3.2.4 gegeben.

Nach den in Tabelle 3-1 präsentierten Zahlen der Pflegeversicherungsstatistik gab es Ende 1998 rund 1,8 Millionen Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) in Deutschland. Davon werden 70 Prozent in Privathaushalten gepflegt, 30 Prozent leben im Heim. Mehr als zwei Drittel (68 Prozent) sind Frauen, und die Hälfte der Pflegebedürftigen ist hochbetagt im Alter von 80 und mehr Jahren. Weibliche Pflegebedürftige befinden sich häufiger als männliche in Einrichtungen (33 gegenüber 23 Prozent). Personen mit höherem Pflegebedarf, Hochaltrige und Frauen nehmen häufiger stationäre Leistungen in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger

Abbildung 3-2: Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998[1)]



[1)] ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

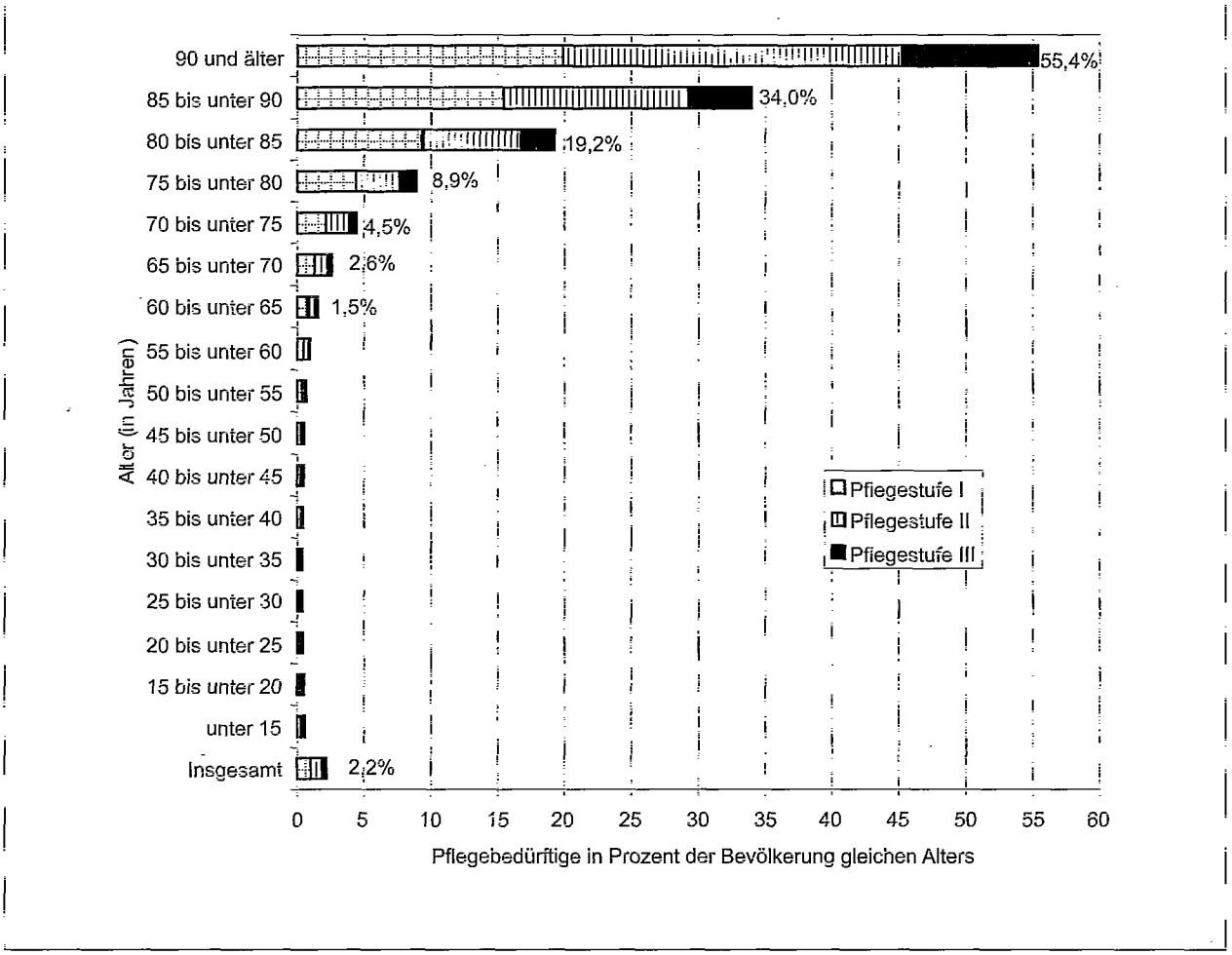
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

(54 Prozent) ist schwer- oder schwerstpflegebedürftig (Stufen II und III). Es fällt auf, dass die wenigen jungen Pflegebedürftigen überdurchschnittlich oft Pflegestufe II und III haben (58 Prozent der Leistungsempfänger unter 30 Jahren) (s. auch Abbildung 3-2).

Insgesamt waren Ende 1998 2,2 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig nach den Maßstäben des Pflegeversicherungsgesetzes. Wie Abbildung 3-3 verdeutlicht, steigt die Pflegebedarfswahrscheinlichkeit exponentiell mit dem Alter. Während von der Jugend bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts jeweils nur 0,5 bis 1 Prozent der Menschen pflegebedürftig sind, steigt ihr Anteil und der Schweregrad im höheren Alter zunächst moderat und spätestens ab dem 80. Lebensjahr kräftig an. Von den 80- bis 85-Jährigen ist ein knappes Fünftel pflegebedürftig (davon 51 Prozent in Stufe II und III), von den 85- bis 90-Jährigen gut ein Drittel, im Alter ab 90 Jahren mehr als die Hälfte (55 Prozent), davon 64 Prozent schwer- und schwerstpflegebedürftig.

Hervorzuheben ist, dass die 60- bis 70-jährigen Pflegebedürftigen seltener stationär untergebracht sind als die im mittleren Lebensalter (30- bis 50-Jährige) und trotz der im hohen Alter deutlich zunehmenden Heimversorgungsquote selbst von den Pflegebedürftigen im Alter von 90 und mehr Jahren noch 57 Prozent in privaten Haushalten leben und dort gepflegt werden (vgl. Abbildung 3-3). Dies zeigt: Die familiäre und ambulante Pflege ist bis ins höchste Alter die dominierende Versorgungsform.

Abbildung 3-3: Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am 31.12.1998 nach Pflegestufe[1)]



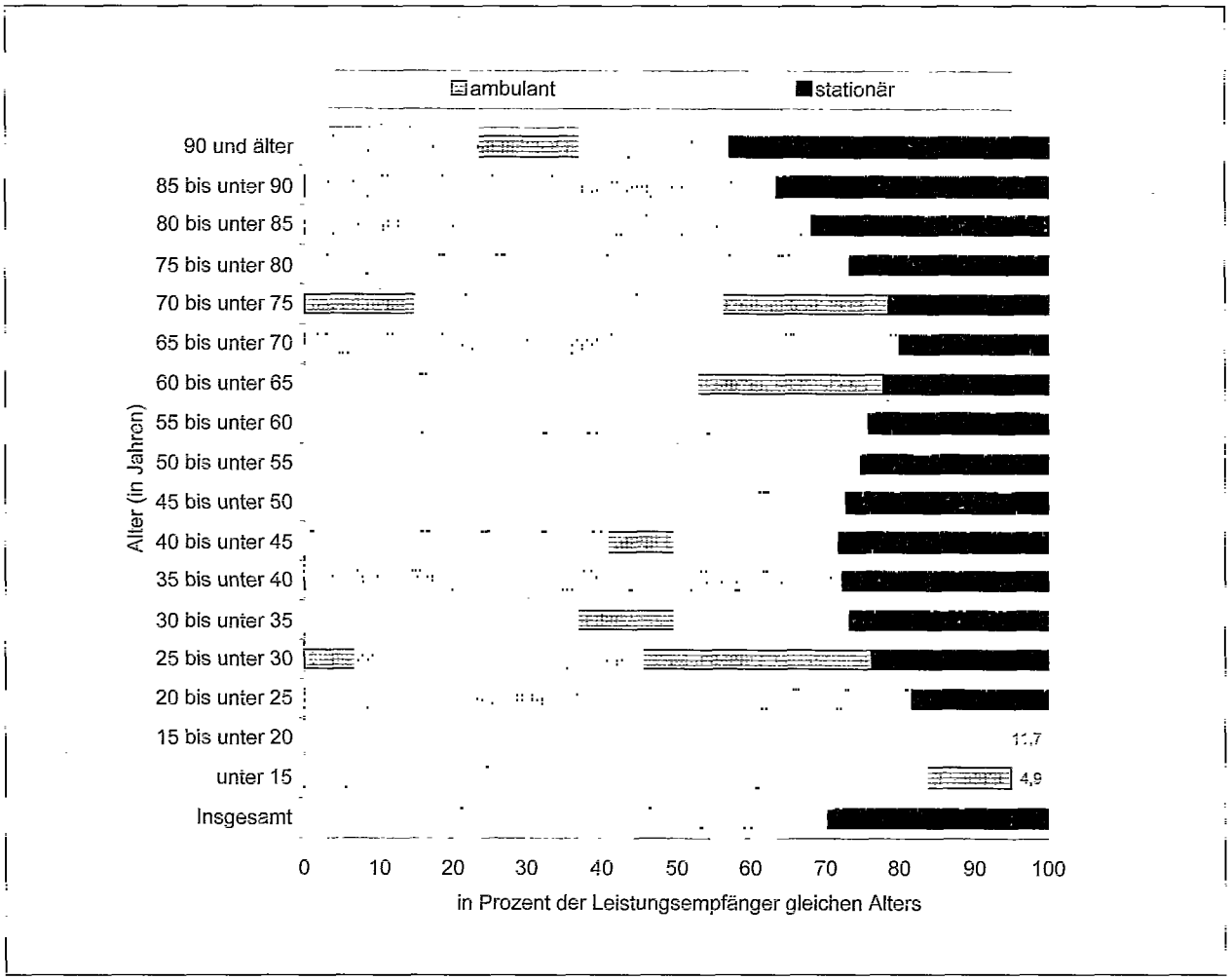
[1)] Ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung; Prävalenz im Alter von 65 bis 79 Jahren: 4,9 %, ab 80 Jahren: 30,7 %.

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

Die in der ersten Hälfte der 90er-Jahre durchgeführte Studie „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten" (Schneekloth & Potthoff 1993), die mit einer breit angelegten Repräsentativerhebung über 60 000 Personen erfasste, bietet nach wie vor ein reichhaltiges Datenmaterial zur Beschreibung von Struktur und Umfang der für die ambulante Pflege maßgeblichen Versorgungsbedarfe im Bereich der alltäglichen Lebensführung. Allerdings sind die Fragestellungen der Studie ganz überwiegend auf Pflege- und Hilfebedarfe begrenzt, die ähnlich wie im Falle der Pflegeversicherung auf die Bewältigung von einfachen Alltagsverrichtungen zugeschnitten sind. Versorgungsbedarfe im Kontext der Bewältigung chronischer Krankheiten beispielsweise bleiben, soweit sie in keinem Zusammenhang mit diesen Alltagsverrichtungen stehen, weitgehend ausgeblendet. „Pflegebedürftigkeit" wurde im Rahmen der Studie als Verlust von Selbstständigkeit definiert, die mehrfach wöchentlich, täglich oder ständig Fremdhilfe im Bereich körperbezogener Verrichtungen (Hygiene, Mobilität/Motorik, Ernährung und Aufsichtsbedarf) erforderlich macht.

Personen mit ständigem Pflegebedarf waren mehrheitlich immobil und konnten während eines Zeitraums von mehreren Stunden nicht allein gelassen werden; 74 Prozent von ihnen benötigten ständige Aufsicht. Bei Personen mit täglichem Pflegebedarf lagen die Unterstützungserfordernisse überwiegend im Bereich der Hygiene; kaum anders als bei der ersten Gruppe konnten in neun von zehn Fällen elementare hauswirtschaftliche Tätigkeiten (wie Einkaufen, Reinigen der Wohnung) nicht mehr ausgeführt

Abbildung 3-4: Form der Unterbringung und Versorgung der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998[1)]



1) ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

werden. Hier wie dort geht also Pflegebedürftigkeit mit einem ausgedehnten Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich einher. Bei der Gruppe der Personen mit mehrfach wöchentlichem Pflegebedarf schließlich standen Unterstützungserfordernisse bei der Fortbewegung (z. B. Treppensteigen) im Vordergrund, doch auch andere Verrichtungen konnten von einem relevanten Teil dieser Personengruppe nicht ohne Hilfe durchgeführt werden (z. B. Duschen, Waschen: 40 Prozent): auch bei dieser Gruppe ist ein hoher Unterstützungsbedarf bei hauswirtschaftlichen Tätigkeiten charakteristisch.

Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich besitzt überhaupt, wie die Ergebnisse der Studie zeigen, in breiten Teilen der Altersbevölkerung einen eigenständigen Stellenwert. Auch Personen, die nach den oben genannten Kriterien der Infratest-Studie nicht als pflegebedürftig gelten (also seltener als mehrfach wöchentlich auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind), können einen erheblichen hauswirtschaftlichen Hilfebedarf aufweisen. So wurde im Rahmen der Untersuchung neben den damals 1,1 Mio. Pflegebedürftigen eine Zahl von rund 2,1 Mio. Bundesbürgern errechnet, die regelmäßig hauswirtschaftlichen Hilfebedarf aufweisen.

Umfang und Art der Pflegebedürftigkeit wird in den einzelnen Altersgruppen wesentlich von der gegebenen Morbiditätsstruktur geprägt. Bei Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf insgesamt standen folgende Erkrankungen und Beeinträchtigungen im Vordergrund:

Tabelle 3-2: Ausgewählte chronische Krankheiten und Beeinträchtigungen und geistige oder seelische Beeinträchtigungen bei Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf in Privathaushalten (Mehrfachnennungen, in Prozent)

	Regelmäßiger Pflegebedarf			
	mehrfach wöchentlich	täglich	ständig	insgesamt
Bewegungseinschränkungen	82	74	82	79
Herz-Kreislauferkrankungen	45	49	32	45
Muskelerkrankungen	31	29	47	33
Starke Sehbehinderung	26	32	26	29
Inkontinenz	17	27	55	28
Schlaganfall	19	20	24	20
Geistiger Abbau	25	47	37	38
Geistige Behinderung	16	24	39	25
Verhaltensauffälligkeiten	11	18	27	18

Quelle: Schneekloth & Potthoff 1993

Wenngleich diese Daten nur vorsichtig interpretiert werden dürfen (sie beruhen auf Angaben der Pflegebedürftigen selbst bzw. der sie betreuenden Personen und dürfen somit nicht als gesicherte Diagnosen verstanden werden), lassen sie einige Schlussfolgerungen zum Verhältnis zwischen Pflegebedürftigkeit und Krankheitsgeschehen zu:

- Pflegebedürftigkeit korreliert in hohem Maße mit Erkrankungen, die zum Verlust von Mobilität bzw. motorischen Fähigkeiten führen (vgl. Steinhagen-Thiessen & Borchelt 1996).
- Der Umfang des Unterstützungsbedarfs steht in einem engen Zusammenhang mit Einschränkungen der Kontinenz.
- Ein erheblicher Teil der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen zeigt psychische Auffälligkeiten, durch die ggf. ein umfassender Unterstützungsbedarf in der gesamten Lebensführung begründet wird. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit anderen Daten, die vor allem in den höheren Altersgruppen einen engen Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und gerontopsychiatrischen Erkrankungen erkennen lassen (siehe 3.2.4, vgl. auch Helmchen et al. 1996).

Eine differenziertere Betrachtung der von Infratest erhobenen Daten zeigt außerdem, dass

- in der Gruppe der älteren Pflegebedürftigen folgende Erkrankungen/Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen: Schlaganfall, chronische Erkrankungen der inneren Organe und der Bewegungsorgane, Schwerhörigkeit/Taubheit, geistiger Abbau;
- das Krankheitsgeschehen im Alter wesentlich durch Multimorbidität gekennzeichnet ist: Bei gut der Hälfte (52 Prozent) der Pflegebedürftigen wurden vier oder mehr Krankheiten benannt.

Pflege- und Hilfebedürftigkeit im Alter geht je nach Ausprägung mit recht unterschiedlich akzentuierten Unterstützungsbedarfen einher. Rein quantitativ betrachtet stehen Bedarfe an Leistungen im Vordergrund, die den Verlust bzw. die Beeinträchtigung alltagspraktischer Fähigkeiten zu kompensieren vermögen und durch präventiv/rehabilitativ orientierte Hilfen die verfügbaren Selbstversorgungspotenziale erhalten und fördern. Nicht zu unterschätzen ist jedoch auch jene (wachsende) Gruppe alter Menschen, welche infolge komplexer gesundheitlicher Problemlagen, nicht zuletzt psychischer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen eine pflegerische Versorgung benötigen, die darüber hinaus spezifische Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten leistet. Für die Aufrechterhaltung einer stabilen häuslichen Pflegesituation und ein adäquates Ineinandergreifen formeller und informeller Unterstützungspotenziale ist durch geeignete Verfahren Sorge zu tragen (siehe hierzu Kapitel 3.2.4.1).

3.1.4.2 Zukünftige Entwicklung

Für die qualitative Weiterentwicklung des Versorgungsangebots werden in Zukunft vermehrt pflegeepidemiologische Erkenntnisse benötigt, die den quantitativen und qualitativen Pflegebedarf im Zeitverlauf dokumentieren sowie eine systematische und zielgerichtete Analyse der erhobenen Daten erlauben. Ein wesentlicher Mangel bisheriger Forschung besteht darin, dass sie von einem spezifischen, sozialrechtlich geprägten Begriff der Pflegebedürftigkeit ausgeht und damit nur sehr begrenzt Schlussfolgerungen auf die Gesamtheit des pflegerischen Leistungsbedarfs zulassen. Gerade vor dem Hintergrund der Zielsetzung eines integrierten Versorgungsangebotes sind daher Untersuchungen notwendig, die Bedarfe unabhängig von den zergliederten Finanzierungs- und Leistungsstrukturen, also vornehmlich aus der Perspektive der Patienten bzw. Pflegebedürftigen zu beschreiben vermögen.

Bislang vorliegende zukunftsbezogene Untersuchungen zum Pflegebedarf widmen sich überwiegend der Frage, wie sich die Zahl der Pflegebedürftigen (z. T. differenziert nach Schweregrad) entwickeln wird, welche der derzeit angebotenen Leistungen der Pflegeversicherung von den Pflegebedürftigen in welchem Umfang voraussichtlich in

Anspruch genommen werden und wie sich die Ausgaben und Einnahmen dieses Sozialversicherungszweiges bei unterschiedlichen Szenarien verändern. Dabei operieren die meisten Modellrechnungen mit konstant bleibenden altersspezifischen Pflegefallhäufigkeiten, die sie entweder aus den beiden Infratest-Untersuchungen zu Beginn der Neunzigerjahre oder den Daten der Pflegeversicherungsstatistik entnehmen und mit bestehenden Bevölkerungsvorausberechnungen verbinden.

Entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse von Vorausberechnungen zur Pflegebedürftigkeit haben neben den Annahmen zur altersspezifischen Prävalenz auch die Annahmen zur Entwicklung der weiteren Lebenserwartung im Alter. Insbesondere bei angenommener Konstanz der Pflegefallwahrscheinlichkeiten schlägt sich ein Zugewinn an Lebensjahren im höheren Alter unmittelbar in einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger nieder. Deren Anzahl würde proportional zur Zunahme alter Menschen insgesamt steigen. Die vorliegenden Modellrechnungen orientieren sich teilweise an den Lebenserwartungsannahmen der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts 1992 bis 2040 (Sommer 1994) oder der Vorausschätzung der interministeriellen Arbeitsgruppe für die Jahre 1995 bis 2040 (BMI 1995). Das Statistische Bundesamt ging seinerzeit von einem allgemeinen Ende des Lebenserwartungsanstiegs nach der Jahrtausendwende aus, was viele Demographen schon damals als unrealistisch erachteten. In der interministeriellen Bevölkerungsmodellrechnung wird angenommen, dass bei allmählicher Angleichung der ostdeutschen an die westdeutsche Lebenserwartung diese bis 2005 um ein Jahr, von 2005 bis 2030 nochmals um rund zwei Jahre steigen wird und danach konstant bleibt.[1] Die im Herbst 1999 vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung herausgegebene Bevölkerungsvorausberechnung enthält zwei Varianten. In Variante A wird von sich abschwächenden, in Variante B von gleich bleibenden Zuwachsraten der Lebenserwartung wie in der Zeit zwischen 1987 und 1996 ausgegangen. Danach würde sich die Lebenserwartung bis 2050 wie unten entwickeln.

Eine Gegenüberstellung der für Deutschland vorliegenden Vorausschätzungen zum quantitativen Umfang der Pflegebedürftigkeit verdeutlicht, dass unter den gegebenen Annahmen in den kommenden Jahrzehnten aufgrund der demographischen Alterung mit einer erheblichen Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen zu rechnen ist (vgl. Tabelle 3-4).

Bis zum Jahr 2010 wird mit einem Anstieg bis 2,04 Millionen Pflegebedürftigen gerechnet; das Bundesgesundheitsministerium geht sogar von einer Zunahme auf 2,14 Millionen aus. Für das Jahr 2030 reichen die Schätzungen von 2,16 bis 2,57 Millionen Pflegebedürftigen, für 2040 wird mit 2,26 bis 2,79 Millionen gerechnet. Die unteren Grenzwerte beruhen dabei auf der Annahme einer nicht weiter steigenden Lebenserwartung.

Alle Schätzungen gehen andererseits von der Vermutung konstanter altersspezifischer Pflegefallhäufigkeiten aus. Ob diese Annahme v. a. bei weit in die Zukunft reichenden Vorausberechnungen (bis 2030/40) noch angemessen ist, darf bezweifelt werden. Neuere nationale und internationale Forschungsergebnisse liefern klare Hinweise auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands alter Menschen in der Kohortenabfolge (siehe Kapitel 3.1.4), und es bestehen berechtigte Aussichten auf ein Zurückdrängen, Verzögern und Abschwächen bestimmter Altersgebrechen durch weiteren medizinischen Fortschritt. Den Status quo fortschreibende Modellrechnungen zeigen daher in erster Linie, mit welcher demographisch bedingten Zunahme Pflegebedürftiger zu rechnen ist, falls es zu keinen Verbesserungen des Gesundheitszustands und der Funktionstüchtigkeit im Alter kommt. Sie verweisen darauf, wie wichtig es sein wird, die gesundheitliche Prävention und Rehabilitation auszubauen.

[1] Die altersspezifischen Sterblichkeitsziffern der Ausländer werden allerdings in beiden Modellrechnungen konstant gehalten.

Tabelle 3-3: DIW-Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung in West- und Ostdeutschland

Jahr	Mittlere – restliche – Lebenserwartung von					
	Neugeborenen		65-Jährigen		80-Jährigen	
	Jungen	Mädchen	Männern	Frauen	Männern	Frauen
	in Jahren					
	Früheres Bundesgebiet					
1995/97	74,07	80,21	15,08	18,85	6,72	8,20
2050 (Var. A)	75,47	81,72	16,28	19,99	7,30	8,91
2050 (Var. B)	81,44	86,40	20,06	23,65	9,75	11,35
	Neue Länder und Berlin-Ost					
1995/97	71,77	79,01	14,13	17,89	6,14	7,76
2050 (Var. A)	75,47	81,72	16,28	19,99	7,30	8,91
2050 (Var. B)	81,44	86,40	20,06	23,65	9,75	11,35

Quelle: DIW-Wochenbericht 42/99: 750 und 752

Tabelle 3-4: Modellrechnungen zur Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland

Modellrechnung (Autoren)	Annahmen* zur Entwicklung der ...		Geschätzte Zahl der Pflegebedürftigen
	altersspezifischen Pflegefall-Häufigkeiten	Lebenserwartung (LE)	
Zentrum für Sozialpolitik, Bremen (Rothgang/Vogler 1997)	an die Bestimmungen des SGB XI angepasste Pflegefallwahrscheinlichkeiten der Infratest- Studien		
– unteres Szenario	(vgl. Fachinger et al. 1995): konstant bleibend	konstante LE ab 2000 (nach Bomsdorf (1994), Modell 1)	1993: 1,52 Mio. 2010: 1,85 Mio. 2030: 2,16 Mio. 2040: 2,26 Mio.
– mittleres Szenario	dito.	abgeschwächt steigende LE (nach Bomsdorf (1994), Modell 2)	2010: 1,87 Mio. 2030: 2,32 Mio. 2040: 2,52 Mio.
– oberes Szenario	dito.	kontinuierlich steigende LE (nach Bomsdorf (1994), Modell 2)	2010: 1,90 Mio. 2030: 2,49 Mio. 2040: 2,78 Mio.
Modellrechnung für die Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" (Wille et al. 1999)			
– Szenario 1–2	dito.	8. koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung (stagnierende LE) mit 2 Migrationsvarianten	1995: 1,66 Mio. 2010: 1,97–1,98 Mio. 2030: 2,30–2,34 Mio. 2040: 2,41–2,48 Mio.
– Szenario 3–4	dito.	BMI Bevölkerungsvorausschätzung (abgeschwächter Anstieg der LE) mit 2 Migrationsvarianten	1995: 1,64 Mio. 2010: 1,92–1,94 Mio. 2030: 2,52–2,57 Mio. 2040: 2,70–2,79 Mio.
Kuratorium Deutsche Altershilfe (Rückert 1998)	Leistungsempfänger der Pflegeversicherung Ende 1997; konstant bleibende Prävalenzen	BMI Bevölkerungsvorausschätzung	Ende 1997: 1,75 Mio. Ende 2010: 2,04 Mio.
Prognos-Gutachten für den VDR (Eckerle/Oczipka 1998)	Leistungsempfänger der Pflegeversicherung Ende 1996; konstant bleibende Prävalenzen	bis 2002 kontinuierlicher, danach abgeschwächter Anstieg der LE. Restliche LE 65-Jähriger im Jahr 2030: Männer: 16,8 Jahre Frauen: 21 Jahre	1996: 1,55 Mio. 2010: 1,87 Mio. 2040: 2,46 Mio.
DIW 1999	ambulante Pflegefallquoten (1995), konstant bleibend	kontinuierlich steigende LE (Variante B)	1997: 1,31 Mio. 2020: 2,25–2,26 Mio. 2050: 3,88–4,02 Mio.
Bundesministerium für Gesundheit 2000 (http://www.bmgesundheit.de/themen/pflege/zahlen/aus.htm). Stand: 6.3.2000	Leistungsempfänger der Pflegeversicherung Ende 1998	nicht veröffentlicht	Ende 1998: 1,81 Mio. 2010: bis 2,14 Mio.

*) Auf die Darstellung der Annahmen zur Migrationsentwicklung wird verzichtet. Gegenüber den Mortalitätsannahmen haben diese einen vergleichsweise geringen Einfluss auf die zukünftige Zahl der Pflegebedürftigen.

3.2 Gesundheits- und Pflegeversorgung

3.2.1 Prävention

Mit dem Begriff der Prävention werden zum einen Merkmale der Lebenslage, der Umwelt und des Lebensstils, zum anderen Merkmale des Gesundheitsversorgungssystems beschrieben, die sich positiv auf die Erhaltung und Wiedererlangung der Gesundheit auswirken. Die Kommission plädiert mit Blick auf die Kompetenz im Alter (siehe auch Kapitel 1 und Kapitel 7) für einen ganzheitlichen, d. h. die verschiedenen Dimensionen von Kompetenz (also die physische, die seelisch-geistige, die alltagspraktische, die kognitive und die sozialkommunikative Kompetenz) einschließenden Präventionsansatz. Durch gesundheitsbewusstes Verhalten sowie durch die Vermeidung von Risikofaktoren (zu denen auch lang anhaltende körperliche und seelische Überlastungen zu rechnen sind) in allen Lebensaltern wird zur körperlichen und seelischen Gesundheit im Alter beigetragen. Trotz der großen Bedeutung der Prävention für die Gesundheit und eine aktive Lebensgestaltung wird den präventiven Maßnahmen im Kontext des Gesundheitsversorgungssystems nicht jene Stellung zugeordnet, die diesen aus wissenschaftlicher und praktischer Perspektive eigentlich zukommen müsste. Vor allem ist kritisch anzumerken, dass die Bereiche Prävention, Kuration und Rehabilitation in unserem vorwiegend kurativ ausgerichteten Versorgungssystem meistens zeitlich, räumlich und organisatorisch voneinander getrennt sind. Die Kommission gibt an dieser Stelle zu bedenken, dass Organisationsformen gefunden werden müssen, die diese Bereiche zum einen gleichstellen, zum anderen miteinander verknüpfen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse zu den positiven Effekten der Prävention ordnet die Welt-Gesundheits-Organisation (1998) den präventiven Maßnahmen große Bedeutung im Kontext der Gesundheitsversorgung zu. Sie beschreibt die Prävention als eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts.

Zu jenen Erkrankungen, die im Alter häufig auftreten, die jedoch in weiten Teilen vermieden oder zumindest zeitlich hinausgeschoben werden könnten, wenn die Risikofaktoren für diese Erkrankungen vermieden würden, zählen vor allem Arteriosklerose, Osteoporose (mit der Folge von Stürzen und Frakturen), Lungenkrebs, Emphysem, Diabetes mellitus Typ II, Leberzirrhose sowie Inkontinenz.

3.2.1.1 Präventionspotenziale

Der Begriff des „Präventionspotenzials" soll ausdrücken, dass (a) durch gesundheitsbewusstes Verhalten, durch die Vermeidung von Risikofaktoren sowie durch gezielte Einflussnahme auf die Lebenslage und die Umwelt des Menschen Risikofaktoren bzw. Erkrankungen in Teilen verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden könnten (Primärprävention), dass (b) durch die Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie durch Therapie und Rehabilitation eine Verschlimmerung der Erkrankung oder weitere Komplikationen vermieden werden (Sekundärprävention) und dass (c) durch Rehabilitationsmaßnahmen in vielen Fällen Folgeschäden dieser Erkrankungen vermieden oder gelindert werden könnten (Tertiärprävention). Die Präventionspotenziale sollen im Folgenden anhand von zwei Beispielen aufgezeigt werden; als Beispiele werden Erkrankungsformen gewählt, die bei älteren Patienten besonders häufig auftreten.

Beispiel 1: Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Das Präventionspotenzial ist vor allem für Herz-Kreislauf-Erkrankungen hoch; dabei ist zu berücksichtigen, dass die Hälfte aller Todesursachen durch diese Erkrankungen verursacht ist – dies gilt sowohl für Frauen als auch für Männer. Gerade die Auftretenswahrscheinlichkeit des Schlaganfalls ist ab dem 65. Lebensjahr deutlich erhöht. Der Schlaganfall verursacht fast immer bleibende Einbußen in verschiedenen Bereichen der Kompetenz – zu nennen sind Schädigungen der Wahrnehmungsorgane sowie der Motorik, Einbußen der Sprache, des Denkens und des Gedächtnisses sowie Störungen der Persönlichkeit, der Emotionalität und der Motivation. Zu den Risikofaktoren für den Schlaganfall zählen Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Rauchen, Zuckerkrankheit, Übergewicht und Bewegungsmangel sowie eine genetische Prädisposition. In jenem Maße, in dem diese Risikofaktoren frühzeitig erkannt und behandelt werden, wird ein Beitrag zur Vermeidung des Schlaganfalls geleistet.

Dabei ist zu bedenken – und dieser Aspekt ist für die Prävention besonders wichtig –, dass diese Risikofaktoren oftmals nicht rechtzeitig erkannt und behandelt werden. Zu nennen ist hier vor allem der Bluthochdruck. Jeder zweite Bluthochdruckpatient wird medizinisch gar nicht oder nicht ausreichend behandelt. Sowohl durch die Änderung des Lebensstils (erhöhte körperliche Aktivität, Veränderungen der Ernährungsgewohnheiten, Gewichtsreduktion bei Übergewicht) als auch durch eine fachgerechte medikamentöse Behandlung könnte ein erhöhter Bluthochdruck gesenkt werden. Als weiterer Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist die Fettstoffwechselstörung zu nennen. Die Lipidparameter lassen sich sowohl über eine Veränderung des Ernährungsverhaltens als auch über Medikamente beeinflussen. Das Herz-Kreislaufrisiko ist bei Rauchern um das drei- bis fünffache erhöht. Zudem erleiden Raucher im Durchschnitt drei bis fünf Jahre früher einen Herzinfarkt oder Schlaganfall als Nichtraucher. Übergewicht beeinflusst den Blutdruck, den Fettstoffwechsel und trägt zusätzlich zur Zuckerkrankheit, zu Gallensteinleiden sowie zu degenerativen Veränderungen der Gelenke bei. Der Diabetes mellitus Typ II (Altersdiabetes) ist in besonderem Maße durch den Lebensstil (vor allem durch Ernährungsgewohnheiten) sowie durch Übergewicht bedingt. Bei fast 50 Prozent der Diabetiker (Typ II) besteht Übergewicht. Trotz der theoretisch gegebenen Möglichkeit, den Diabetes mellitus Typ II durch gesundheitsbewusstes Verhalten zu vermeiden, haben bislang entsprechende Aufklärungskampagnen nur zu geringen Erfolgen hinsichtlich einer entsprechenden Veränderung des Lebensstils geführt. Die

Übersicht 3-4: Risikofaktoren, die zur Sturzkrankheit führen:

Habituell	weibliches Geschlecht, Alter über 80 Jahre, Untergewicht
Anamnestisch	Vorausgegangene Stürze und Frakturen, Parkinson-Syndrom, Gangstörung, Schlaganfall, Demenz, Alkoholabhängigkeit, Depression
Funktionell	Einschränkung in allen ADL-Bereichen, Störungen der Balance, Störung des Gangbildes, Sehstörung
Medikamentös	Neuroleptika, trizyklische Antidepressiva, langwirkende Benzodiazepine, antihypertensive und Diabetiker-Therapie
Häusliche Gefahrenquellen	Küche, Bad, Toilette, Treppen, Beleuchtung, Stolperfallen, Teppiche und Telefonschnur
Synkopale Stürze im Alter	Herz-Kreislauf-Ursachen (unter 10 % der Stürze)

Typ I-Diabetiker werden in aller Regel medizinisch gut geführt. Der größte Teil der medizinisch schlecht geführten Diabetiker gehört dem Typ II an. – Wenn die genannten „klassischen" Risikofaktoren bei einem Menschen gleichzeitig auftreten, dann zeigen sie nicht nur additive, sondern sogar potenzierende Wirkung.

Die Präventionspotenziale, d.h. die Möglichkeiten zur Vermeidung oder Beeinflussung der Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (im Sinne der Primär- und Sekundärprävention) sind bislang nicht ausreichend umgesetzt worden. In der Förderung der Prävention sieht die Kommission eine bedeutende Aufgabe der medizinischen Versorgung und der Gesundheitspolitik. Durch die Umsetzung dieser Forderung wird nicht nur zur Verbesserung der Gesundheit und Erhöhung der Lebensqualität im Alter beigetragen, sondern es werden auch erhebliche Kosteneinsparungen bewirkt. Der Überblick über die Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen macht deutlich, dass es häufig beeinflussbare Faktoren (vor allem Fettstoffwechselstörungen, hoher Blutdruck, Rauchen, Zucker, Übergewicht und Bewegungsmangel) sind, die zu diesen Erkrankungen führen. Zu den nicht beeinflussbaren Faktoren gehören Geschlecht, Alter und genetische Belastung.

Beispiel 2: Erkrankungen des Bewegungsapparates

Ein hohes Präventionspotenzial ist für jene Erkrankungen nachgewiesen worden, die der Osteoporose (Abbau der Knochenmasse) zugrunde liegen. Die Risikofaktoren lassen sich ebenfalls in beeinflussbare und nicht-beeinflussbare Faktoren unterteilen. Zu den beeinflussbaren Faktoren gehören Fehlernährung, geringe körperliche Bewegung, Übergewicht, Rauchen und Alkoholkonsum, zu den nicht beeinflussbaren Faktoren familiäre Disposition und frühe Menopause. Die Präventionsansätze zur Vermeidung der Osteoporose umfassen veränderte Ernährung, körperliche Bewegung, Hormonsubstitution und medikamentöse Therapie. Osteoporose ist mit einer deutlich erhöhten Sturzgefahr verbunden, wobei Stürze in 50 Prozent aller Fälle zu erheblichen Funktionseinschränkungen, in 30 Prozent zur Hilfsbedürftigkeit und in 20 Prozent zur Pflegebedürftigkeit führen (Kunczik & Ringe 1994).

Zwei Drittel aller älteren Bewohner in Institutionen stürzen einmal pro Jahr. In mehr als 90 Prozent sind die Ursachen dieser Stürze als multifaktoriell anzusehen und haben keine isolierte Ursache – wie z.B. eine Synkope. Stürze gelten als Warnsignal für drohenden oder bereits eingetretenen Verlust von selbstständiger Mobilität. Unfälle bei der älteren Bevölkerung (über 65-Jährige) sind zu 80 Prozent Folge von Stürzen. Die Häufigkeit dieser Stürze steigt pro Dekade um 10 Prozent. Der Diagnostik von Risikofaktoren und der Intervention zur Reduktion von Stürzen im Alter sollte in Zukunft mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Das breite Spektrum der Risikofaktoren, die zu dieser so genannten Sturzkrankheit führen, zeigt eindeutig, dass die Diagnostik und Abklärung ebenfalls multifaktoriell sein muss. Unter anderem sind die oben genannten Anamnesen, die Balance, das häusliche Umfeld, das Hören und Sehen sowie die Stehsicherheit im Assessment zu prüfen. Insbesondere die altersspezifische Fehl- und Übermedikamentierung spielt unter den Sturzursachen eine wichtige Rolle. Hier muss es um Modifikation bzw. Umstellung der Medikamentierung gehen. Durch die Prävention der Osteoporose könnte die Anzahl jener Menschen, bei denen Stürze zu einer Schenkelhalsfraktur führen, deutlich verringert werden. Die Durchführung dieser präventiven Maßnahmen, wie z. B. das Sturzrisiko vermindern, und die Durchführung des präventiven Hausbesuchs sollte der Hausarzt in seiner Rolle als Case Manager für den älteren Patienten initiieren, begleiten und gegebenenfalls selbst übernehmen.

3.2.1.2 Der präventive Hausbesuch

Der präventive Hausbesuch, bei dem ältere Menschen in ihrer häuslichen Umgebung untersucht und beraten werden, bildet eine geeignete Methode (a) zur Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen, (b) zur Intervention bei bestehenden Risikofaktoren und Erkrankungen sowie (c) zur gezielten Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt mit dem Ziel der Vermeidung von Risikofaktoren und Erkrankungen. Bei der Diagnostik werden organische, funktionelle, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt (diese Art der Diagnostik wird auch mit dem Begriff des „mehrdimen-

sionalen geriatrischen Assessments" umschrieben), da die genannten Faktoren zur Entstehung von Erkrankungen sowie zur Hilfsbedürftigkeit oder sogar zur Pflegebedürftigkeit beitragen können. Es wurde bereits hervorgehoben, dass die Prävention ein ganzheitliches, an den verschiedenen Ebenen der Kompetenz orientiertes Vorgehen darstellt. Dieses ganzheitliche Vorgehen spiegelt sich auch in der Diagnostik wider. Mehrere Studien haben zeigen können, dass bei jenen älteren Patienten, bei denen ein geriatrisches Assessment durchgeführt wurde, in den folgenden 12 bis 24 Monaten ein geringeres Risiko für eine Einweisung in ein Pflegeheim besteht (vgl. Stuck, Siu, Wieland, Adams & Rubenstein 1993). Dieser positive Effekt auf die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit ist umso ausgeprägter, je früher das im Rahmen präventiver Hausbesuche durchgeführte geriatrische Assessment und die daran anschließende Intervention samt regelmäßiger Überprüfung der Umsetzung erfolgt, d.h. solange bei den älteren Menschen noch relativ geringe gesundheitliche und funktionale Einbußen bestehen (Stuck et al. 2000).

Aus Übersicht 3-5 geht hervor, welche Ebenen im diagnostischen Prozess berücksichtigt und damit auch in die Entwicklung von Interventionsmaßnahmen eingehen müssen.

Übersicht 3-5: Der präventive Hausbesuch

Untersuchungen	Befunde	Ziele
Medikamentenkontrolle	Polypharmazie, ungenügende Compliance, ungenügende Behandlung, für hohes Alter ungeeignete Medikamente	– Adaptation der medikamentösen Therapie – Compliance Verbesserung (z. B. Kontrollbesuche, Gemeindeschwester, Medi-Dosett) – Vermeidung ungeeigneter Medikamente (z. B. langwirksame Benzodiazepine) – Anpassung von Dosis und Dosierung
Blutdruck-Kontrolle	Arterielle Hypertonie Orthostase	– Behandlung der arteriellen Hypertonie angepasst an weitere Erkrankungen keine raschwirksamen Ca-Antagonisten
Ernährungssituation	Protein-/Kalorienmangelernährung Fehlernährung (Immunabwehrschwäche, Hautprobleme veränderte Medikamenteneinwirkung, spez. Mangelerscheiningen) Ungenügende Flüssigkeitszufuhr Adipositas	– Regelmäßige Gewichtskontrolle (1 x pro Monat) – Regelmäßige Kontrolle Kauapparat (1 x pro Jahr) – Anpassung der Ernährung an individuelle Bedürfnisse (z.B. Fieber, konsumierende Erkrankung: Erhöhter Proteinbedarf)
Sehvermögen	Einschränkungen des Sehvermögens (verbunden mit Sturzgefahr und dem Risiko der sozialen Isolation)	– Hilfsmittel (Refaktionskorrektur) – Augendruckkontrolle – Spezifische Therapie behandlungsbedürftiger Karakta – Umgebungsanpassung (z. B. Beseitigung v. Sturzquellen, Adaptation Lichtquellen)
Gehör	Höreinschränkung (diese führt möglicherweise zu sozialer Isolation)	– Cerumanpfropf entfernen – Hörapparative Versorgung
Ausscheidung	Urininkontinenz Stuhlinkontinenz (soziale Problematik)	– Ursachen abklären (z.B. Restharn, Beckenbodeninsuffizienz) – Gezielte medikamentöse Therapie – Hilfsmittel
Wohnung und Wohnumfeld	Barrieren, die eine Sturzquelle bilden können Fehlendes oder ungenügendes soziales Netz Sturzquellen Bauliche Schwierigkeiten	– Unterstützende sozial integrierende Maßnahmen – Hindernisbeseitigung

Quelle: modifizierte Übersicht nach Stuck 1998

3.2.2 Geriatrische Versorgung und Bedeutung der Rehabilitation

Die Geriatrie ist im Vergleich zu den anderen medizinischen Disziplinen weniger eine kurative Medizin. Sie hat sich in den letzten Jahrzehnten aber auch deutlich von ihrem eher palliativen Charakter (Linderung von Symptomen chronischer Erkrankungen) gelöst und zu einer rehabilitativ orientierten Disziplin entwickelt. Die zunehmende Anzahl hochbetagter Menschen führt zu erhöhten Anforderungen an die medizinischen Versorgungssysteme. Gerade die Tatsache, dass im hohen Alter mehrere Erkrankungen gleichzeitig bestehen, viele Erkrankungen chronische Verläufe zeigen und zudem häufig mit sensorischen, motorischen und kognitiven Funktionseinbußen verbunden sind, macht eine Spezialisierung auf dem Gebiet der Altersmedizin (Geriatrie) notwendig. Dabei kann die Geriatrie – trotz ihrer Entwicklung aus der inneren Medizin – als ein medizinisches Querschnittsfach verstanden werden, das aufgrund der im Alter vielfach zu beobachtenden Multimorbidität Erkenntnisse aus zahlreichen medizinischen Disziplinen integriert. Deshalb ist die Rolle des Hausarztes als ständige Kontaktperson älterer Patienten von zentraler Bedeutung. Es erscheint zwingend notwendig, dass deutlich mehr geriatrische Inhalte einerseits in die medizinische Ausbildung aufgenommen werden, aber auch andererseits in der Fort- und Weiterbildung der Hausärzte geriatrische Themen stärker verankert werden.

Den Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen (Meier-Baumgartner et al. 1998) zufolge werden im Durchschnitt pro 100 000 Einwohner 50 bis 60 geriatrische Betten benötigt. Eine geriatrische Abteilung sollte dabei 60 Betten, eine eigenständige geriatrische Klinik etwa 80 bis 120 Betten umfassen. Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzepts mit den Bausteinen stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung sollten einer geriatrischen Klinik eine teilstationäre Einrichtung (Tagesklinik, 15 Behandlungsplätze/100 000 Einwohner) und ein ambulanter Bereich angegliedert sein. Bei dem derzeitigen Trend, stationäre Einrichtungen abzubauen, muss dem Aufbau von komplementären Versorgungsstrukturen, d. h. teilstationären und ambulanten Angeboten, stärker Rechnung getragen werden. Diese Forderungen sind in Deutschland noch lange nicht verwirklicht. Auch können bei der derzeitigen Entwicklung, viele ehemals krankenhausspezifische Aktivitäten in den teilstationären und ambulanten Bereich zu verlagern, nicht neue bettenführende Abteilungen geschaffen werden. Es bietet sich an, zumindest einen Teil der durch den Abbau von Akutbetten (Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Gynäkologie) frei werdenden Ressourcen in den Ausbau der stationären, teilstationären und ambulanten Geriatrie zu stecken.

Das Ziel der Rehabilitation geht nach heutigem Verständnis über die Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit hinaus. Erhaltung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, spezifischen Fertigkeiten und sozialer Integration werden als zentrale Rehabilitationsziele beschrieben, wobei diese in gleichem Maße für die verschiedenen Lebensalter, Kompetenzprofile und Lebenslagen gelten (vgl. Kruse 2000). Dieses Verständnis der Rehabilitation liegt folgender Definition zugrunde: „Rehabilitation ist die Gesamtheit der Bemühungen, den durch Krankheit, angeborenes Leiden, äußere Schädigung oder durch die Folgen biologischer Abbauvorgänge körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen ohne Ansehen des Lebensalters, Geschlechts oder der sozialen Herkunft über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, psychologischem, pädagogischem, beruflich sozialem und technologischem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und gegebenenfalls im Beruf zu finden bzw. wiederzuererlangen (Paeslack 1998: 86).

Die Anwendung dieses umfassenden Prinzips erfordert, insbesondere auch im Bereich der traditionellen, überwiegend naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin, eine Neuorientierung und die Bereitschaft zum Arbeiten im Kontext neuer Handlungskategorien – zentrale Aspekte sind hier Selbstständigkeit, soziale Integration, Selbstverantwortung und Lebensqualität. Diese Forderung gilt gleichermaßen für alle Fachgebiete der Medizin, in besonderer Weise aber für die Geriatrie. Die gesundheitlichen Bedingungen, denen ältere Menschen unterliegen, sowie die aus den altersphysiologischen Besonderheiten resultierenden Formen von Behinderung erfordern auch spezielle Wege und Inhalte der Rehabilitation. Unter den altersphysiologischen Besonderheiten sind insbesondere drei Funktionsbereiche von Bedeutung: (a) die Organe des Herz-Kreislaufsystems, (b) die Atmungsorgane und (c) der Haltungs- und Bewegungsapparat. In gleicher Weise sind die fortschreitenden Veränderungen an den Funktionen der Sinnesorgane, insbesondere des Seh- und Hörvermögens (siehe den Überblick in Tesch-Römer & Wahl 1996), bedeutsam für die Störungen und Leistungsminderungen, denen der ältere Mensch unterliegt. Darüber hinaus bedingen Alterungs- und Krankheitsprozesse des Zentralen Nervensystems, insbesondere des Gehirns, Veränderungen der sensomotorischen und kognitiven Leistungskapazität.

Die Rehabilitation ist auch als Lernprozess zu verstehen, der darauf zielt, dass Menschen mit ihrer Behinderung besser umgehen können. Jene Schädigungen, die die bestehenden Einschränkungen verursacht haben, können in vielen Fällen nicht mehr vollständig behoben werden. Die rehabilitativen Bemühungen konzentrieren sich vor allem auf die Förderung der Funktionen und Fertigkeiten sowie auf die soziale Eingliederung eines Menschen trotz fortdauernder Schädigungen. Dabei kann die Rehabilitation einen entscheidenden Beitrag zur Vermeidung oder Linderung der Hilfsbedürftigkeit und der Pflegebedürftigkeit leisten (vgl. Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt 1994).

Auch für die geriatrische Rehabilitation gilt der Grundsatz der Bestimmung des Rehabilitationspotenzials auf der Grundlage einer differenzierten und umfassenden Diagnostik, und zwar durch das geriatrische Assessment (Stuck 2000). Dieses Assessment und die Entwicklung

von Assessment-Instrumenten wird in Deutschland bislang nur zögerlich unterstützt und wurde erst mit großer internationaler Verzögerung aufgegriffen. Im Versorgungsalltag hat dieses für die Bedarfsermittlung und die Zusammenstellung maßgeschneiderter Therapiepläne wichtige Instrument noch nicht hinreichend Berücksichtigung gefunden. Geriatrische Assessments lassen sich in zwei Stufen unterteilen:

Erste Stufe: Geriatrisches Screening. Dieses kann vom Hausarzt oder Klinikarzt während der Anamnese in fünf bis zehn Minuten erhoben werden. Es dient zunächst der Fallfindung auf der Grundlage der Erfassung typischer Risiko- und Problemkonstellationen bei älteren Patienten. Dies Screeningverfahren ist allerdings nicht für die Beurteilung eines Behandlungsverlaufs geeignet. Auf der Basis der Ergebnisse des Geriatrischen Screenings wird entschieden, ob ein weiteres Assessment notwendig ist.

Zweite Stufe: Diese beinhaltet das Geriatrische Basisassessment, das in der Regel Instrumente enthält, mit deren Hilfe differenziertere Aussagen über funktionelle Einschränkungen und Störungen möglich sind. Im Basisassessment werden die verschiedenen Dimensionen des geriatrischen Patienten abgebildet. Zu nennen sind hier die Dimensionen: Fertigkeiten im Alltag („alltagspraktische Kompetenz"), kognitive Fertigkeiten („kognitive Kompetenz"), Mobilität, affektive und emotionale Situation („psychische Kompetenz"), Lebenslage, räumliche, soziale und infrastrukturelle Umwelt.

Der Erfolg rehabilitativer Maßnahmen bei älteren Menschen ist durch eine Vielzahl von Studien belegt (siehe dazu schon den Überblick in Meier-Baumgartner, Nerenheim-Duscha & Görres 1992). Diese Studien weisen auf Rehabilitationspotenziale im Alter hin, d. h. auf die physiologische und psychologische Kapazität zur Wiederherstellung der personalen Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben (siehe Kapitel 1). Der empirisch begründete Nachweis der Rehabilitationspotenziale hat den Gesetzgeber veranlasst, den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" in den Sozialgesetzbüchern (SGB V und SGB XI) zu verankern. Die mangelnde Verwirklichung dieses Grundsatzes ist auch darauf zurückzuführen, dass viele Mediziner keine ausreichenden Kenntnisse über die Rehabilitationspotenziale im Alter besitzen und somit die möglichen Effekte einer Rehabilitation bei älteren Menschen nicht korrekt einschätzen können.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege" gilt auch dann, wenn ein älterer Mensch bereits als pflegebedürftig eingestuft wurde. Die Leistungen der Rehabilitation werden von der Krankenkasse, die Leistungen der Pflege von der Pflegekasse übernommen. Die Tatsache, dass die Rehabilitation zwar von der Pflegekasse beantragt, jedoch von der Krankenkasse finanziert wird („Schnittstellenproblematik"), bildet eine Ursache dafür, dass in vielen Fällen eine Rehabilitation gar nicht oder nicht rasch genug eingeleitet wird, wodurch die Rehabilitationspotenziale nicht (ausreichend) genutzt werden. Ein weiteres Problem ist zu beachten: Durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen kann ein älterer Mensch, der zum Beispiel in die Pflegestufe II eingruppiert wurde, einen Zuwachs an physischer, alltagspraktischer, psychischer und kognitiver Kompetenz entwickeln, der eine Einstufung in Pflegestufe I oder Pflegestufe 0 rechtfertigen würde. Das derzeit bestehende System bietet allerdings keine materiellen Anreize für Ärzte und Patienten zur Umsetzung der Rehabilitation.

Die ambulante geriatrische Rehabilitation bildet ebenfalls einen Baustein innerhalb des Konzepts eines abgestuften Versorgungssystems für ältere Menschen. Ambulante geriatrische Rehabilitation ist nur dann indiziert, wenn ein komplexes Krankheits- und Behinderungsbild vorliegt, dessen Behandlung die Kooperation mehrerer Berufsgruppen unter der Leitung eines Arztes erfordert, und wenn dieses Krankheits- und Behinderungsbild ambulant behandelt werden kann. Darüber hinaus ergibt sich auch hier die Notwendigkeit der regelmäßigen Teambesprechung.

Grundsätzlich kann zwischen zwei Formen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation differenziert werden. Die erste Form bildet die mobile Rehabilitation, die zweite die allgemeine (ambulante) Rehabilitation, die in einem Rehabilitationszentrum angeboten wird. Erstere ist für die nicht transportfähigen Patienten vorgesehen, die zu Hause oder in Einrichtungen der Kurzzeitpflege bzw. Tagespflege von einem Rehabilitationsteam aufgesucht werden. Die Ziele und das Leistungsangebot der Rehabilitation sowie die Zusammensetzung des Rehabilitationsteams unterscheiden sich in der ambulanten Rehabilitation nicht von jenen der Tagesklinik.

Die Finanzierung komplexer ambulanter Rehabilitationsleistungen ist im SGB V nicht geregelt. Es existiert bisher keine unmittelbare Rechtsgrundlage für die Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen zur Leistungserbringung zulasten der Krankenkassen. Bisher berufen sich die Krankenkassen nach § 43 Abs. 2 SGB V auf den Grundsatz der Vertragsfreiheit. Eine geeignete Vergütungsform kann deshalb modellhaft nur durch Vereinbarung zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern erfolgen.

Schließlich bildet die tagesklinische Versorgung eine zentrale infrastrukturelle Voraussetzung für die Versorgung älterer Menschen, denn sie stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dar. In Deutschland hat die teilstationäre Versorgung keine Tradition; von einer flächendeckenden Versorgung mit geriatrischen Tageskliniken ist man hier noch weit entfernt. Es existieren derzeit ca. 100 geriatrische Tageskliniken in Deutschland; diese sind in der Regel an eine vollstationäre geriatrische Einrichtung angebunden.

Der tagesklinischen Versorgung kommt im abgestuften Konzept der Geriatrie eine Schlüsselposition zu, da sie beiträgt (a) zur Verkürzung oder Vermeidung vollstationärer Versorgung, (b) zur Vermeidung einer kurzfristigen vollstationären Versorgung (Drehtüreffekt), (c) zur Vermeidung von Immobilität und (d) zur Vermeidung oder Linderung von Pflegebedürftigkeit.

Die Angebote einer geriatrischen Tagesklinik umfassen: Physiotherapie, Ergotherapie. Logopädie, physikalische Therapie, Neuropsychologie, Entspannungsverfahren, aktivierende therapeutische Pflege, Sozialdienst sowie die vollständige apparative Diagnostik, die auch den vollstationär behandelten Patienten zur Verfügung steht.

Die teilstationäre geriatrische Rehabilitation in der Tagesklinik kann und soll vollstationäre Aufenthalte verkürzen oder verhindern. Damit diese Aufgabe erfüllt werden kann, ist der Zugang zur geriatrischen Tagesklinik aus dem vollstationären und ambulanten Sektor ebenso notwendig wie aus dem Altenheim- und Pflegeheimbereich.

Der Zugang aus dem vollstationären Sektor gestaltet sich in der Regel unproblematisch. Allerdings sind genaue Absprachen zwischen den Akutbereichen und der Tagesklinik nötig. Aufgrund des Kostendrucks der Krankenkassen werden teilstationäre Aufenthalte der Patienten zunehmend verkürzt oder abgelehnt. Dies erscheint gerade in Zeiten des Abbaus von Akutbetten im Krankenhausbereich kontraproduktiv.

Der Zugang aus dem ambulanten Sektor gestaltet sich oft schwieriger bzw. langwieriger und oftmals zum Nachteil für den betroffenen Patienten. Die Kostenübernahme muss in den meisten Bundesländern vor der Aufnahme eindeutig geklärt sein. Hier werden bundesweit Wartezeiten von vier bis sechs Wochen registriert, die ausschließlich mit den Genehmigungsverfahren bzw. der Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu tun haben. Dabei ist zu bedenken, dass lange Wartezeiten bei vielen Patienten mit einer Abnahme des Rehabilitationspotenzials einhergehen.

Für den Zugang in die Tagesklinik aus dem Altenheim und Pflegeheim ergeben sich zusätzliche Indikationen zur teilstationären Diagnostik und Therapie. Die Hauptindikationen sind die Reduzierung des Pflegeaufwands sowie die Vermeidung einer Verschlechterung des bestehenden gesundheitlichen Zustands. Darüber hinaus sollen Risikofaktoren für weitere Erkrankungen und Funktionseinbußen erfasst werden. Die Zuweisung zur teilstationären Behandlung wird in der Regel im Rahmen der Begutachtung des Medizinischen Dienstes in dem jeweiligen Alten- und Pflegeheim vorgenommen. Obwohl diese Möglichkeit im Pflegegesetz ausdrücklich vorgesehen bzw. vorgeschrieben ist, wird sie nur selten in Anspruch genommen. Nach Entlassung aus der Tagesklinik in den ambulanten Sektor werden, sofern nötig, die verschiedenen Therapien, wie zum Beispiel Krankengymnastik und Logopädie, ambulant weitergeführt. Bei den eingerichteten ambulanten Rehabilitationszentren handelt es sich in der Regel nur um Modellprojekte des Bundes oder der Länder. Insgesamt zeichnet sich der ambulante Sektor durch geringe Kapazität in den Bereichen Logopädie, Ergotherapie und Neuropsychologie aus. Unabdingbar für die ambulante Weiterbehandlung ist die flächendeckende Versorgung mit den bereits genannten therapeutischen Angeboten.

Übersicht 3-6: Das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie

♦ Ärzte	1:10	bis	1:12
♦ Pflegekräfte	1:1,4	bis	1:1,8
♦ Physiotherapie	1:8	bis	1:12
♦ Ergotherapie	1:10	bis	1:12
♦ Logopädie	1:30	bis	1:40
♦ (Neuro-)Psychologie	1:30	bis	1:40
♦ Sozialarbeit	1:40	bis	1:50
♦ Seelsorge	1:100		

Quelle: Stellenplanangaben nach: Meier-Baumgartner et al. 1996

Im Gegensatz zur Stellenplanung für das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie (s. Übersicht 3-6) ergibt sich für die Tagesklinik – aufgrund des Wegfalls des Schichtdienstes – vor allem im ärztlich-pflegerischen Bereich ein deutlich geringerer Bedarf: Dieser beläuft sich bei Ärzten auf ca. 1:25, bei Pflegekräften auf ca. 1:6.

Die Mindestgröße einer geriatrischen Tagesklinik muss bei 12 bis 15 Plätzen liegen; aufgrund des Organisationsaufwandes sollte die Maximalgröße nicht 40 bis 50 Plätze übersteigen.

Bei der Umsetzung des Konzepts der teilstationären Versorgung sind folgende Schritte notwendig:

- die genaue Prüfung der Aufnahmeindikation durch die Ärzte der Tagesklinik auf der Grundlage eines Aufnahmegutachtens und ggf. auch durch Hausbesuch vor Behandlungsbeginn;
- die vor Behandlungsbeginn erfolgte Sicherstellung aller organisatorischen und koordinativen Maßnahmen;
- die Abklärung der ggf. noch auszuführenden medizinischen Diagnostik durch Ärzte der Tagesklinik mit dem Ziel, den Rehabilitationsprozess später nicht zu unterbrechen und die Rehabilitationserfolge sicherzustellen; dabei ist jede Doppel-Diagnostik zu vermeiden;
- eine interdisziplinäre multidimensionale Diagnostik im Team (Geriatrisches Assessment) sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung auf der Grundlage standardisierter Instrumente;
- die Ausrichtung von täglichen Kurzkonferenzen sowie von wöchentlichen Teamsitzungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen; die fachliche Supervision und Koordination des therapeutischen Teams liegt dabei in den Händen der Ärzte;
- die Sicherstellung der erforderlichen Therapieintensität für jeden Patienten bei gleichzeitig optimaler Ter-

minauslastung der Therapeuten durch eine zentrale, EDV-gestützte Therapieplanung;

- die Steigerung der Effizienz und Effektivität der Abteilung durch dezentrale, berufsgruppenbezogene, mobile, EDV-gestützte Befund- und Leistungsdokumentation (Effizienz, Transparenz, Controlling) für den Nachweis der Leistungen;
- die frühzeitige und sorgfältige Entlassungsplanung unter Sicherstellung der ambulanten Weiterversorgung durch enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den weiter behandelnden Therapeuten sowie unter Hinzuziehung von Angehörigen.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Geriatrie in den vergangenen Jahren – insbesondere angestoßen durch die seit 1988 erfolgende staatliche Förderung von Modellprojekten – eine rasche Entwicklung durchlaufen hat. Es wurden vorwiegend stationäre Einrichtungen geschaffen, darüber hinaus entstanden einige wenige Tageskliniken. Die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern ist sehr unterschiedlich. Die Stadtstaaten Hamburg und Berlin nehmen neben dem Saarland eine gewisse Vorreiterrolle hinsichtlich des Umfangs der infrastrukturellen Versorgung ein, während sich in den neuen Bundesländern kaum stationäre und teilstationäre geriatrische Einrichtungen finden. Unbefriedigend – und dieses Urteil gilt für alle Bundesländer – ist die Entwicklung der ambulanten geriatrischen Rehabilitation.

Exkurs: Förder- und Rehabilitationskonzepte für ältere Menschen mit Behinderung

Behinderung ist ein umfassendes personales und soziales Geschehen (Paeslack 1998). Im Vierten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation werden jene Menschen als Behinderte beschrieben, „die von den Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht" (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1998: 2). In Anlehnung an den von der Welt-Gesundheits-Organisation eingeführten, dreistufigen Behindertenbegriff ist Behinderung als ein Geschehen zu definieren, das drei Ebenen berührt. Diese Ebenen bezeichnen (a) den Schaden (Impairment), d. h. die nicht nur vorübergehenden Abweichungen des körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand, (b) die funktionellen Einschränkungen mit der Folge von Fähigkeitsstörungen (Disability) und (c) die soziale Beeinträchtigung (Handicap) mit den sich daraus ergebenden vielfältigen persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Folgen. Ältere Menschen mit Behinderung sind nicht als eine „homogene Gruppe" zu verstehen; vielmehr sind die interindividuellen Unterschiede unter diesen genauso stark ausgeprägt wie unter älteren Menschen ohne Behinderung – ein für die Förderung und Betreuung bedeutsamer Aspekt (Tews 2000; Wacker 2000). Ebenso wie in früheren Lebensabschnitten ist auch im Alter von den Prinzipien einer an den bestehenden Kompetenzen, Neigungen, Interessen, Bedürfnissen und Werten der einzelnen Person orientierten Förderung und Betreuung auszugehen. Die interindividuellen Unterschiede im Alter sind nicht allein durch Art und Ausprägung der Schädigung bestimmt. Vielmehr ist auch von Bedeutung, inwieweit es durch die (heilpädagogische) Förderung in früheren Lebensaltern gelungen ist, funktionelle Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen zu lindern und/oder zu kompensieren und soziale Beeinträchtigungen zu verringern. Dabei wird die Verringerung sozialer Beeinträchtigungen auch durch Veränderungen in der räumlichen Umwelt (zu nennen sind hier vor allem Barrierefreiheit und Ausstattung mit spezifischen Hilfsmitteln; siehe Kapitel 7), in der sozialen Umwelt (zu nennen sind hier vor allem die verschiedenen Formen sozialer Unterstützung, die aber die Selbstverantwortung und die Selbstständigkeit des Menschen achten; siehe Kapitel 6) sowie in der infrastrukturellen Umwelt (zu nennen sind hier Förder- und Betreuungsangebote für Menschen mit Behinderung sowie deren gesetzliche Grundlagen) erreicht. Das spezifische Kompetenzprofil eines älteren Menschen mit Behinderung ist auch als das Ergebnis der im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten, Neigungen und Interessen sowie der Förder- und Betreuungsangebote zu verstehen, die in den einzelnen Lebensaltern genutzt werden konnten (Kruse 1997). Experten aus dem Bereich der Behindertenhilfe heben hervor, dass die in der gerontologischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Plastizität (d.h. Veränderbarkeit) körperlicher und geistiger Funktionen im Alter auch auf ältere Menschen mit Behinderungen übertragen werden können (Lempp 2000). So konnte bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden, dass sich das Training sensomotorischer, alltagspraktischer und kognitiver Fertigkeiten positiv auf die physische, alltagspraktische und kognitive Kompetenz (vgl. Kapitel 1) auswirkt (Frizzell 1997; King & Mace 1990). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung die alterskorrelierten Verluste der physischen, alltagspraktischen und kognitiven Kompetenz dann mit größerer Geschwindigkeit verlaufen als bei älteren Menschen ohne Behinderung, wenn die in früheren Lebensaltern bestehende Förderung im Alter nicht mehr fortgesetzt wird (Oesterreich 1988; Wacker 2000). Die Kommission gibt zu bedenken, dass bei einem Abbruch der Förderung nach Ausscheiden aus der Werkstätte die im Lebenslauf entwickelten Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben aufs Spiel gesetzt werden, wenn die systematische Förderung der Kompetenz im Alter unterbleibt. Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass die Gestaltung der freien Zeit nach Ausscheiden aus der Werkstätte sowie die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen und Verlusten Anforderungen an die Fähigkeit zur Neuorientierung sowie an die seelische Widerstandsfähigkeit stellt. Bei der Bewältigung dieser Anforderungen sind vor allem seelisch und geistig behinderte Menschen auf gezielte Unterstützung und Förderung angewiesen.

Für ältere Menschen mit geistiger Behinderung stellt der mit dem Ausscheiden aus der Werkstätte verbundene Verlust der vertrauten Umgebung nicht selten eine erhebliche Gefährdung der sozialen Integration dar. Wegen der abnehmenden Belastungsfähigkeit oder des Todes der Eltern (bzw. anderer Angehöriger) ist eine familiäre Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung nach deren Ausscheiden aus der Werkstätte oft nicht möglich, ein Umzug in ein Altenheim ist oft nicht geeignet, die auftretenden Probleme der sozialen Integration in angemessener Weise zu lösen. Deshalb ist darauf zu achten, dass sich die betroffenen Menschen auf das Ausscheiden aus der Werkstätte vorbereiten können, das Ausscheiden gleitend erfolgt und Kontakte zur Werkstätte auch nach dem Ausscheiden aus dem Beruf aufrechterhalten werden können. Gerade für ältere Menschen mit geistiger Behinderung stellt die Möglichkeit, in einem vertrauten Umfeld mit vertrauten Menschen zu leben, eine wichtige Hilfe für die Bewältigung der mit dem im Alternsprozess auftretenden Aufgaben und Anforderungen dar (Lempp 2000; Tews 2000; Wacker 2000).

Die für die Behindertenhilfe grundlegenden Orientierungen bei der Entwicklung von Förder- und Rehabilitationskonzepten (Kruse 1999) sind auch für das Verständnis der Förderung und Betreuung älterer Menschen mit Behinderung zentral. Danach sind diese Konzepte (a) kompetenzorientiert, d. h. sie knüpfen an dem im Lebenslauf entwickelten Kompetenzprofil an und eröffnen zudem die Möglichkeit zur Ausbildung neuer Fertigkeiten und neuer Interessen; in diesem Zusammenhang ist noch einmal auf die Lern- und Veränderungsfähigkeit bei älteren Menschen mit Behinderung hinzuweisen. Sie sind (b) selbstständigkeitsorientiert, d. h. sie fördern die Mobilität in der Umwelt sowie die Selbstständigkeit im Alltag; dabei ist zu berücksichtigen, dass bei älteren Menschen mit Behinderung das Risiko degenerativer Erkrankungen des Stütz- und Bewegungssystems aufgrund fehlender oder einseitiger (dysfunktionaler) Belastung erhöht ist, wodurch sich zusätzliche Gefährdungen der Mobilität und Selbstständigkeit ergeben. Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Förder- und Betreuungskonzepten gewinnen Barrierefreiheit der Wohnung und des Wohnumfeldes sowie Hilfsmittel besondere Bedeutung. Die Konzepte sind (c) selbstbestimmungsorientiert, d. h. sie regen zur möglichst selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags an – wobei hier auch die Motivation des Menschen angesprochen ist –, (d) gemeinschaftsorientiert, d. h. sie zielen auf die Erhaltung der sozialen Integration – eine Aufgabe, die nach dem Ausscheiden aus der Werkstätte oder nach dem Verlust von Angehörigen und Freunden besondere Bedeutung gewinnt –, und (e) umweltorientiert, d.h. die räumliche, soziale und infrastrukturelle Umwelt soll zu selbstständigem und selbstverantwortlichem Handeln anregen und die soziale Teilhabe des Menschen fördern.

Risiken bei älteren Menschen mit Behinderung

Bei Menschen mit körperlichen Behinderungen ist zunächst das Risiko degenerativer Erkrankungen aufgrund einseitiger (dsyfunktionaler) Belastungen erhöht. Weiterhin besteht bei ihnen das erhöhte Risiko atrophischer und osteoporotischer Prozesse, wenn entsprechende Körperbereiche nicht oder falsch belastet worden sind. Zu rechnen ist weiterhin mit einer im Vergleich zu Menschen ohne körperliche Behinderung erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen und Hilfsbedürftigkeit. Aufgrund der Vorschädigungen sind Menschen mit körperlichen Behinderungen von Alternsprozessen – die ja mit einem Rückgang der Funktionstüchtigkeit und Anpassungsfähigkeit der Organe verbunden ist – stärker betroffen als Menschen ohne Behinderungen. Dies heißt aber nicht, dass Menschen mit körperlichen Behinderungen nicht in der Lage wären, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Vielmehr sind die besonderen Risiken zu beachten.

Bei Menschen mit geistigen Behinderungen ist zunächst von ähnlichen Risiken auszugehen wie bei körperlichen Behinderungen: Degenerative Erkrankungen aufgrund fehlender oder dysfunktionaler Belastungen, höhere Anfälligkeit für Erkrankungen und dadurch erhöhter Hilfebedarf stellen zentrale körperliche Risiken bei geistiger Behinderung dar. Es treten jedoch weitere Risiken hinzu, die sich auf den kognitiven Bereich (Lernen, Gedächtnis, Informationsverarbeitung und Intelligenz) sowie auf den psychischen Bereich beziehen. Zu diesen gehören zunehmende Einbußen kognitiver Leistungsfähigkeit, der Verlust von Kompensationsstrategien, abnehmende affektive und emotionale Kontrolle, intensivere Belastungs- und Trauerreaktionen sowie eine Zunahme der Phasen verringerten Antriebs. Bei Menschen mit seelischen Behinderungen sind vor allem die affektiven und emotionalen Störungen zu berücksichtigen, die zu verringerter Belastungsfähigkeit, zu erhöhter Unsicherheit im Kontakt mit anderen Menschen sowie zur Unsicherheit in Bezug auf die eigene Identität beitragen. Damit sind entscheidende Risikofaktoren benannt, die im Alter zu belastenden Entwicklungen führen können, wie zu zunehmendem Rückzug, zu hoher psychischer Labilität, zu zunehmenden Problemen bei der sozialen Kommunikation, zur Abnahme des Interesses für Prozesse in der Außenwelt. Darüber hinaus muss mit dem erhöhten Risiko des Auftretens psychischer Erkrankungen gerechnet werden. Diese besonderen Gefährdungen dürfen jedoch nicht zu einem Nihilismus in der Hinsicht führen, dass Menschen mit Behinderungen kompetenzerhaltende oder kompetenzfördernde Maßnahmen verweigert werden. Im Gegenteil: Aufgrund des erhöhten Risikos der chronischen körperlichen Erkrankung, der Hilfsbedürftigkeit oder Pflegebedürftigkeit, seelischer Störungen sowie psychischer Erkrankungen ist gerade bei Menschen mit Behinderung eine kompetenzerhaltende oder -fördernde Intervention notwendig.

3.2.3 Versorgung psychisch erkrankter Menschen

3.2.3.1. Therapie- und Versorgungsaspekte: Die Potenziale zur Behandlung älterer Patienten mit psychischen Störungen

Bei der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen im Alter können sich Ärzte und Psychologen heute auf ein breites Spektrum von Interventionsmöglichkeiten und

Behandlungsmethoden stützen, die in der Gerontopsychiatrie sowie in der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie entwickelt wurden. Experten heben zwar hervor, dass weiterer Forschungsbedarf besteht hinsichtlich (a) der Entstehungsbedingungen und Verläufe der verschiedenen psychischen Störungen, (b) der Häufigkeit ihres Auftretens im höheren und hohen Alter, (c) der Diagnostik (vor allem der Frühdiagnostik) und (d) der Effekte pharmakologischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Intervention. Doch gleichzeitig betonen sie, dass vielen älteren Menschen mit psychischen Störungen heute geholfen werden könnte, wenn das bereits bestehende methodische Potenzial in Diagnostik und Therapie genutzt würde und die Versorgungsstrukturen flächendeckend ausgebaut würden. Bereits an dieser Stelle soll kritisch angemerkt werden, dass viele psychische Störungen im Alter entweder gar nicht oder nicht rechtzeitig diagnostiziert werden und dass viele psychisch erkrankte ältere Menschen entweder gar nicht oder nur unzureichend behandelt werden. Ältere Menschen sind gegenüber jüngeren im Hinblick auf die Diagnostik und Therapie psychischer Störungen benachteiligt. Dies trifft vor allem auf jene Regionen zu, in denen sich keine gerontopsychiatrischen, gerontopsychosomatischen und alterspsychotherapeutischen Einrichtungen finden, da die allgemeinpsychiatrischen, -psychosomatischen und -psychotherapeutischen Einrichtungen nur in den seltenen Fällen über entsprechende Erfahrungen verfügen und nur selten ältere Patienten aufnehmen.

Im Folgenden werden einzelne Aspekte der Pharmakotherapie, der Psychotherapie und der psychosozialen Intervention dargestellt, die deutlich machen sollen, dass sowohl in der Gerontopsychiatrie als auch in der Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie effektive diagnostische und therapeutische Ansätze entwickelt wurden. Diesen Potenzialen soll in einem weiteren Abschnitt die heute bestehende Versorgungssituation gegenübergestellt werden, die sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich große Mängel aufweist. Damit wird auch die Diskrepanz zwischen dem Erkenntnisstand in den genannten Disziplinen einerseits und der Umsetzung dieser Erkenntnisse in die Praxis andererseits erkennbar.

Bei der Darstellung einzelner Aspekte der Pharmakotherapie, der Psychotherapie und der psychosozialen Intervention kann und soll kein Überblick über diese Bereiche der Intervention gegeben werden. Vielmehr soll anhand von einzelnen Beispielen das Potenzial der genannten Disziplinen zur Behandlung älterer Patienten mit psychischen Störungen aufgezeigt werden.

(a) Aspekte der Pharmakotherapie

In der pharmakologischen Forschung wurden Medikamente entwickelt, durch die die kognitiven Leistungen von Demenzkranken gefördert werden können. Diese Medikamente blockieren entweder den Abbau von Überträgersubstanzen im Gehirn („Azetylcholinesterasehemmer") oder sie beeinflussen den Glukosestoffwechsel, den Sauerstoffverbrauch und die Durchblutung des Gehirns („Nootropika"). Vor allem für die Azetylcholinesterasehemmer wurde eine vorübergehende Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, der alltagspraktischen Kompetenz und des klinischen Gesamteindrucks nachgewiesen. Auch für einzelne Nootropika ließ sich in anspruchsvollen klinischen Studien der Nachweis erbringen, dass durch sie eine Teilnormalisierung der Hirndurchblutung bzw. der EEG-Aktivität erreichbar ist.

Neben diesen Medikamenten sind Psychopharmaka zu nennen, die sich in die Hauptgruppen „Neuroleptika", „Thymoleptika" (oder „Antidepressiva"), „Tranquilizer" und „sonstige Substanzen" untergliedern lassen. Neuroleptika haben einen sedierenden und antipsychotischen Effekt. Mit ihnen lassen sich zum einen übermäßiger Antrieb, psychomotorische Unruhe, affektive Spannung, aggressive Symptomatik sowie Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, zum anderen die produktiven psychotischen Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen behandeln. Da gerade bei älteren Patienten die Gabe von Neuroleptika mit dem erhöhten Risiko der Nebenwirkungen verbunden ist, sind strenge Indikationsstellung, die Verabreichung einer minimal effektiven Dosis sowie eine wiederholte Überprüfung der weiteren Behandlungsnotwendigkeit zu beachten. Diese Anforderung weist zum einen auf die Notwendigkeit ausreichender psychiatrischer, vor allem gerontopsychiatrischer Expertise bei der Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen hin, zum anderen auf die Notwendigkeit der kontinuierlichen Diagnostik mit dem Ziel der differenzierten Erfassung der Wirkung. Diese Diagnostik erfordert in vielen Fällen eine stationäre Behandlung. Thymoleptika beeinflussen Stimmung und Antrieb bei depressiven Erkrankungen. Sie lassen sich in Medikamente untergliedern, die entweder stimmungsaufhellend und antriebssteigernd (bei depressiven Hemmungen) oder stimmungsaufhellend und antriebsmindernd (bei agitierten Depressionen) wirken. Bei der Behandlung depressiv erkrankter Menschen ist in vielen Fällen eine Kombination der Pharmakotherapie mit einer Psychotherapie und/oder einer psychosozialen Intervention notwendig. Tranquilizer zielen vor allem auf die Beruhigung, die Angstlösung, die affektive Entspannung und den Schlafanstoß.

Die Behandlung psychisch erkrankter Menschen mit Psychopharmaka stößt in unserer Gesellschaft nicht selten auf Skepsis und Widerstand. Skepsis und Widerstand sind gerechtfertigt, wenn Psychopharmaka von Ärzten verordnet werden, die nicht über fundierte Erfahrungen bei der Behandlung von psychisch erkrankten Patienten verfügen und die aufgrund mangelnder Erfahrungen und Kenntnisse nicht in der Lage sind, die Dosierung und Frequenz der Medikation, die potenziellen Wirkungen und Nebenwirkungen der Psychopharmaka sowie deren Interaktion mit anderen Medikamenten angemessen zu beurteilen. Sie sind auch dann gerechtfertigt, wenn Psychopharmaka ohne entsprechende Indikation verordnet und als Ersatz für andere Formen der Intervention gewählt werden. Doch dürfen die Mängel in der therapeutischen Praxis nicht gleichgesetzt werden mit fehlenden Effekten der Psychopharmaka. Psychopharmaka können nur in dem Maße wirksam sein, in dem sie begründet verordnet werden, die individuellen Reaktionen des Patienten auf

ein Psychopharmakon genau erfasst werden und die Reaktionen als Grundlage für Entscheidungen über die weitere Therapie dienen.

Bei älteren Patienten sind zudem Besonderheiten in der Pharmakodynamik (diese bezeichnet die Wirksamkeit und Begleitwirkungen eines Medikaments auf den Organismus einschließlich der Dosierung, der Toxikologie und der Interaktionen der Substanz) und der Pharmakokinetik (diese bezeichnet den Einfluss des Organismus und seiner altersbedingten Funktionsveränderungen auf das Medikament) zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung gewinnen Pharmakodynamik und Pharmakokinetik im Falle der Multimorbidität und der damit verbundenen Notwendigkeit einer Mehrfachtherapie. Hier sind Kenntnisse hinsichtlich der Kompatibilität und Inkompatibilität von Substanzen notwendig. Diese Besonderheiten machen deutlich, dass die Behandlung älterer Patienten ausreichende Kenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Gerontopsychiatrie erfordert. Die Forderung nach einer geeigneten Kontrolle der Verordnungspraxis bei chronisch psychisch kranken Menschen lässt sich nur verwirklichen, wenn sichergestellt ist, dass Hausärzte eng mit (geronto-) psychiatrischen Fachärzten kooperieren. Da in Alten- und Pflegeheimen viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen leben, ist für diese Einrichtungen die medizinische Betreuung durch einen (geronto) psychiatrischen Facharzt dringend zu fordern.

Besonderes Interesse – sowohl der Fachöffentlichkeit als auch der breiteren Öffentlichkeit – findet die Frage, ob sich bereits heute Möglichkeiten der pharmakologischen Behandlung von Patienten ergeben, die an einer Alzheimer Demenz leiden, oder ob sich diese Möglichkeiten in Zukunft eröffnen werden. Im Zentrum der pharmakologischen Forschung steht derzeit die cholinerge Defizithypothese der Alzheimer Demenz, d. h. der zunehmende Verlust des für die Gedächtnisfunktionen zentralen Botenstoffs Azetylcholin (siehe die ausführliche Darstellung in Förstl, Lauter & Bickel 2000; Helmchen & Kanowski 2000). Azetylcholinesterasehemmer blockieren jenes Enzym, das diesen Botenstoff abbaut, und tragen dadurch zu einer Verminderung des cholinergen Defizits bei. Es ergaben sich Hinweise darauf, dass Patienten, die über einen Zeitraum von zwei Jahren mit einem Azetylcholinesterasehemmer behandelt wurden, signifikant seltener in ein Pflegeheim oder Krankenhaus aufgenommen wurden und eine niedrigere Mortalität zeigten.

Folgt man Aussagen von Experten, so kann davon ausgegangen werden, dass auf der Grundlage der im vergangenen Jahrzehnt intensiv betriebenen molekularbiologischen Forschung Wege zu einer Therapie der Alzheimer Demenz eröffnet werden, die über die bisher nur mögliche symptomatische Behandlung und pflegerische Betreuung hinaus die Krankheitsprozesse direkt und damit ursächlich angreift (Förstl, Lauter & Bickel 2000; Helmchen & Kanowski 2000; Masters & Beyreuther 1998).

Von großer Bedeutung sind bei dementiellen Erkrankungen auch die nicht-kognitiven Störungen und Verhaltensstörungen. Diese konfrontieren Angehörige und Pflegemitarbeiter mit noch größeren Problemen als die demenzbedingten kognitiven Leistungsstörungen. Zu nennen sind hier tief greifende Veränderungen der Persönlichkeit, Wahn und Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, depressive Verstimmungen, Umtriebigkeit, Umkehr des Schlaf-Wachrhythmus, aggressives Verhalten und Schreiattacken. Der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika und Antidepressiva ist oft notwendig. Bei paranoid-halluzinatorischer und aggressiver Symptomatik sowie psychomotorischer Unruhe und Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus können Neuroleptika indiziert sein, wobei sich aufgrund möglicher Nebenwirkungen eine strenge Indikationsstellung ergibt. Eine ähnlich vorsichtige Dosierung ist auch bei der Behandlung mit Antidepressiva angezeigt. Einzelne Anti-Epileptika eignen sich zur Behandlung von Angst und Agitation bei demenzkranken Patienten. Sedativa können zeitweise zur Behandlung von Angst und Agitation eingesetzt werden.

Es sei darauf hingewiesen, dass unter gerontopsychiatrisch tätigen Ärzten Einigkeit darüber besteht, dass sich die therapeutische Intervention bei dementiell erkrankten Menschen nicht auf die Pharmakotherapie beschränkt, sondern auch verschiedene Ansätze der psychosozialen Intervention – vor allem die systematische Förderung alltagspraktischer sowie basaler kognitiver Fertigkeiten – einschließt. Weitere bedeutsame Komponenten der Intervention bilden die aktivierende Pflege, die orientierungs- und identitätsfördernde Gestaltung der räumlichen Umwelt sowie Beratungsangebote für pflegende Angehörige. Damit wird auch deutlich, dass die Intervention im Sinne eines mehrgliedrigen, multidisziplinären Ansatzes zu interpretieren ist, der sich zudem nicht allein auf die Person konzentriert, sondern auch deren Umwelt – und zwar in ihren räumlichen und sozialen Aspekten – ausdrücklich berücksichtigt.

(b) Aspekte der Psychotherapie

> „Psychotherapie ist ein bewusster und geplanter interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem Konsensus (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsbedürftig gehalten werden, mit psychologischen Mitteln (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptom-Minimierung und/oder Strukturveränderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer Techniken, auf der Basis einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens. In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Beziehung notwendig" (Strotzka 1995).

Diese Definition lässt einerseits genügend Spielraum, um unter den Leidenszuständen sowohl psychische Krankheiten, patientenbezogene Teilprobleme als auch bestimmte psychosoziale Konfliktsituationen und Traumatisierungen zu verstehen. Andererseits legt sie eindeutige Anforderungen bezüglich des theoretischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses (auch für Altern und Alter) sowie bezüglich zu definierender Behandlungsziele fest. Zusätzlich fordert sie eine qualifizierte psychotherapeutische Weiterbildung. Für jedes psychotherapeutische Verfahren, das auch in der Behandlung älterer Menschen ein-

gesetzt werden soll, ergibt sich die – teilweise noch immer einzulösende – Forderung, systematisch theoretische Vorstellungen und Behandlungskonzepte auf das höhere Erwachsenenalter zu übertragen und ihre Anwendungsmöglichkeiten sowie die gegebenenfalls erforderlichen Modifikationen umfassend zu erforschen (Heuft & Schneider 1999; Heuft, Kruse & Radebold 2000).

Die Bedeutung psychotherapeutischer Verfahren für die Behandlung psychisch kranker älterer Menschen war wegen einer vor allem unter Psychoanalytikern verbreiteten Skepsis gegenüber Veränderungsmöglichkeiten und Heilungschancen bei älteren Menschen lange Zeit sehr gering. Hinzu kamen unzureichende Krankheitskonzepte, insbesondere die Annahme, psychische Störungen im Alter beruhten grundsätzlich auf „involutiven Veränderungen" des Gehirns oder auf anderen organischen Ursachen, die psychotherapeutisch nicht beeinflussbar seien. Heute besteht hingegen weitgehend Konsens, dass psychogene (d. h. durch psychische Faktoren verursachte) Störungen älterer Menschen zwar eine alterstypische Akzentuierung spezifischer Symptome aufweisen können, sich aber ansonsten weder psychopathologisch noch ätiologisch von psychogenen Störungen in jüngeren Lebensjahren unterscheiden. Die Ziele psychotherapeutischer Behandlung im gerontologischen Bereich liegen vor allem in der Veränderung dysfunktionaler Verhaltensweisen, Einstellungen und Überzeugungen, die die psychische Anpassung an Anforderungen und Möglichkeiten in der gegenwärtigen Situation erschweren, in der Hilfe bei der Bewältigung von Konflikten und Krisen sowie bei der Auseinandersetzung mit Verlusten im Alter und der Endlichkeit des Lebens (Heuft & Senf 2000; Kruse 1998; Radebold 2000). Akut auftretende Belastungs- und somatoforme Störungen können auch bei älteren Menschen psychotherapeutisch behandelt werden – die psychische Plastizität ist weniger vom Alter und mehr von der Dauer der psychischen Erkrankung beeinflusst. Auch wenn bisher nur vereinzelt katamnestische Studien zu langfristigen Effekten psychotherapeutischer Intervention veröffentlicht wurden, so lassen diese, wie auch Auswertungen jener Studien, in denen die Effekte einer gerade durchgeführten oder abgeschlossenen Psychotherapie erfasst wurden, die Annahme zu, dass eine Psychotherapie im Alter mit ähnlichen Erfolgen wie in früheren Lebensaltern eingesetzt werden kann. Dieser Befund weist auf die Möglichkeit der Wiedererlangung von seelischer Gesundheit bei bestimmten psychischen Störungen im Alter hin.

Die Stärkung psychischer Ressourcen sowie die Entwicklung effektiver Formen der Konfliktbewältigung durch die Bewusstmachung und Durcharbeitung (a) der durch die Lebenssituation im Alter verursachten psychischen Konflikte und Bedrohungen, (b) der im Alter reaktivierten Traumaerlebnisse früherer Lebensjahre und (c) der bereits seit mehreren Jahrzehnten bestehenden, aber erst im Alter zu psychischen Symptomen führenden Konflikte bilden den Kern der psychoanalytischen Therapie.

Aufgrund der spezifischen Lebensbedingungen im Alter – begrenzte Lebenszeit, höhere Verletzbarkeit des Organismus und dadurch bedingte Einschränkungen der Gesundheit und der Selbstständigkeit, zunehmende Verluste im sozialen Bereich – wird zu Modifikationen bei der Behandlung geraten, unter denen drei besonders hervorzuheben sind: erstens die geringere Behandlungsintensität und Behandlungsdauer, zweitens die verstärkte Konzentration auf die Gegenwart und Zukunft und drittens der höhere Aktivitätsgrad des Therapeuten. Es wird ein Behandlungszeitraum von einem halben Jahr bis zu zwei Jahren mit ein bis zwei Behandlungen pro Woche vorgeschlagen. Weiterhin werden Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung betont: Diese liegen zum einen darin, dass die Klienten in der Regel deutlich älter sind als die Therapeuten, woraus sich Besonderheiten in der Übertragungs-Gegenübertragungs-Situation ergeben (nicht selten übertragen Therapeuten auf die Patienten ihr eigenes „Elternbild") und zudem Widerstände des Patienten verstärkt werden können (nicht selten betonen Patienten, dass sie aufgrund ihres hohen Alters über Lebenserfahrungen verfügen, auf die jüngere Therapeuten noch nicht blicken können). Zum anderen ist das Leben älterer Menschen (vor allem hochbetagter Menschen) in stärkerem Maße von gesundheitlichen und sozialen Risiken bedroht, die sich auf die Inhalte der Therapie (stärkere Konzentration auf körperliche Prozesse und auf Verluste im sozialen Netzwerk) sowie auf die äußeren Bedingungen der Therapie (erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass Sitzungen häufiger ausfallen müssen oder die Therapie längere Zeit unterbrochen werden muss) auswirken können. Doch sprechen diese Modifikationen im therapeutischen Ansatz sowie die Besonderheiten in der therapeutischen Beziehung keinesfalls gegen eine Psychotherapie im Alter. Auch bei älteren Patienten ist ein ausreichendes Maß an Veränderungskapazität (Plastizität) erkennbar, das eine Therapie rechtfertigt. – Bei akuten psychischen oder psychosomatischen Krisen werden auch psychoanalytisch orientierte Kurzpsychotherapien angeboten, die sich auf die Bearbeitung eines spezifischen Konflikts konzentrieren. Diese umfassen in der Regel fünf bis 20 Sitzungen.

Die Förderung alltagspraktischer und sozialer Fertigkeiten älterer Menschen bilden ein zentrales Ziel der Verhaltenstherapie. Durch verhaltenstherapeutische Intervention wurde eine signifikante Stärkung selbstständigkeitsorientierten Verhaltens älterer Menschen erzielt. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsansätze, die auf die positive Beeinflussung von Einstellungen und Überzeugungen zielen, erwiesen sich als erfolgreich bei der Förderung von Kontrollüberzeugungen und von effektiven Bewältigungsstrategien und erzielten dadurch eine Linderung depressiver Symptome bei älteren Menschen. Bei der Interpretation dieses Befundes ist zu berücksichtigen, dass die Überzeugung, situativen Anforderungen nicht gewachsen zu sein, sowie die Tendenz, solchen Anforderungen auszuweichen, eine zentrale Ursache depressiver Störungen bildet. Durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionsansätze wurde auch eine bessere psychische Bewältigung von chronischen Schmerzen erzielt; dieser Befund ist auch deshalb von großer praktischer Bedeutung, da chronische Schmerzen eines der häufigen, mit hohen psychischen Belastungen einhergehenden Symptome chronischer

Erkrankungen bilden. Durch das Führen von Schmerztagebüchern, durch die Förderung der Sensibilität für Situationen, in denen Schmerzen stärker oder schwächer empfunden werden, sowie durch die Vermittlung und Einübung von Techniken, mit denen die Konzentration auf Schmerzen verringert wird, werden Kontrollüberzeugungen gefördert, die dem Menschen das Gefühl geben, seine Situation besser beeinflussen zu können.

(c) Aspekte der psychosozialen Intervention

Die psychosoziale Intervention zielt vor allem auf die Erhaltung und Förderung alltagspraktischer, kognitiver und sozialer Fertigkeiten sowie auf die Unterstützung des psychisch und/oder körperlich erkrankten Menschen bei der psychischen Bewältigung der Erkrankung. Im einleitenden Kapitel dieses Berichts hat die Kommission ihr Verständnis von Kompetenz dargelegt – zum einen differenzierte sie dort zwischen der physischen, der psychischen und der kognitiven Kompetenz, zum anderen hob sie die Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt bei der Entwicklung, Aufrechterhaltung und Wiedererlangung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich sinnerfüllten Leben hervor. Dieses Verständnis von Kompetenz leitet die verschiedenen Ansätze der psychosozialen Intervention. Zu diesen sind unter anderem zu rechnen: Realitäts-Orientierungs-Training, Erinnerungstherapie (Lebensrückblick), kreative Therapien (Musik-, Kunst-, Tanztherapie), Ergotherapie, aber auch verschiedene Formen basaler Stimulation (wie zum Beispiel Orientierungshilfen, systematisch dargebotene Anregungen, Training von Funktionen und Fertigkeiten). Der praktische Erfolg dieser Ansätze ist auch davon beeinflusst, inwieweit sich die Mitarbeiter in ihrem Verhalten gegenüber psychisch erkrankten Patienten von Prinzipien wie Geduld, Eindeutigkeit, Aufrechterhaltung des Dialogs leiten lassen.

Bei leichten Demenzen kann das kognitive Training zur zeitweiligen Verbesserung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen des Patienten beitragen (vgl. Oswald & Ruprecht 1998; Oswald & Rödel 1995). Dabei sind auch positive Einflüsse dieses Trainings auf die subjektiv erlebte Kompetenz zu berücksichtigen, woraus sich auch positive Effekte auf die psychische Befindlichkeit ergeben. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz führen neuropsychologische Trainingsmethoden – wie zum Beispiel das visuelle Assoziationslernen – nur zu kurzfristig andauernden Effekten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patienten, die ein solches Training erhalten, nach dessen Abschluss nicht selten bessere kognitive Leistungen zeigen als jene Patienten, die die Möglichkeit zu diesem Training nicht erhalten haben. In einer Untersuchung von Ermini-Fünfschilling & Meier (1995) zu den Wirkungen von Gedächtnistraining als Bestandteil einer Milieutherapie bei Alzheimer Demenz fanden sich zwar keine positiven Effekte auf die Leistungen der Interventionsgruppe, für die Kontrollgruppe zeigten sich aber bedeutsame Leistungsrückgänge. An diesem Beispiel wird deutlich, dass sich der Rehabilitationserfolg nicht nur in absoluten Verbesserungen, sondern auch in der Erhaltung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie in der Verzögerung von Verschlechterungen ausdrücken kann. In Bezug auf den Kommunikationsstil gegenüber Patienten mit dementiellen Erkrankungen ist vor allem deren begrenzte Aufnahmefähigkeit zu berücksichtigen. Deutliche Artikulation, gut verstehbare Lautstärke, an den Prozess der Informationsverarbeitung angepasste Sprechgeschwindigkeit und ein abwechslungsreicher, die Aufmerksamkeit gezielt lenkender Sprachrhythmus, einfache und klar strukturierte Sätze sowie die gezielte Darbietung redundanter Information können die Übermittlung relevanter Information erheblich erleichtern. Entscheidend ist zudem eine positive Rückmeldung mit dem Verstärken richtiger Äußerungen. Bestimmte belastende und wiederkehrende Verhaltensweisen dementiell erkrankter Menschen, wie diese bereits unter den nicht-kognitiven Störungen beschrieben wurden, erfordern spezifische Maßnahmen und sollten Anlass sein, nach eventuell zugrunde liegenden Faktoren zu suchen. Aggressiv reagieren die Patienten häufig dann, wenn ihr Intimbereich verletzt wird oder wenn sie sich bedroht fühlen.

Verhaltensorientierte Interventionsarbeiten haben gezeigt, dass auch bei dementiell erkrankten Älteren durch geeignete Verhaltenstrainingsprogramme noch eine gewisse Plastizität hinsichtlich der Veränderbarkeit von Alltagskompetenz und von so genannten Problemverhaltensweisen (wie Schreien, aggressives Verhalten) besteht und genutzt werden kann (z. B. Burgio et al. 1994; Cohen-Mansfield & Werner 1997). Ferner besteht in Experten- und Praxiskreisen einhellig die Meinung, dass gerade im Falle des weitgehenden Verlusts der geistigen Leistungsfähigkeit, wie im Fall der Demenz, der Gestaltung der räumlich-organisatorischen Umwelt eine Schlüsselrolle zukommt. Die Umsetzung einer wohlüberlegten Umweltanpassung (z. B. Orientierungshilfen, farbliche Kodierungen, Endloswanderpfade) ist in Forschungsarbeiten wie in Praxislösungen vor allem in den USA in den 90er-Jahren sehr vorangetrieben worden (z. B. Weisman 1997). Auch in Deutschland fehlt es nicht an überzeugenden Vorschlägen, die allerdings in Teilen noch ihrer Umsetzung harren (vgl. auch die Bemühungen um ein in Stuttgart angesiedeltes Alzheimer-Zentrum; vgl. Heeg 2000). Beachtung verdienen schließlich auch „unorthodoxe", hierzulande noch wenig genutzte Verfahren, wie z.B. die Schaffung von besonders gestalteten Räumen mit einer Vielzahl von sensorischen Anregungen („Snoezel-Räume") sowie humor-orientierte Interventionen und tiergestützte Interventionen, bei denen durch den Kontakt mit Hunden und/oder Katzen positive Effekte ausgelöst werden können.

3.2.3.2 Diskrepanz zwischen den Potenzialen zur Behandlung psychisch erkrankter älterer Menschen und der tatsächlich bestehenden Versorgungssituation – Notwendigkeit der gezielten Verbesserung der Versorgungssituation

Vernünftiges und erfolgreiches therapeutisches Handeln kann sich nur unter bestimmten fachlichen Qualifikationen des therapeutischen Teams sowie unter bestimmten

Versorgungsstrukturen vollziehen. Oesterreich (1993) hat zwölf Grundsätze der Therapie, der Rehabilitation und der Versorgung aufgestellt, die die Qualifikationen und Versorgungsstrukturen sehr gut veranschaulichen:

1) Normale und krankhafte Alternsprozesse gründen nach dem Prinzip der Mehrdimensionalität und Multikonditionalität auf körperlichen, psychologischen und sozialen Faktoren in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung. Aus diesem Grunde ist eine umfassende Anamnese notwendig, in der die drei genannten Faktoren berücksichtigt werden.
2) Die Lebensgeschichte des älteren Menschen ist zu beachten.
3) Es besteht der Grundsatz des partnerschaftlichen, dialogischen Umgangs mit dem gesunden und kranken älteren Menschen.
4) Die Einsicht in Möglichkeiten und Grenzen therapeutischen Handels ist notwendig.
5) Die Orientierung an Stereotypen ist mit qualifizierter Hilfe nicht vereinbar.
6) Von körperlich und psychisch erkrankten älteren Menschen darf nicht auf alle älteren Menschen geschlossen werden.
7) Es besteht der Grundsatz der Besserungs- und Rückbildungsfähigkeit sowie der Behandelbarkeit und Beeinflussbarkeit von psychischen Krankheiten im Alter.
8) Kenntnisse über den Umgang mit „sprachlosen" und zur Kommunikation unfähigen oder nicht bereiten älteren Menschen sind notwendig.
9) Es müssen Kriterien für den Therapieerfolg aufgestellt werden.
10) Die Hilfeangebote müssen darauf zielen, die Kompetenz des älteren Menschen möglichst lange zu erhalten, d. h. es ist auf das Training von Selbstsicherheit, Selbstverantwortlichkeit und Unabhängigkeit zu achten.
11) Die Rolle der Angehörigen ist zu berücksichtigen.
12) Die koordinierte ständige Zusammenarbeit innerhalb eines geriatrischen und gerontopsychiatrischen Versorgungssystems ist eine bedeutende Voraussetzung für das Gelingen der Therapie, Rehabilitation und Versorgung.

Die in der Gerontopsychiatrie, Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie gewonnenen theoretischen und anwendungsbezogenen Erkenntnisse lassen im Prinzip die Verwirklichung der von Oesterreich aufgestellten Grundsätze zu. Doch wird von Experten kritisch angemerkt, (a) dass diese Erkenntnisse in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung nicht ausreichend vermittelt werden, (b) dass Hausärzte – die den Großteil älterer Patienten behandeln – nur selten mit Fachärzten kooperieren, die über (geronto-)psychiatrische, (geronto-)psychosomatische und alterspsychotherapeutische Erfahrung verfügen, (c) dass die ambulante und stationäre medizinische Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen aufgrund mangelhafter Versorgungsstrukturen nicht ausreichend sei und (d) dass Alten- und Pflegeheime, in denen viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen leben, über keine ausreichende medizinische, vor allem (geronto-)psychiatrische Betreuung verfügen.

In einem von Hirsch, Holler, Reichwaldt & Gervink (1999) verfassten Gutachten zur aktuellen Lage der Gerontopsychiatrie wird kritisch festgestellt, dass die umfassende und angemessene Versorgung psychisch kranker alter Menschen bislang kein zentrales Anliegen bei der Umsetzung von Maßnahmen der Psychiatriereform gewesen sei. Nur wenige für die Versorgung Verantwortliche hätten jene Defizite, die die Gerontopsychiatrie betreffen, als einen regelungsbedürftigen Mangel empfunden. Zudem würden in den Gesetzen der Länder die besonderen Bedarfe psychisch kranker älterer Menschen nicht berücksichtigt. Sie fänden auch keine Beachtung bei der Entwicklung gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen. Vielmehr sei man davon ausgegangen, dass die gerontopsychiatrische Versorgung durch die Geriatrie und die Altenpflege geleistet werden könne. Förderprogramme zur sozialen Integration sowie zu tagesstrukturierenden und selbstständigkeitserhaltenden Maßnahmen seien nur selten aufgelegt worden. Die gerontopsychiatrische Fachpflege sei in der Bundesrepublik Deutschland in vielen Regionen gar nicht vertreten oder deutlich unterrepräsentiert.

Helmchen & Kanowski (2000) stellen in ihrer Expertise für die Berichtskommission fest, dass sich bislang nur wenige gerontopsychiatrische Modellprojekte entwickelt hätten, die aber in der Regel nach Abschluss der Modellförderung nicht fortgeführt worden seien. Auch sei kritisch zu bewerten, dass zwar nach der Psychiatrie-Enquête aus dem Jahre 1975 in vielen Psychiatrischen Landeskrankenhäusern gerontopsychiatrische Abteilungen entstanden seien, dass diese Entwicklung jedoch zur Zeit deutlich rückläufig sei. Helmchen & Kanowski (2000) merken in diesem Zusammenhang an, dass „dabei nicht übersehen werden darf, dass sich Widerstand gegen gerontopsychiatrische Spezialisierungen auch innerhalb der Psychiatrie selbst entwickelt hat, denn Spezialisierungen werden auch immer als Konkurrenz um Patienten angesehen" (S. 36).

Die Anzahl der chronisch psychisch kranken Menschen ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen zehn- bis fünfzehnmal höher als in den jüngeren Altersgruppen. Doch ist die Anzahl spezialisierter gerontopsychiatrischer Dienste um ein Vielfaches geringer und damit völlig disproportional. „Eine Erklärung für diese unterschiedliche Entwicklung im Vergleich von Allgemein- und Gerontopsychiatrie ergibt sich vielleicht auch aus der seit je bestehenden großen Faszination durch und Präferenz für schizophrene Erkrankungen innerhalb der Psychiatrie, eine Erkrankung, die aber nur 1 Prozent der Bevölkerung erfasst, während hirnorganisch bedingte Erkrankungen, einschließlich der Suchtfolgen auf weniger Interesse in der psychiatrischen Versorgungslandschaft stoßen.

Demgegenüber ist das biologisch-psychiatrische Forschungsinteresse weitaus ausgewogener" (Helmchen & Kanowski 2000: 52 f.).

Die Versorgungsmängel sind sowohl im stationären als auch im teilstationären und ambulanten Bereich erkennbar. Sie betreffen weiterhin die medizinische Betreuung jener Menschen, die in einem Altenheim oder Pflegeheim leben. Auf diese Mängel soll nachfolgend eingegangen werden. Hinsichtlich der stationären Versorgung ergibt sich das große Problem, dass allgemeinpsychiatrische Krankenhäuser, in denen sich keine gerontopsychiatrische Abteilung befindet, psychisch erkrankte ältere Menschen vielfach nicht versorgen können. Dabei besteht aber die Notwendigkeit stationärer Behandlung bei demenziellen Erkrankungen, bei schweren chronifizierten Depressionen, bei paranoiden Psychosen sowie bei lange bestehenden Süchten – also bei jenen psychischen Erkrankungen, die gerade im Alter auftreten. Für alle vier Erkrankungsgruppen erfordert schon allein die fachgerecht ausgeführte medikamentöse Behandlung vielfach eine intensive tägliche Beobachtung des psychopathologischen Bildes. Nur unter dieser Bedingung kann die Wirksamkeit von Pharmaka zuverlässig beurteilt werden. Die Tatsache, dass allgemeinpsychiatrische stationäre Einrichtungen psychisch erkrankte alte Menschen vielfach nicht fachgerecht behandeln, spricht nach Ansicht von Experten für die Einrichtung spezieller gerontopsychiatrischer stationärer Versorgungsbereiche.

Ein besonderes Element in der Versorgung psychisch kranker Menschen sind die Gerontopsychiatrischen Zentren. Sie wurden entwickelt im Anschluss an die Arbeiten im Rahmen der Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975) und von der Expertenkommission der Bundesregierung (1988). Danach sollte in jedem psychiatrischen Versorgungsbereich ein gerontopsychiatrisches Zentrum als „Katalysator" der gerontopsychiatrischen Versorgung eingerichtet werden. Leider ist es bisher nur in wenigen Modellversuchen eingerichtet worden. Die Zentren sollen teilstationäre und ambulante Versorgungs- und Beratungsfunktionen wahrnehmen. Sie sollen mit dazu beitragen, dass in der Gesamtheit der regionalen Versorgung insbesondere auch den Demenzkranken Rechnung getragen wird. Gerontopsychiatrische Zentren arbeiten multiprofessionell (Psychiater, Nervenärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Alten- und Krankenpflegekräfte, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten etc.). Wesentliches Element ist „niedrige Zugangsschwelle, die Vermeidung „klinikorientierter" Verhaltensweisen, die Vernetzung mit ambulanten, teilstationären und stationären gerontopsychiatrisch arbeitenden Angeboten in der Region. Die Einbeziehung Angehöriger und ehrenamtlicher freiwilliger Helfer gehört mit zum Konzept.

Gerontopsychiatrische Tageskliniken können in vielen Fällen die vollstationäre Behandlung ersetzen; darüber hinaus fördern sie den Übergang von stationärer in ambulante Behandlung. Diese Tageskliniken sind regional sehr unterschiedlich verteilt; in vielen Regionen finden keine gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Es wird von Experten dringend empfohlen, die insgesamt mangelhafte Entwicklung und regional sehr ungleichgewichtige Verteilung gerontopsychiatrischer Tageskliniken zu überwinden (vgl. Helmchen & Kanowski 2000).

Hausärzte spielen in der Versorgung von psychisch erkrankten alten Menschen eine Schlüsselrolle. Sie sind für viele Patienten die ersten Kontaktpersonen im medizinischen Versorgungssystem und üben damit großen Einfluss auf das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen aus. Befunde aus empirischen Studien legen die Annahme nahe, dass viele psychische Erkrankungen im Alter von den Hausärzten übersehen und nicht adäquat behandelt werden.

Von den in der Berliner Altersstudie diagnostizierten 133 depressiv erkrankten über 70-jährigen Personen (26,8 % der Gesamtstichprobe) erhielten nur 40 eine Psychopharmakatherapie. In keinem Fall wurde eine Überweisung zu einem Nervenarzt vorgenommen, und keiner erhielt eine Psychotherapie (Wernicke & Linden 1997). Es wird geschätzt, dass in 40-60 Prozent der Fälle eine Demenz vom Hausarzt übersehen wird. In einer Studie von Sandholzer, Breull & Fischer (1999), in der 67 Allgemeinpraxen erfasst wurden, war die Anzahl der nicht erkannten Demenzerkrankungen mit 86 Prozent der Fälle noch höher. Vor allem die mangelhafte Früherkennung leichterer Demenzstadien wird für diese Fehldiagnose verantwortlich gemacht. In der hausärztlichen Behandlung von demenzkranken Patienten dominieren unspezifische Nootropika, die ungeachtet der zugleich bestehenden fachlichen Skepsis bezüglich ihrer Wirksamkeit bevorzugt verordnet werden. Spezifisch wirksame Medikamente mit nachgewiesenen Therapieeffekten, wie die Acetylcholinesterasehemmer, haben sich in der Primärversorgung noch nicht durchgesetzt. Für diese Mängel werden fehlende Kenntnisse hinsichtlich der pharmakologischen Behandlung psychisch erkrankter alter Menschen und die darauf gründende falsche Annahme vieler Hausärzte verantwortlich gemacht, wonach die (teureren) Acetylcholinesterasehemmer keine substanzielle Wirkung bei demenzkranken Patienten hätten (Förstl, Lauter & Bickel 2000).

In der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten zahlreiche Dienste mit hoher Zielgruppen- und Aufgabenspezifität entwickelt, doch erreichen diese psychisch erkrankte alte Menschen in der Regel nicht. Die Sozialstationen spielen für die psychiatrische Krankenpflege nur eine geringe Rolle. Dabei fanden sich in einzelnen Modellprojekten Belege dafür, dass durch die von Sozialstationen geleistete häusliche psychiatrische Krankenpflege die Situation psychisch kranker alter Menschen im häuslichen Umfeld so stabilisiert wurde, dass Krankenhausaufenthalte abgekürzt und Krankenhauseinweisungen sowie die Unterbringung in einem Heim vermieden werden konnten. Allerdings gilt auch für dieses Versorgungssegment, dass erfolgreiche Modellprojekte nicht in die Regelversorgung übergeführt wurden. Die Sozialpsychiatrischen Dienste spielen in der gerontopsychiatrischen ambulanten Versorgung eine wesentliche Rolle – dies sowohl in der Phase der Krisenintervention als auch in der Phase der nachge-

henden Betreuung. Jedoch sind auch diese Dienste in den meisten Regionen nicht in ausreichender Anzahl vertreten.

Der Anteil chronisch psychisch Kranker in Altenheimen und Pflegeheimen variiert in Abhängigkeit von deren Größe und Zielsetzung stark. In einigen Einrichtungen sind bis zu 75 Prozent der Bewohner/innen chronisch psychisch erkrankt; dabei dominieren depressive und dementielle Erkrankungen. Es wird von Experten gefordert, dass die ärztliche Kompetenz in einer besser organisierten Weise in die Heimstrukturen eingebunden und an der Entwicklung und Supervision der im Heim notwendigen therapeutischen und rehabilitativen Angebote beteiligt werden. Bei Heimen mit einem hohen Anteil von chronisch psychisch Kranken wird die Verbesserung der gerontopsychiatrischen Versorgung als vorrangig vor anderen Fachdisziplinen angesehen (Helmchen & Kanowski 2000). Was insbesondere in Deutschland auch noch im Hinblick auf den „Alltag im Heim" fehlt, ist eine Methode zur Erfolgskontrolle, die außerhalb von kontrollierten Studien eingesetzt werden kann. Ein beispielhaftes Verfahren, das eine praxisnahe Erfassung des Wohlbefindens von psychisch kranken Menschen erlaubt und so die Wirkung bestimmter Interventionsmaßnahmen beschreiben kann, ist das in England von Tom Kitwood entwickelte und in Deutschland von Christian Müller-Hergl vertretene Konzept des „Dementia Care Mapping" (vgl. Müller-Hergl 1998).

Helmchen & Kanowski (2000) zufolge für die Schaffung gerontopsychiatrischer Institutionen vier Argumente: Erstens werde die Anzahl psychisch erkrankter älterer Menschen in Zukunft weiter zunehmen und damit auch der Bedarf an gerontopsychiatrischer Versorgung steigen. Zweitens fänden ältere Menschen in jenen Regionen, die kein gerontopsychiatrisches Spezialangebot vorhalten, „in der Konkurrenz um diagnostische, therapeutische und rehabilitative Ressourcen wenig Berücksichtigung und unterliegen in der Regel gegenüber Jüngeren" (Helmchen & Kanowski 2000: 79). Drittens erforderten Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation und Betreuung psychisch erkrankter älterer Menschen fundierte Kenntnisse der Ergebnisse der biologisch-medizinischen, psychologischen und sozialen Alternsforschung. Und schließlich seien viertens spezielle Kenntnisse geriatrischer und gerontopsychiatrischer Pharmakotherapie notwendig, um die medikamentöse Behandlung erfolgreich durchzuführen.

In der psychotherapeutischen Versorgung sind alte Menschen nach wie vor deutlich unterrepräsentiert (Heuft & Schneider 1999). Der Anteil der über 60-Jährigen an den von Krankenkassen finanzierten psychoanalytischen oder verhaltenstherapeutischen Psychotherapien beläuft sich auf 0,6 Prozent. Einer Analyse von 1 223 zufällig ausgewählten Anträgen für Verhaltenstherapie zufolge wurden lediglich 0,2 Prozent dieser Anträge für über 65-jährige Patienten gestellt (Linden 1999). Eine Befragung von 97 psychosomatischen Kliniken im gesamten Bundesgebiet ergab, dass 21,5 Prozent aller Patienten auf die Altersgruppe der 50-bis 59-Jährigen entfielen, auf die Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen hingegen nur 5,2 Prozent und auf jene der 70-Jährigen und Älteren nur noch 1,3 Prozent (Lange, Peters & Radebold 1995). In ambulanten Praxen, in Polikliniken und Institutsambulanzen werden über 60-Jährige auch heute kaum behandelt.

Im Bereich der ambulanten Versorgung besteht nach Einschätzung von Experten in weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland eine gute bis sehr gute ambulante fachpsychotherapeutische Versorgung. Doch kommt diese eben älteren Menschen fast gar nicht zugute. Die meisten Fachpsychotherapeuten verfügen über keine ausreichende alterspsychotherapeutische Kompetenz. Die größten Barrieren bei der Einleitung einer Fachpsychotherapie für alte Menschen liegen nach Aussagen von Experten aufseiten der Psychotherapeuten. Viele Psychotherapeuten verträten auch heute noch die Annahme, dass die psychische Plastizität bei älteren Menschen so gering sei, dass eine Psychotherapie nicht in Frage komme – eine Annahme, die durch Untersuchungen eindeutig widerlegt wurde (Heuft, Kruse & Radebold 2000; Heuft & Schneider 1999; Radebold 1998). Da Psychotherapeuten bestimmen, ob sie überhaupt Ältere zum Erstgespräch annehmen und ob bzw. in welcher Form sie die Psychotherapie ausführen, bildet diese fehlerhafte Annahme eine zentrale Barriere der Psychotherapie im Alter.

In Bezug auf die stationäre Versorgung werden psychosomatische Konsultations- und Liasionsdienste in Kliniken gefordert (Heuft & Schneider 1999). Damit würde nach dem Urteil von Experten ein bedeutender Beitrag zur psychosomatischen Grundversorgung in geriatrischen Kliniken geschaffen.

Dem aktuellen Forschungsstand der Psychosomatik und Psychotherapie zufolge ist keine neue oder andere Psychotherapie für Menschen in der zweiten Hälfte des Erwachsenenlebens notwendig – und zwar weder aus kognitiv-behavioraler noch aus psychoanalytischer Sicht. Notwendig sind vielmehr altersspezifische Modifikationen der Behandlungstechnik. Darüber hinaus ist die Befähigung zur Erarbeitung einer differenziellen Therapieindikation mit dem Patienten notwendig.

Im Laufe der nächsten zehn bis 15 Jahre wird bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen durch ältere Menschen ein grundlegender Wandel erwartet (Heuft & Schneider 1999). Heute denken Ärzte bei Vorliegen psychogener oder psychosomatischer Symptome im Alter noch viel zu selten an die Möglichkeiten einer psychosomatischen-psychotherapeutischen Intervention – und die Patienten fordern diese Behandlungsmöglichkeit noch viel zu selten aktiv ein. Da heute eine zunehmende Anzahl von Menschen im jungen und mittleren Erwachsenenalter gezielt nach Fachpsychotherapie sucht, wenn psychogene oder psychosomatische Störungen vorliegen, lässt sich für die kommenden Jahre ein deutlicher Anstieg in der Anzahl älterer Menschen prognostizieren, die eine fachpsychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen wollen.

Hinsichtlich der Versorgung von psychisch kranken älteren Migranten existieren Probleme der Über- und Unterversorgung dicht nebeneinander: Zwar nehmen sie auf der

einen Seite häufiger den Hausarzt als Ansprechpartner wahr, kommen häufiger in Notfallambulanzen der Krankenhäuser, werden häufiger in Krankenhäuser aufgenommen und haben dort eine höhere Verweildauer und bekommen zudem öfter als Deutsche Medikamente verordnet. Auf der anderen Seite sind sie als Patienten bei Fachärzten, besonders Psychiatern und Neurologen sowie bei Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen deutlich unterrepräsentiert (vgl. Collatz 1999: 38; Berg 1998: 550; Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung 1989; Zink & Korporal 1990).

Als Gründe für Barrieren im Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen werden u. a. folgende Punkte genannt:

- Informationsdefizite auf Seiten der älteren Migranten über existierende Angebote.
- Sprachbarrieren: unter den älteren Migranten finden sich hohe Anteile von Personen mit geringen Deutschkenntnissen (vgl. Kapitel 6). Bei vielen Älteren verringern sich die Kenntnisse nach Ausscheiden aus dem Erwerbsleben wieder.
- In den Institutionen gibt es bislang zu wenig Möglichkeiten, Migranten in ihrer Muttersprache zu behandeln.
- Mangelndes ethnomedizinisches Wissen und fehlende transkulturelle Pflegekompetenzen in den Institutionen.
- Der Wunsch, von Familienangehörigen versorgt zu werden, ist noch immer sehr ausgeprägt.
- Die Tendenz des Rückzugs in die eigene Ethnie verhindert unter den gegebenen Bedingungen ein Zurückgreifen auf formalisierte Dienstleistungen, da ethnisch orientierte Dienste bislang kaum bestehen.
- Probleme im Begutachtungsverfahren (Korporal 1998: 75 f.; Collatz et al. 1997)
- Rechtliche Hindernisse, die eine Inanspruchnahme von Leistungen verhindern oder erschweren.

Aus den bereits weiter oben beschriebenen, kulturell bedingt unterschiedlichen Verständnissen und Zugängen zu Gesundheit und Krankheit sowie den existierenden Sprachproblemen ergeben sich in der Praxis der medizinischen und pflegerischen Versorgung eine Fülle von Problemen. Als typische Übereinkunft zwischen ausländischen Patienten und deutschen Ärzten und Pflegern wird das „Verstehen im Nichtverstehen" beschrieben, in dem eine Kommunikation innerhalb der Pflege- oder Behandlungssituation nicht gelungen ist, aber beide Seiten zu einer für sie halbwegs befriedigenden Interpretation der Interaktion gelangt sind. Eine gelungene Betreuung von ausländischen Patienten setzt häufig ethnomedizinisches Wissen, sprachliche Kompetenzen, z. B. durch das Hinzuziehen eines Dolmetschers, und längere Beratungszeit voraus. Deutschland hat im Vergleich mit anderen Ländern mit vergleichbarem Ausländeranteil einen deutlichen Nachholbedarf in der Bereitstellung einer sprachlichen Basisversorgung im Gesundheitswesen durch qualifizierte Dolmetscherdienste. Die in vielen Institutionen gängige Praxis, Angehörige oder Personal aus anderen Abteilungen zum Dolmetschen heranzuziehen, kann nicht über die bestehenden großen Defizite in diesem Bereich hinweg täuschen. Neben den fehlenden fachlichen Voraussetzungen für das Dolmetschen medizinischer oder pflegerischer Sachverhalte, sind Angehörige häufig mit den Rollenkonflikten als loyale Familienangehörige und neutrale Übersetzer überfordert. Schwierigkeiten treten außerdem bei tabuisierten oder innerhalb der Familien heiklen Themen auf.

3.2.4 Pflegerische Versorgung

Wenngleich von einer wachsenden Zahl alter Menschen auszugehen ist, deren Situation sich durch relativ gute soziale gesundheitliche Ressourcen und ein hohes Maß an Autonomie der Lebensführung und Alltagsbewältigung auszeichnet, steigt mit zunehmendem Alter zugleich die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, chronischer Krankheit oder sonstigen Funktionseinschränkungen. Zwar ist Alter keineswegs zwingend mit Pflegebedürftigkeit verbunden, ebenso wenig wie es zwangsläufig mit Krankheit einhergeht. Dennoch ist ein nicht unerheblicher Anteil alter Menschen speziell im höheren Lebensalter auf Fremdhilfe und Unterstützung durch das Versorgungssystem, besonders durch Pflege angewiesen. Dabei reicht die Palette des Bedarfs von Hilfen bei der Alltagsbewältigung, über pflegerische Unterstützung bei täglichen Lebensverrichtungen und bei Selbstversorgungseinbußen, über präventiv und rehabilitativ orientierte Pflege zur Verhinderung von Verschlimmerungen oder Eindämmung bestehender Pflegebedürftigkeit bis hin zur Schwerkranken- und Palliativpflege bzw. generell von Hilfen zur Begleitung während der Zeit des Sterbens. Sie schließt nicht nur Maßnahmen ein, die sich an den Pflegebedürftigen selbst richten, sondern auch solche, die sich seinem sozialen Umfeld widmen, zu dessen Ressourcenerhalt beitragen, und es in seinem Betreuungsbeitrag unterstützen und stärken.

3.2.4.1 Ambulante Pflege

International besteht Einigkeit darüber, dass die Pflege in unterschiedlichen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen des Sozial- und Gesundheitswesens einen bedeutenden Anteil an der Bewältigung dieser Herausforderungen leistet. Nach den Vorstellungen der Weltgesundheitsorganisation obliegt ihr die zentrale Aufgabe, sowohl gesunde als auch kranke Menschen bei dem Erhalt oder der Wiedererlangung ihrer bedrohten Gesundheit, sowie bei der Bewältigung des Lebens mit Krankheit und Tod zu unterstützen und ihnen dabei ein hohes Maß an Unabhängigkeit und individueller Selbstbestimmung zu bewahren (WHO 1995: 14).[12] Diesem umfassenden Aufgabenprofil liegt ein Paradigmenwechsel von der Krankheits- hin zur Gesundheitsorientierung zugrunde, der international bestimmend für die Identität der Pflege geworden ist.

[12] „... to assist the individual, sick or well, in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to peaceful death) that he would perform unaided if he had the necessary strength, will or knowledge. And to do this in such a way as to help him gain independency as rapidly as possible." (WHO 1995: 14).

Diesen Paradigmenwechsel nachzuvollziehen und verbunden damit eine Modernisierung der Pflege einzuleiten, ist eine – wenngleich mit großer zeitlicher Verspätung – auch in Deutschland unlängst angenommene Herausforderung. Dies schlägt sich auch in der ambulanten Pflege nieder, einem in Übereinstimmung mit internationalen Trends zunehmend an Bedeutung gewinnenden Versorgungsbereich. Indem die ambulante Pflege in den Mittelpunkt der nachfolgenden Ausführungen gerückt wird, richtet sich die Aufmerksamkeit auf einen Versorgungsbereich, der – obschon lange Zeit unbeachtet – in jüngster Zeit zum Angriffspunkt zahlreicher Reformen erklärt wurde. An prominenter Stelle ist hier die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung zu nennen, deren Auswirkungen weit über die Neuordnung der Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege hinausreichen. Ob es inzwischen gelungen ist, die mit dem Gesetz intendierte Neugestaltung der ambulanten Pflege einzuleiten und ein den zuvor genannten Anforderungen genügendes Hilfe- und Unterstützungsangebot zu etablieren, sollen die folgenden Ausführungen zeigen.

(a) Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen

Für die finanzielle Absicherung einer ambulanten Pflege stehen heute im Wesentlichen drei gesetzliche Finanzierungsquellen zur Verfügung: die Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), die Gesetzliche Pflegeversicherung (SGB XI) und das Bundessozialhilfegesetz (BSHG).

Von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden ambulante Pflegeleistungen nur ausschnitthaft finanziert. „Häusliche Krankenpflege" wird entweder als „Vermeidungspflege" (§ 37 Abs. 1 SGB V) oder als „Sicherungspflege" (§ 37 Abs. 2 SGB V) gewährt. Die Häusliche Krankenpflege umfasst grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche Versorgungsleistungen[13], die je nach Rechtsgrundlage zeitlich (§ 37 Abs. 1 SGB V) oder inhaltlich (§ 37 Abs. 2 SGB V) beschränkt werden. Darüber hinaus kann unter definierten Bedingungen „Haushaltshilfe" (§ 38 SGB V) gewährt werden.[14] Leistungsauslösendes Moment ist jeweils eine zu behandelnde Krankheit, weshalb diese Pflege- und Versorgungsleistungen dem Arztvorbehalt unterliegen und einer ärztlichen Verordnung bedürfen.

War im Bereich der häuslichen Krankenpflege bis zur Einführung der Pflegeversicherung noch ein kontinuierlicher Ausgabenanstieg zu verzeichnen, so ist im Zuge des Perspektivwechsels „von der Bedarfsdeckung zur Kostendämpfung" (Döhler 1991: 472) und der Verlagerung des Großteils der Grundpflegekosten zur Pflegeversicherung ein Rückgang der Krankenversicherungsausgaben für häusliche Krankenpflege festzustellen (BMG KV 45 Statistik 1999). Die Gesetzlichen Krankenkassen haben 1998 insgesamt 3,03 Mrd. DM für Leistungen der häuslichen Krankenpflege aufgewendet, d. h. 1,22 Prozent der GKV-Gesamtausgaben von insgesamt 243,1 Mrd. DM.

Künftig sollen erstattungsfähige ambulante Pflegeleistungen in einer neuen Bundesrahmenempfehlung sowie in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Verordnung häuslicher Krankenpflege rechtsverbindlich festgelegt werden. Dieses im 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 vorgeschriebene Verfahren ist inzwischen zum Gegenstand von Kritik geworden. Problematisiert wird, dass bei der Erstellung des Leistungskatalogs auf pflegewissenschaftliche Expertise weitgehend verzichtet und damit – nolens volens – die ausschließliche Definitions- und Verordnungsmacht der niedergelassenen Mediziner über (behandlungs-)pflegerische Leistungen weiter festgeschrieben wurde. Unter Qualitätsgesichtspunkten wird bemängelt, dass präventive Pflegeleistungen (z. B. Dekubitus-/Pneumonieprophylaxen) verstärkt aus dem Leistungskatalog herausgenommen oder anspruchsvolle pflegerische Aufgaben bei der Betreuung chronisch Kranker an Angehörige delegiert werden, ohne dass dafür zum Ausgleich eine entsprechende pflegerische Patientenanleitung als neuer Bestandteil in den Leistungskatalog aufgenommen wurde.

Seit Inkrafttreten der ersten Stufe der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) im April 1995 spielt dieses neue Leistungsgesetz für die Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen eine zentrale Rolle. Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurden wesentliche Versorgungsdefizite – insbesondere der älteren Bevölkerung – aufgegriffen. Inzwischen hat es sich zu einem vorrangigen Garanten für die Absicherung langfristiger Pflegebedürftigkeit im Alter entwickelt.

Leistungen der Pflegeversicherung werden analog zu denen der Krankenversicherung einkommens- und vermögensunabhängig gewährt. Allerdings unterliegen sie einem Budgetprinzip und intendieren lediglich eine Grundsicherung (Rothgang 1996). Eine vollständige Bedarfsdeckung aus Leistungen der Pflegeversicherung ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen („Teilkaskolösung"). Leistungen der Pflegeversicherung werden auf Antrag gewährt, soweit „Pflegebedürftigkeit" nach der Legaldefinition des Gesetzes (§§ 14 und 15 SGB XI) vorliegt und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) eine von drei unterschiedlichen Pflegestufen (Pflegestufe I, II und III) anerkannt hat (vgl. Kapitel 3.1.3). Sie sind nicht mehr an eine Krankenbehandlung gebunden und somit auch

[13] Voraussetzung für eine Verankerung pflegerischer Leistungen im Sozialgesetzbuch war die Schaffung der sozialrechtlichen Begriffe der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung. Letztere bildet zwar häufig eine wesentliche Voraussetzung, um eine ambulante Pflege überhaupt durchführen zu können, allerdings wurde sie erst nach längeren Auseinandersetzungen in das Gesetz aufgenommen. Nicht erstattungsfähig sind andere als körperbezogene und technische Leistungsbestandteile, die häufig als sozialversicherungsfremd bezeichnet werden, die für eine sachgemäße Durchführung der ambulanten Pflege gleichwohl konstitutiv sind. Hierzu zählen beispielsweise Kommunikation, psychosoziale Beratung, Begleitung und Hilfe, Aufsicht, Anleitung und Schulung, Koordination und Kooperation, Gesundheitsförderung und Rehabilitation.

[14] Als personale Hilfe ist diese Leistung an eng definierte Voraussetzungen gebunden, weshalb diesem Paragraphen für die Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen insgesamt eine eher untergeordnete Bedeutung zukommt. Ambulante Pflegeleistungen, die im Fall von Schwangerschaft und Geburt gewährt werden (z.B. § 38 Abs. 2 Nr. 4 BSHG in Verbindung mit § 69b Abs. 1 BSHG sowie § 198 RVO), bleiben hier aus thematischen Gründen unberücksichtigt.

vom Arztvorbehalt befreit (Meier 1997; Klie 1996).[15] Leistungen der Pflegeversicherung werden entsprechend der drei Pflegestufen in gestaffeltem Umfang in Form von ausschließlichen Sachleistungen („häusliche Pflegehilfe") oder Geldleistungen (Pflegegeld) oder als eine Kombination aus beiden (Kombinationsleistung) gewährt. Ergänzt werden die Leistungen aus dem SGB XI durch die Ersatzpflege (§ 39 SGB XI), die entweder als Sachleistung oder als Pflegegeld für maximal vier Wochen pro Jahr in Anspruch genommen werden kann. Zudem werden im Bedarfsfall Pflegehilfsmittel und technische Hilfen zur Verfügung gestellt (§ 40 SGB XI).

Werden die Angaben der Sozialen und Privaten Pflegeversicherung zum Leistungsgeschehen zusammengeführt, so erhalten insgesamt ca. 1,27 Mio. Pflegebedürftige ambulante Pflegeleistungen. Allein im Jahr 1998 wurden im Rahmen der Pflegeversicherung insgesamt 29,47 Mrd. DM für Leistungsausgaben dokumentiert (BMG 1999). Davon wurden 3,89 Mrd. DM für häusliche Pflegehilfe und 8,38 Mrd. DM für Pflegegeld verausgabt (einschließlich der jeweiligen Anteile der Kombinationsleistung). Ersatzpflege wurde mit 0,11 Mrd. DM beziffert und Pflegehilfsmittel bzw. technische Hilfen beliefen sich auf 0,73 Mrd. DM. Immerhin 2,26 Mrd. DM wurden von den Pflegekassen für die soziale Sicherung der Pflegepersonen aufgewendet, d. h. indirekt ebenfalls für die Absicherung der ambulanten Pflege durch Angehörige oder andere Pflegepersonen.

Die Gesamtausgaben für ambulante Pflegeleistungen steigen seit Einführung der Pflegeversicherung in moderatem Umfang kontinuierlich an, was mit dem Zuwachs an Ausgaben für Pflegebedürftige der Stufen I und III begründet werden kann. Lediglich in der Stufe II sind die Ausgaben in den letzten Jahren rückläufig. Das Verhältnis von Sachleistungs- zu Geldleistungsempfängern ist dabei über die zurückliegenden Jahre weitgehend konstant geblieben. Circa 20 Prozent Sachleistungsempfängern stehen ca. 80 Prozent Geldleistungsempfänger gegenüber. Für die kommenden Jahre werden vor dem Hintergrund der Entwicklung familialer Pflegepotenziale Verschiebungen hin zu einer stärkeren Nutzung der Sachleistungen und somit auch proportional hierzu Ausgabensteigerungen erwartet (Rothgang 1997).

Trotz ihrer großen Bedeutung für die Absicherung langfristiger Pflegebedürftigkeit ist die Pflegeversicherung aufgrund ihrer sozialrechtlichen Ausprägung in die Kritik geraten. Eine umfassende Wirkungsbeurteilung dieses neuen Leistungsgesetzes ist schwierig (vgl. z.B. Meier 1997; Rothgang 1997a). doch sollen hier einige der zentralen Problemfelder angesprochen werden:

- Die mit dem Pflegeversicherungsgesetz vorgesehene Mindestsicherung unterhalb des tatsächlichen Pflegebedarfs birgt Gefahren für die Pflegequalität. Denn „mit der vom SGB XI vorgenommenen Leistungspauschalisierung unterhalb des erforderlichen Bedarfs wird letztlich ein Niveau der Pflege festgelegt, welches in der Tendenz eher eine Verschlechterung bedeutet" (Meier 1997: 90).
- Zwischen Pflegequalität und Kostenbegrenzung existiert ein so genannter „trade-off" (Rothgang 1997: 191). Damit ist gemeint, dass die Weiterentwicklung pflegerischer Leistungsqualität unter Umständen mit zumindest kurzzeitigen Kostensteigerungen einhergehen könnte, „die wiederum durch die gesetzliche Pflegeversicherung nicht gedeckt werden können, ohne dass das Ziel der Ausgabenbegrenzung negativ tangiert wird" (ebd.).
- Das Pflegeversicherungsgesetz orientiert sich am „Defizitmodell", wodurch der mit dem Gesetz zugleich verbundene Ansatz der aktivierenden Pflege und der Vorrang von Prävention und Rehabilitation aus Sicht der Pflegebedürftigen wie auch der Leistungserbringer mit negativen Anreizen versehen ist: Jede Verbesserung aufseiten des Pflegebedürftigen geht zwangsläufig mit Leistungskürzungen einher (Dahlem 1993).
- Die in dem Gesetz vorgenommene starke Betonung der Laienpflege birgt die Gefahr einer „Renaissance der diskriminierenden Situation für die pflegenden Frauen" (Meier 1997), der durch die Leistungen zur sozialen Sicherung von Pflegepersonen nur bedingt begegnet werden kann. Zugleich bringt die unerwartet hohe Nutzung der Geldleistungen das Risiko der Mitnahmeeffekte aufseiten der Angehörigen mit sich, ohne dass bislang ein befriedigendes Verfahren zur Sicherung der häuslichen Pflegequalität installiert worden wäre.

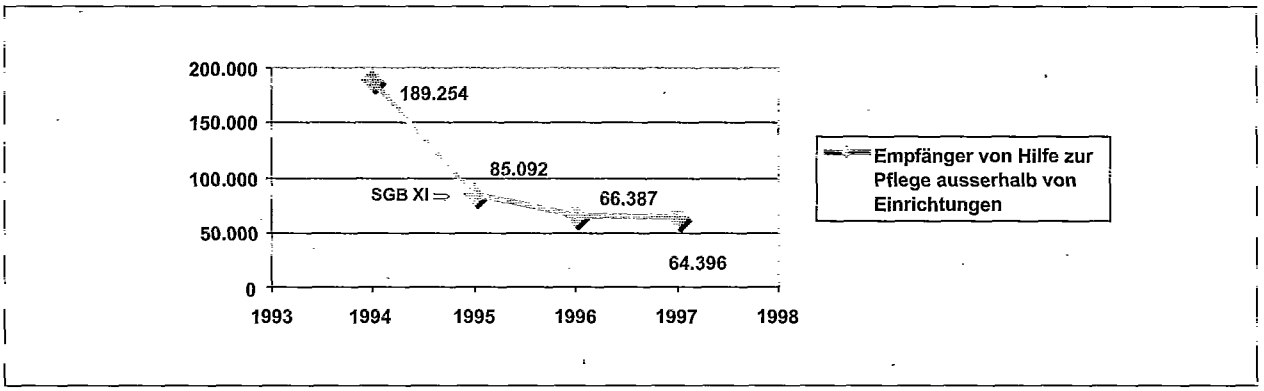
Leistungen der steuerfinanzierten Sozialhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) werden prinzipiell nachrangig gegenüber den beiden zuvor genannten Finanzierungsquellen und ausschließlich nach dem Bedürftigkeitsprinzip gewährt. Sie sollen Menschen, die in Not geraten sind, Hilfe zur Selbsthilfe bieten und ihnen so ein Leben in Würde ermöglichen.[16] Insofern orientieren sie sich am Bedarfsdeckungsprinzip, wobei die Ursache des Hilfebedarfs als unerheblich betrachtet wird.

Die der Hilfe in besonderen Lebenslagen zugeordnete Hilfe zur Pflege (§§ 68 bis 69 BSHG), wurde mit Einführung der Pflegeversicherung weitgehend an die Begriffsbestimmungen des SGB XI angepasst. Durch eine Öffnungsklausel (§ 68 Abs. 1 Satz 2 BSHG) werden ambulante Pflegeleistungen jedoch auch dann gewährt, wenn die Pflegeversicherung nicht eintritt. Dies gilt insbesondere für die inzwischen als „Pflegestufe 0" bezeichneten Hilfebedarfe unterhalb der Pflegestufe I.

[15] Leistungen der Pflegeversicherung zur teilstationären Pflege, Tages- und Nachtpflege sowie zur stationären Pflege bleiben hier zunächst unberücksichtigt, da sie an anderer Stelle dieses Altenberichts ausführlicher behandelt werden (siehe hierzu Kapitel 3.2.4.2).

[16] Wenngleich Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 39 BSHG auch für die ambulante Pflege eine nicht unbedeutende Rolle spielen – beispielsweise hinsichtlich der Hilfe zur Teilnahme am sozialen Leben – bleiben diese Leistungen des BSHG in der folgenden Darstellung ausgeklammert.

Abbildung 3-5: Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (am Jahresende andauernde Hilfen)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Statistik der Sozialhilfe 1998 (Eigene Darstellung)

Ein wichtiges Ziel der Pflegeversicherung besteht in der Vermeidung pflegebedingter Sozialhilfeabhängigkeit (der so genannten Entreicherung oder Verarmungspflege). Tatsächlich wurde die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen zwischen 1994 und 1997 um zwei Drittel reduziert (Abb. 3-5). Für den häuslichen Bereich ist es somit gelungen, den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen (vgl. auch Rothgang & Schmähl 1997; Rothgang & Vogler 1999). [17]

1997 wurden rund 64 000 Empfänger von Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen registriert, davon 16 400 Pflegegeldempfänger bei erheblicher Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 1 BSHG), 14 500 Pflegegeldempfänger bei schwerer Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 2 BSHG) und 14 000 Pflegegeldempfänger bei schwerster Pflegebedürftigkeit (§ 69a Abs. 3 BSHG). 19 400 Personen erhielten andere Leistungen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (darunter 6 300 gleichzeitig Pflegegeld). Damit wurden 1997 rund 870 Mio. DM weniger an Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen ausgezahlt als noch 1994.

Trotz dieser Erfolge wird das BSHG übereinstimmenden Expertenmeinungen zufolge auch weiterhin bei der Finanzierung ambulanter Pflegeleistungen eine nicht unerhebliche Rolle spielen. „Beispielsweise ist Hilfe zur Pflege zu leisten an Pflegebedürftige, deren Grad der Pflegebedürftigkeit unterhalb der Stufe I liegt, d.h. bei Vorliegen der so genannten Stufe 0. Ebenso ist Hilfe zur Pflege in vollem Umfang zu leisten an Personen, die nicht Mitglied der Pflegeversicherung sind" (Stubig 1999: 53). Schließlich werden auch weiterhin in Abhängigkeit vom Einkommen und Vermögen ergänzende Hilfen bei Pflegebedürftigen zu leisten sein, deren Bedarf die von der Pflegeversicherung gewährten Höchstbeträge übersteigt.

Insgesamt ist die Finanzierung ambulanter Pflege aufgrund ihrer Komplexität und ihrer Zersplitterung in unterschiedliche Finanzierungsquellen seit langem Gegenstand von Kontroversen. Kritisiert wird beispielsweise, dass sich aus den unterschiedlichen Finanzierungsquellen und der ihnen eigenen Logik ein Zwang zur Segmentierung und Fragmentierung pflegerischen Handelns ergibt. Zum Zweck der Finanzierung muss Pflege nach sozialrechtlichen Kriterien in Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aufgeteilt und den jeweils verantwortlichen Leistungsträgern zugewiesen werden. Ursächlich hierfür ist, dass Pflege im Sozialrecht bislang „begrifflich kategorial und operational im Hinblick auf Pflegehandlungen weder theoretisch noch empirisch pflegewissenschaftlich geklärt" (Beikirch; Korporal i. E.) ist. Ambulante Pflegeleistungen werden derzeit somit primär durch sozialrechtliche und weniger durch pflegewissenschaftliche Relevanzkriterien determiniert.

Dies führt u.a. zu einer mangelnden Berücksichtigung von Bedarfsgesichtspunkten in der ambulanten Pflege. Am Defizitmodell ausgerichtet wird Pflege in den Gesetzeswerken zumeist auf körperbezogene Aspekte reduziert und von den Leistungsträgern lediglich ausschnitthaft finanziert. Wichtige pflegerische Leistungsbestandteile, die für eine bedarfsgerechte Pflege unverzichtbar sind (z.B. sozialkommunikative Leistungen, Beaufsichtigung), werden von vornherein ausgeblendet oder nachrangigen Leistungsträgern (z.B. den Sozialhilfeträgern) zugewiesen. Andere Leistungen – beispielsweise präventive, rehabilitative und anleitende Aktivitäten – werden nur in sehr

[17] Im stationären Bereich stellt sich die Situation deutlich anders dar (vgl. hierzu Rothgang & Vogler 1999; Stubig 1999 sowie die Ausführungen zur stationären Versorgung in diesem Bericht).

begrenztem Umfang berücksichtigt. Auch Ressourcenorientierung, Förderung präventiver Potenziale und Reautonomisierung der Pflegebedürftigen wird beeinträchtigt.[18]

Die sich aus der komplexen Finanzierungsstruktur ergebenden Abgrenzungsprobleme sind ebenfalls Gegenstand von Kritik. Insbesondere zwischen Kranken- und Pflegeversicherung zeichnen sich derzeit Verschiebungen ab, die auf eine Reduzierung der für die ambulante Pflege zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen hinauslaufen (Meier 1997). Dass diese Befürchtungen keineswegs unbegründet sind, zeigt sich an der derzeitigen Diskussion über den Leistungskatalog häuslicher Krankenpflege. Bereits jetzt werden Leistungsumfang und -inhalt der häuslichen Krankenpflege „zugunsten der Verlagerung grundpflegerischer und medizinisch-behandlungspflegerischer Leistungen in den Bereich der sozialen Pflegeversicherung restriktiver gehandhabt. Leistungskategorien der häuslichen Krankenpflege werden dabei deutlich enger gefasst" (Beikirch; Korporal i. E.), was sich vor allem auf die Versorgung chronisch Kranker negativ auswirken dürfte. Noch konfliktträchtiger stellt sich die Situation bei der Sicherstellung von rehabilitativen Leistungen dar.

Schließlich wird auch strukturellen Gestaltungsaufgaben bislang zu wenig Beachtung geschenkt. Sollen Unterversorgungserscheinungen, Drehtüreffekte und somit vermeidbare Wiedereinweisungen verhindert werden, muss der Abbau stationärer Leistungsangebote mit einem Ausbau und einer Weiterentwicklung ambulanter Pflege parallelisiert werden. „Mit Leistungseinschränkungen und erhöhten Zuzahlungen bei häuslicher Krankenpflege, Heilmitteln, Fahrtkosten und ambulanter Rehabilitation werden Glieder in der Prozesskette der Patientenversorgung (...) beeinträchtigt, die zur Vermeidung und zur Verkürzung von Krankenhausbehandlung – auch in der Zeit zwischen Krankenhausentlassung und dem Leistungsbeginn der Pflegeversicherung – unbedingt notwendig sind" (Knieps 1998: 137). Den Auf- und Ausbau ambulanter Pflege allein der Pflegeversicherung zu überantworten, dürfte angesichts der spezifischen Zielrichtung und Ausgestaltung dieses Leistungsgesetzes somit einer verkürzten Strategie gleichkommen, die mehr Probleme schaffen als lösen könnte.

Den sich im Alltag ambulanter Pflege stellenden Herausforderungen ist die zersplitterte Finanzierungsstruktur nach übereinstimmenden Expertenmeinungen nicht gewachsen. Eine kritische Revision und Reform der Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege, die durch pflegewissenschaftliche Kriterien fundiert ist und Bedarfsgesichtspunkten größere Aufmerksamkeit schenkt als bislang, zählt somit zu den zentralen sozial- und gesundheitspolitischen Aufgaben der Zukunft. Dies umso mehr, als die Finanzierungsgrundlagen ambulanter Pflege – wie nachfolgend erkennbar – erhebliche Auswirkungen auf die infrastrukturelle Entwicklung dieses Arbeitsbereichs haben.

(b) Entwicklungsstand und -trends in der ambulanten Pflege

Hinsichtlich der Infrastrukturen im ambulanten Pflegebereich ist vor allem auf die in Reaktion auf die Pflegeversicherung erfolgte und in ihren Ausmaßen beachtliche mengenmäßige Ausweitung ambulanter Pflegedienste hinzuweisen. Die in den Siebzigerjahren eingeleitete Transformation des Gemeindeschwestern-Modells in eine betrieblich organisierte Form der Leistungserbringung und die durch die Sozialstationen-Programme der Bundesländer in Gang gesetzte Expansion der ambulanten Pflege vollzog sich zunächst noch relativ langsam. Erst in den 90er Jahren hat sich diese Entwicklung beschleunigt. Zwischen 1993 und 1995 stieg die Zahl der Sozial- und Diakoniestationen bundesweit von ca. 4 000 auf weit über 6 000 (Vüllers-Krohn 1995; BAG der freien Wohlfahrtspflege versch. Jahrgänge). Unmittelbar vor und kurz nach Einführung der Pflegeversicherung ist die Zahl der ambulanten Pflegedienste sprunghaft auf über 11 000 Dienste gestiegen (Gerste & Rehbein 1998; Statistisches Bundesamt 1997; Statistisches Bundesamt 1998). Mit einiger Berechtigung ist davon auszugehen, dass der Höhepunkt der Betriebsgründungen überschritten ist.[19] Gleichzeitig verdichten sich die Hinweise auf einen aufkommenden Verdrängungswettbewerb zulasten von zumeist kleineren Anbietern.

Traditionell befand sich die überwiegende Zahl der ambulanten Pflegedienste in der Hand freigemeinnütziger Träger. Seit Einführung der Pflegeversicherung sind auch hier Verschiebungen erkennbar. Der stärkste Zuwachs ist bei den privatwirtschaftlich getragenen Einrichtungen zu verzeichnen, sie stellen bundesweit inzwischen mehr als die Hälfte aller ambulanten Pflegeanbieter. Öffentliche Träger spielen im ambulanten Pflegemarkt mit einem Anteil von 5 Prozent lediglich eine untergeordnete Rolle (Tabelle 6). Die Tatsache, dass die absolute Zahl der Pflegedienste zugenommen hat, ist allein nur bedingt aussagekräftig. Für eine Bewertung des Entwicklungsstands gilt es zudem, die zwischenzeitlich erreichte Versorgungsdichte in den Blick zu nehmen. Sie wird pauschal anhand des vorgehaltenen Personals umgerechnet auf die Zahl der zu versorgenden Einwohner ermittelt. Bedarfs-

[18] Wie wichtig hier eine Kurskorrektur ist zeigt eine Modellrechnung des KDA, die zu folgendem Ergebnis kommt: „In dem überschaubaren Zeitraum von Ende 1997 bis Ende 2010 ist ein Anstieg der Zahl der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung von rund 1,75 Mio. um circa 16 Prozent auf 2,036 Mio. Ende 2010 zu erwarten, falls es nicht durch Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern" (Rückert 1998: 32; vgl. auch 3.1.4).

[19] Einer bei Redaktionsschluss noch unveröffentlichten, im Auftrag des Vincentz-Verlags Hannover vom Marmas-Institut Bonn durchgeführten Untersuchung zufolge soll die Zahl der Pflegedienste bis 1999 sogar schon von auf über 13 000 ambulanten Pflegediensten angestiegen sein (unveröffentlichtes Handout aus dem Kongress „Altenpflege 2000"). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß ein „Überangebot" an ambulanten Diensten vom Gesetzgeber durchaus beabsichtigt ist, um so einen geschlossenen Markt der zugelassenen Pflegeeinrichtungen zu verhindern und den Wettbewerb unter den Leistungsanbietern zu fördern (vgl. Bundestagsdrucksache 12/5262, 136).

Tabelle 3-5: Beschäftigte in ambulanten Pflegeeinrichtungen (in Prozent)

Zahl der Beschäftigten	1	2-5	6-10	11-20	21-50	> 50
Anzahl ambulanter Dienste (Angaben in %)	4,4	30,0	24,6	21,8	14,8	4,4

Quelle: WIdO-Studie, Gerste & Rehbein 1998: 17.

Tabelle 3-6: Ambulante Pflege: Versorgungsdichte im Vergleich der Bundesländer

Bundesland	Versorgungsquote je 1.000 Einwohner Basis: Kopfzahl	Vollzeit-Äquivalente	Anteil des Vollzeitpersonals an allen Beschäftigten (in %)	Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (in %)
Berlin	3,9	2,5	35,4	13,7
Brandenburg	2,9	2,2	53,9	13,0
Bremen	3,1	1,9	33,7	17,6
Hessen	1,8	1,1	46,0	15,7
Meckl.-Vorpommern	1,0	0,7	61,6	12,0
Niedersachsen	2,4	1,5	34,7	16,0
Rheinland-Pfalz	2,3	1,5	46,3	16,3
Saarland	2,4	1,5	38,1	16,5
Sachsen	0,8	0,6	66,1	16,6
Sachsen-Anhalt	1,6	1,3	61,9	15,1
Schleswig-Holstein	2,7	1,6	35,9	16,0
Thüringen	1,8	1,5	67,7	14,7
Gesamt*:	2,2	1,4	43,8	15,4

* ohne die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg und Nordrhein-Westfalen

Quelle: WidO-Studie, Gerste & Rehbein 1998: 24 f. (Eigene Darstellung)

orientierte und regional ausdifferenzierte Berechnungsmodelle für die Beurteilung der Versorgungsdichte existieren bisher nicht. Problematisch ist zudem, dass vorliegende Angaben über den Personalbestand ambulanter Dienste selten auf Vollzeitäquivalente umgerechnet werden und aufgrund der in diesem Bereich häufig anzutreffenden Teilzeitbeschäftigung nur beschränkte Aussagekraft besitzen. Zudem liegen lediglich unvollständige Daten vor, d. h. dokumentierte und öffentlich zugängliche Angaben aus einzelnen Bundesländern sind fragmentarisch oder fehlen völlig.

Eingedenk dieser Unsicherheitsgrade ist bezogen auf die Größe der Dienste festzustellen, dass ambulante Pflegedienste gemessen an der Zahl der beschäftigten Mitarbeiter generell kleiner sind als vollstationäre Versorgungseinheiten und private Anbieter wiederum kleiner als freigemeinnützige oder öffentliche.

Die Größe der ambulanten Dienste schwankt zwischen 5 (Mecklenburg-Vorpommern) und 40 Mitarbeitern (Berlin), womit sich bereits die erheblichen Varianzen hinsichtlich der Versorgungsdichte zwischen den einzelnen Bundesländern andeuten. Werden die Bundesländer differenziert betrachtet (Tabelle 3-6), bildet Sachsen mit einer Versorgungsquote von 0,8 Beschäftigten pro 1 000 Einwohnern das Schlusslicht unter den Ländern. Die höchste Versorgungsquote mit 3,9 Beschäftigte auf 1 000 Einwohner wurde für den Stadtstaat Berlin ermittelt. Neben Berlin heben sich auch Bremen und Brandenburg vom Durchschnitt von 2,2 Beschäftigten pro 1 000 Einwohner ab.

Noch größer sind die regionalen Unterschiede, wenn die so ermittelten Versorgungsquoten in Relation zum Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung betrachtet werden. Erneut zeigt sich, dass sich die Versorgungsdichte in Sachsen unterproportional zum Anteil der älteren Bevölkerung verhält, wohingegen der Stadtstaat Berlin eine besonders gute Relation der beiden Werte zueinander erkennen lässt. Insgesamt liegt die Versorgungsdichte – mit Ausnahme des Bundeslandes Brandenburg – in den neuen Bundesländern fast durchweg unter der in

den alten Bundesländern.[20] Eine Ausnahme hiervon bildet lediglich das alte Bundesland Hessen: dort liegt das Verhältnis von Versorgungsquote und Anteil der älteren Bevölkerung noch unter dem des Nachbarlandes Thüringen.

Basierend auf den vorliegenden Daten ist somit ein West-Ost-Gefälle in der Versorgungsdichte zu konstatieren, das möglicherweise damit erklärt werden kann, dass in den neuen Bundesländern – dem westdeutschen Modell folgend – erst nach der „Wende" mit dem Aufbau von Sozialstationen und ambulanten Pflegediensten begonnen wurde.[21] Dieses Ungleichgewicht in der Versorgungsdichte sollte dennoch nicht unterschätzt werden, zumal bereits verschiedentlich auf die in Ost- und Westdeutschland unterschiedlichen Bedarfslagen hingewiesen wurde (Deutscher Bundestag 1994, Schwitzer 1993). Demnach sind in den neuen Bundesländern nicht nur die informellen Hilfepotenziale geringer ausgeprägt, auch die finanziellen Möglichkeiten und Spielräume hinsichtlich der „Zuzahlung" für pflegerische Leistungen sind eingeschränkt.

Das formale Leistungsangebot ambulanter Pflege setzt sich aus unterschiedlichen Pflegeleistungen zusammen, die aufgrund einschlägiger normativer Bestimmungen – wenngleich auch in unterschiedlichem inhaltlichen und zeitlichen Umfang – von öffentlich-rechtlichen Leistungsträgern (Gesetzliche Kranken- und Pflegekassen, aber auch Sozialhilfeträger) finanziert werden. Hierzu gehören im Wesentlichen: (1) behandlungspflegerische Leistungen, d.h. Leistungen, die der Erreichung des medizinischen Zwecks der Heilbehandlung oder der Linderung einer Krankheit im therapieresistenten Stadium dienen (Eicher 1990); (2) grundpflegerische Leistungen, d.h. Hilfen „bei der Befriedigung von körperlichen, seelischen oder geistigen Grundbedürfnissen (Grundbedarf)" (BSG vom 30. September 1993 – 3 RK 1/92 – NZS 1994: 130, 133); (3) hauspflegerische bzw. hauswirtschaftliche Leistungen, d.h. „die auf die Versorgung des Versicherten gerichteten Tätigkeiten, insbesondere Vor- und Zubereitung von Mahlzeiten, Spülen und Putzen, Herrichten der Wäsche, Einkäufe" (ebd., 14). Durch die Einführung der Pflegeversicherung wurde dieser traditionelle Leistungskatalog durch Beratungs- und Anleitungsleistungen ergänzt. Sie sollen die Qualität der durch Angehörige und Laienkräfte durchgeführten häuslichen Pflege sicherstellen (§ 37 SGB XI) und die als Pflegepersonen bezeichneten Helfer durch Schulungen in Form von Pflegekursen oder durch Einzel-anleitung direkt am Pflegebett für ihre Aufgaben befähigen (§ 45 SGB XI).[22]

Durch diese Aufteilung wird den Pflegeleistungen in Verbindung mit inhaltlich weitgehend definierten Leistungskatalogen und -komplexen aus sozialrechtlicher Sicht eine abstrakte Regelhaftigkeit verliehen, die eine Zuordnung zu unterschiedlichen Leistungsträgern (z.B. Pflege- und Krankenversicherung) erlaubt. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht und insbesondere aus Sicht der Nutzer erweist sich die Trennung in grund- und behandlungspflegerische sowie hauswirtschaftliche und komplementäre psychosoziale Leistungen jedoch als „theoretisches Konstrukt" (Garms-Homolová & Schaeffer 1992: 53), das im Alltag zahlreiche Abgrenzungs- und Definitionsprobleme aufwirft (vgl. z.B. Schwarzmann 1999). Viele der ausgetauschten Argumente für oder wider die Zuordnung einzelner Pflegeleistungen zu einer bestimmten Leistungsart (z.B. Grund- oder Behandlungspflege) sind aus pflegewissenschaftlicher Sicht unzureichend belegt, lassen sich empirisch kaum legitimieren und scheinen vorwiegend administrativen, sozialrechtlichen oder berufspolitischen Motiven geschuldet zu sein (vgl. Igl 1995).

Das reale Leistungsangebot der ambulanten Dienste weicht von dem gesetzlich verankerten Leistungskatalog nur unwesentlich ab. Lediglich der Verleih von Hilfsmitteln und die Vorhaltung von Hausnotruf- und Mahlzeitendiensten ergänzen das formale Leistungsangebot. Selbst die Abhaltung von Pflegekursen und damit die Wahrnehmung von Anleitungsaufgaben gehört laut Selbstauskunft bei nur wenig mehr als der Hälfte aller ambulanten Dienste zum Angebot (Gerste & Rehbein 1998: 38). Seit langem wird beklagt, dass dieses Leistungsangebot ambulanter Pflegedienste zu beschränkt ist und sich vorwiegend an den gesetzlich definierten Leistungskatalogen und den damit verbundenen Finanzierungsmöglichkeiten orientiert, statt an den Problemlagen ihrer Klientel. Die in anderen Ländern bereits realisierte Umorientierung zu einer an den Bedarfslagen potenzieller Nutzer ausgerichte-

[20] Als zusätzlich problematisch könnte sich für die ostdeutschen Länder erweisen, daß dort ein Großteil der Mitarbeiter ambulanter Dienste über AB-Maßnahmen finanziert wurde – rund 50 Prozent der Stellen in freigemeinnützigen Einrichtungen waren 1992 mit diesen Kräften besetzt (Damkowski et al. 1997, 20). Nachdem diese Fördermaßnahmen inzwischen weitgehend ausgelaufen sind, ist eine partielle Unterversorgung mit ambulanten Pflegeleistungen in den neuen Ländern zumindest nicht auszuschließen.

[21] In der ehemaligen DDR waren Gemeindeschwestern – angesiedelt an den dortigen Polikliniken und Ambulatorien – für die ambulante gesundheitspflegerische Versorgung der Bevölkerung zuständig. Ausgehend von ca. 5000 staatlichen und ca. 100 konfessionell gebundenen Gemeindeschwesternstationen wurde die Versorgung der Bevölkerung regional organisiert. Ergänzend hierzu wurden hauswirtschaftliche Leistungen meist über die Volkssolidarität sichergestellt. Daneben existierte noch eine betrieblich gestützte Versorgung mit pflegerischen und gesundheitsrelevanten Leistungen. Zwischen 1990 und 1992 wurde das ostdeutsche Gemeindeschwesternmodell von anfänglich rund 1 000 Sozialstationen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrt abgelöst (Damkowski et al. 1997). Beim Auf- und Ausbau ambulanter Dienste nach westdeutschem Vorbild war in Ostdeutschland zunächst ein nicht unerheblicher Qualifikationsbedarf in der Pflege zu beantworten. Diese Aufgabe wurde inzwischen erfolgreich angegangen und damit ein weitgehend vergleichbares Qualifikationsniveau zwischen Ost und West geschaffen (Schwitzer 1993, Garms-Homolová 1992). Die dadurch verursachten Entwicklungsverzögerungen sind jedoch bei der Beurteilung der Versorgungsdichte in der ambulanten Pflege zu bedenken.

[22] Hinzuweisen ist darauf, dass auch hier auf ein relativ verengtes Pflegeverständnis zurückgegriffen und Anleitung und Beratung lediglich auf bestimmte pflegerische Situationen bzw. simulierte Pflegesituationen (z.B. in Pflegekursen) eingeengt wird. Von dem anglo-amerikanischen Verständnis, wonach Pflege immer ein Lern- und Anleitungsprozess ist ("nursing is teaching") und Anleitung und Beratung somit konstitutive Bestandteile pflegerischen Handelns sind, sind diese Ansätze noch weit entfernt.

ten Gestaltung des pflegerischen Leistungsprofils steht hierzulande noch aus.

In der Regel wollen ambulante Pflegedienste mit ihrem Leistungsangebot unterschiedliche Nutzergruppen ansprechen. Einer Befragung von Gerste/Rehbein (1998) zufolge zielt das Leistungsangebot bei 84,2 Prozent der Dienste auf körperlich eingeschränkte und behinderte Menschen. Immerhin 76,5 Prozent adressieren sich Eigenangaben zufolge zudem an geistig behinderte Menschen und 73,6 Prozent an chronisch psychisch Kranke. Auch die Versorgung von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen zählt laut Angabe der Dienste bei einem Großteil von ihnen zum Angebot: Insgesamt 70,4 Prozent der Dienste beanspruchen Multiple-Sklerose-Kranke, 55,4 Prozent auch Apalliker und sogar 52,6 Prozent Menschen mit HIV und Aids zu versorgen (Gerste & Rehbein 1998: 37).

Derzeit lassen sich die Nutzer ambulanter Pflege lediglich grob anhand der im Kontext der Pflegeversicherung verfügbaren Daten charakterisieren, die jedoch keine nähere Differenzierung zwischen Geld-, Sach- und Kombinationsleistungsempfängern gestatten:

- Unter den Leistungsbeziehern im häuslichen Bereich überwiegen alte und hochbetagte Menschen. Die 85- bis 90-Jährigen machen mit ca. 19,4 Prozent die größte Gruppe aus, gefolgt von den 80- bis 85-Jährigen, die ca. 13,7 Prozent der Nutzer stellen.
- Der größte Teil der zu Hause versorgten Leistungsbezieher – insgesamt 607 188 Personen – erhielt Ende 1998 Leistungen nach der Pflegestufe I („erheblicher Pflegebedarf"), weist also verhältnismäßig leichten Hilfe- und Pflegebedarf auf. Leistungen nach der Pflegestufe II erhielten 463.721 Personen, bei der Stufe III waren es 135 573 (s. Kapitel 3.1.4).
- Frauen überwiegen in der Klientel ambulanter Pflege und so auch bei den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung. Nahezu 65 Prozent der Leistungsempfänger waren Ende 1998 Frauen. Wird die geschlechtsspezifische Verteilung in den einzelnen Pflegestufen betrachtet, zeigt sich ein leicht abweichendes Bild. Zwar ist der Anteil der Frauen in allen Pflegestufen höher als der der Männer, nimmt aber mit höherer Pflegestufe tendenziell ab. So beträgt der Frauenanteil in der Pflegestufe I insgesamt 67,5 Prozent, sinkt in der Pflegestufe II auf 62,5 Prozent und in der Pflegestufe III auf 59,5 Prozent. In Korrespondenz dazu steigt der Anteil der Männer von 32,5 Prozent in der Pflegestufe I auf 37,5 Prozent in der Pflegestufe II und sogar 40,5 Prozent in der Pflegestufe III (Statistisches Bundesamt 1998).
- Charakteristisches Merkmal der Klientel sind Auswertungen einer Zufallsstichprobe des MDS zufolge multiple Funktionseinschränkungen, zumeist bedingt durch chronisch degenerative Erkrankungen. Sowohl bei den Männern wie Frauen überwiegen Krankheiten des Kreislaufsystems. Sie machen mehr als 20 Prozent aus. Werden psychiatrische Erkrankungen und Krankheiten des Nervensystems zusammen betrachtet, ist ihr Anteil nicht minder hoch: Bei den ambulant versorgten pflegebedürftigen Männern leiden 24,1 Prozent und bei den Frauen 22 Prozent unter diesen Krankheiten. Psychische Störungen stellen somit auch in der häuslichen Pflege ein nicht zu unterschätzendes Problem dar. Bemerkenswert ist des Weiteren, dass bei immerhin 13,5 Prozent der Männer Tumorerkrankungen vorliegen. Sie spielen bei den Frauen unter den häufigsten Krankheitsbeschwerden nur eine geringe Rolle. Von ihnen leiden 19,6 Prozent unter Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen (mündliche Mitteilung des MDS).

Alte Menschen, vorwiegend Frauen mit multiplen Funktionseinschränkungen, meist bedingt durch chronische und degenerative Erkrankungen bilden diesen Daten zufolge die Mehrheit der Klientel der Dienste. Dies bestätigen auch qualitative Studien (Gabanyi 1997; Schmidt 1999; Ewers & Schaeffer 1999; MAGS 1995). Daher ist zu fragen, ob die ambulante Pflege ihnen gerecht zu werden vermag und die hier bereitgestellten Ressourcen eine der Problematik und Situation ihrer Klientel entsprechende Versorgung ermöglichen. Dem wird im Folgenden unter Beachtung der in diesem Sektor erfolgten Reformbemühungen nachgegangen.

(c) Leistungsfähigkeit und Grenzen ambulanter Pflege nach Einführung des SGB XI

Annähernd 16 Prozent der auf Fremdhilfe und Pflege angewiesenen älteren und alten Menschen in Privathaushalten werden ergänzend zu familialer Hilfe oder ganz von ambulanten Pflegediensten versorgt. Die meisten dieser Dienste sind im Zuge des in den letzten 20 Jahren erfolgten Ausbaus ambulanter Pflege entstanden. Ihre Leistungsmöglichkeiten waren zunächst dadurch beschränkt, dass ihre strukturellen Rahmenbedingungen an Maßstäben der Akutversorgung ausgerichtet waren. Der Problematik der sich alsbald als Hauptnutzergruppe herauskristallisierenden alten Menschen konnten sie daher nicht gerecht werden. Deren Bedarf an langfristiger oder gar dauerhafter Unterstützung durch Pflege und an integrierten Hilfen bei bestehenden Selbstversorgungseinbußen kollidierte vor allem mit den auf kurzfristige Hilfe ausgerichteten Finanzierungsmöglichkeiten (vgl. hierzu 3.2.5.2). Für viele alte Menschen, die „nur" Pflegebedarf aufwiesen und nicht im Rahmen einer Krankheitsbehandlung pflegerisch versorgt werden mussten, bestanden daher Schwierigkeiten, überhaupt in den Genuss von Mitteln der Krankenversicherung zu gelangen, und für die große Gruppe der chronisch Kranken unter ihnen war es kaum möglich, der Langfristigkeit ihres Pflegebedarfs sowie ihrem Bedarf an mehrdimensionalen Hilfen gerecht zu werden. Eine Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär" war daher nur bedingt möglich.

Mit dem 1995 verabschiedeten Pflegeversicherungsgesetz hat sich diese Situation verändert. Seither besteht erstmals die Möglichkeit, Pflegebedürftigkeit langfristig abzusichern, ohne dafür in großem Umfang auf privates Einkommen oder gar Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen

zu müssen. Pflege wird seitdem auch als eigenständige Leistung gewährt, womit zugleich dem Schattendasein der Pflege als Appendix zur Krankenbehandlung ein Ende gesetzt wurde. Zudem wurde der Vorrang ambulanter Versorgungsformen gesetzlich festgeschrieben, ebenso der Vorrang von Prävention und Rehabilitation vor Pflege. Darüber hinaus wurden Anreize zur Ausweitung des Angebotsspektrums und der bis dahin eng gesteckten Grenzen pflegerischen Handelns gesetzt, um auf diese Weise die Vorhaltung eines Leistungsangebots zu stimulieren, das dem gesamten Bedarfsspektrum entspricht und den Erhalt autonomer Lebensführung sichert. Über Bedarfsgerechtigkeit hinaus sollte den Bedürfnissen Pflegebedürftiger entsprochen und insgesamt die Position der Nutzer bzw. Konsumenten gestärkt werden – ein in Anbetracht der lange währenden Diskussion über unzureichende Patientenorientierung im hiesigen Gesundheitswesen in hohem Maß innovatives Element. Inwieweit die Erreichung dieser Ziele – Verbesserung der Zugänglichkeit, Erweiterung des Leistungsangebots im ambulanten Pflegesektor, Bedarfsgerechtigkeit des Leistungsgeschehens, Bedürfnis- und Nutzerorientierung – gelungen ist und welche Herausforderungen noch zur Lösung anstehen, wird nunmehr erläutert.

Verbesserung der Zugänglichkeit/Erreichbarkeit

Für viele ältere Menschen hat sich die Pflegesituation durch die Gesetzesreformen deutlich entspannt und zweifelsohne auch verbessert. Pflegebedürftige mit dauerhaften Einschränkungen der Selbstversorgungsfähigkeit haben seither direkt, ohne den Weg über die Medizin, d. h. die niedergelassenen Ärzte, nehmen zu müssen, Zugang zur pflegerischen Versorgung und verfügen über Anspruch auf Leistungen nach dem SGB XI. Doch obwohl der Kreis der Anspruchsberechtigten beträchtlich ist, gelangen nicht alle Pflegebedürftigen in den Genuss von Leistungen der Pflegeversicherung. Personen, die nur leichte Beeinträchtigungen aufweisen, sind von den Leistungen ausgeschlossen (sog. Pflegestufe 0). Dazu gehören gerade die Älteren, die von einer aktivierenden und präventiv angelegten Pflege am meisten profitieren würden. Auch Personen, deren Versorgungsbedarf von den somatisch orientierten Kriterien für Leistungsansprüche nicht erfasst wird (z. B. psychisch Erkrankte, die ständige Orientierungshilfen und eine sog. allgemeine Beaufsichtigung benötigen), haben nicht hinreichend Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Die Konsequenz: auch sie werden nicht frühzeitig genug erreicht, um durch präventive Pflege zur Stabilisierung der häuslichen Situation und Aufrechterhaltung selbstständiger Lebensführung beitragen zu können.

Durch die Pflegeversicherung wird Pflegebedürftigen im Allgemeinen die Möglichkeit gegeben, einen Pflegedienst ihrer Wahl zu nutzen und ihn nicht mehr ungefragt zugewiesen zu bekommen – ob dessen Profil ihren Wünschen und Vorstellungen entspricht oder nicht. Die zurückliegenden Erfahrungen zeigen, dass die neu eröffneten Wahlmöglichkeiten in der Tat genutzt werden. Qualitativen Studien zufolge kam es damit einhergehend zu einer Veränderung der Zugangswege zur Pflege (Ühlein & Evers 1999; Becker et al. 1998). Viele der Nutzer gelangen nicht mehr über das Krankenhaus oder den niedergelassenen Arzt an Pflegedienste, sondern wenden sich direkt an die Dienste. Besonders ältere Nutzer aber sind von den mit der Einführung von Marktelementen entstandenen Zugangswegen überfordert. Sie können das Marktangebot oftmals nicht überschauen. Die Schaffung weiterer Informationsmaterialien und Beratungsangebote dürfte ihre Situation zweifelsohne erleichtern. Dennoch werden diese Maßnahmen nicht ausreichend sein. Viele Ältere benötigen darüber hinaus eine Instanz, die Mittler- bzw. anwaltschaftliche Schutzfunktionen einnimmt und ihnen auf dem Weg durch die Vielfalt der Pflegelandschaft behilflich ist (z. B. in Form des klinischen Case Management, vgl. hierzu Ewers & Schaeffer 2000). Das gilt insbesondere für all diejenigen, die nicht über Angehörige verfügen, die diese Funktion wahrnehmen könnten oder deren Angehörige von ihr überfordert sind.

Erweiterung des Leistungsangebots

In Reaktion auf die mit dem Pflegeversicherungsgesetz gesetzten Anreize zur Ausweitung des Leistungsangebots stieg die Zahl ambulanter Pflegedienste sprunghaft an. Älteren Menschen steht damit ein größeres Netz an Pflegeeinrichtungen und ein dichteres bzw. umfangreicheres pflegerisches Versorgungsangebot zur Verfügung. So unbestreitbar dieser Erfolg ist, so sehr zeigen sich auch Schattenseiten. Der hohen Zahl an Existenzneugründungen steht gegenüber, das auch Konkurse zunehmen. Für alte Menschen bedeutet dies, dass sie keineswegs sicher sein können, auf ein gleichförmiges und stabiles Marktangebot zu treffen und ebenso, dass sich die Unübersichtlichkeit des Angebots verschärft.

Die Erweiterung des Leistungsangebots im ambulanten Pflegesektor ist bislang auf eine quantitative Ausweitung ambulanter Pflege beschränkt. Eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums in der ambulanten Pflege und eine Ausweitung fachlicher Kapazitäten steht noch aus. So ist beispielsweise die erwartete Neugründung weiterer Spezialpflegedienste weitgehend ausgeblieben bzw. auf einige wenige Bereiche begrenzt. Auch die Reichweite der zur Regelversorgung gehörenden ambulanten Pflegedienste hat sich kaum verändert, wie ein Blick auf die Angebotsprofile bestätigt. Bundesweit betrachtet haben sie bis heute relativ einheitlichen Charakter, sind nach wie vor verhältnismäßig eng konturiert und mehr durch die Möglichkeiten der Finanzierung als durch Bedarfsgesichtspunkte determiniert. Seine Ursache hat dies u.a. darin, dass die Forderung nach Bedarfsorientierung der Versorgungsgestaltung hierzulande noch nicht hinreichend Eingang in die Versorgungspraxis gefunden hat (Schaeffer 1999). Sie wird zugleich dadurch unterminiert, dass sich die überwiegende Zahl der Dienste derzeit zentrale Marktbereiche oder – anders formuliert – auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten" und solche Bedarfsproblematiken konzentriert, die mit den gegebenen Finanzierungsmöglichkeiten unschwer in Übereinstimmung zu bringen sind. Pflegebedürftige mit abweichenden Problem- und Bedarfslagen treffen somit vielerorts auf zu wenig Beratung und nicht genügend

anspruchsvolle Angebots- und Leistungsprofile. Ein weiterer Nachteil der Konzentration vieler Pflegedienste auf den „klassischen Pflegeversicherungspatienten" besteht darin, dass sie ihr Leistungsangebot auch dann einseitig aufgrundpflegerische und hauswirtschaftliche Hilfen begrenzen, wenn die Bedarfssituation umfassender ist oder sich im Verlauf der Zeit verändert – sei es in quantitativer oder qualitativer Hinsicht. Alte Menschen können in vielen Diensten somit ein standardisiertes Leistungspaket erwarten, jedoch keine hinreichend flexiblen Reaktionen auf ihre individuelle Situation und ebenso wenig auf Veränderungen ihrer Bedarfssituation.

Für die Zukunft ist daher notwendig, die Ausdifferenzierung des Leistungsspektrums ambulanter Pflege zu forcieren und auf Ausbildung von Angebotsstrukturen zu drängen, die der gesamten Breite und Tiefe des Bedarfsspektrums in der ambulanten Versorgung entsprechen. Zugleich ist ein höheres Maß an Flexibilität seitens der ambulanten Pflege erforderlich, um der Individualität des Bedarfs alter Menschen entsprechen und individuelle Bedarfsveränderungen auffangen, aber auch um strukturellen Veränderungsprozessen begegnen zu können: Angespielt wird auf den möglichen zukünftigen Abbau weiterer stationärer Kapazitäten, der weit reichende Konsequenzen für die ambulante Pflege zeitigen wird.

Erhöhung der Bedarfsgerechtigkeit des Leistungsgeschehens

Alte Menschen bilden heute in vielen ambulanten Pflegediensten die Mehrheit der Klientel. Damit hat sich die bereits zuvor beobachtbare Geriatrisierung der Pflege verstärkt. Die Qualifikationsprofile halten mit dieser Entwicklung indes nicht Schritt. Nach wie vor fehlt es an gerontologischer Kompetenz im Bereich der ambulanten Pflege. Qualifikationsprobleme zeigen sich auch in anderer Hinsicht. So verfügt die Mehrzahl der in der ambulanten Pflege tätigen Pflegekräfte über eine Ausbildung, die nicht auf die besonderen Anforderungen in der ambulanten Versorgung ausgerichtet ist. Auch der Bedeutungsgewinn der ambulanten Pflege – Resultat der erreichten Fortschritte bei der Umsetzung der Prämisse „ambulant vor stationär" und der mit ihm einhergehende Anforderungsanstieg - stößt nicht auf adäquate qualifikatorische Voraussetzungen.

Mit der Einführung der Pflegeversicherung wurde u.a. das Ziel verfolgt, das Leistungsgeschehen im ambulanten Pflegesektor stärker als bislang an die Problemsituation Pflegebedürftiger anzupassen. Ein wichtiger in diese Richtung weisender Schritt ist die Abkopplung des Leistungsanspruchs vom Krankheitsfall. So begrüßenswert dieser Schritt ist, so sehr zeigt sich schon heute, dass er nicht ausreicht. Nicht nur Versicherungsansprüche, sondern auch das Spektrum der durch die Pflegeversicherung finanzierbaren professionellen Pflegeleistungen sind auf elementare körperliche Selbstversorgungsdefizite beschränkt. Dies behindert nicht nur eine „ganzheitliche" Pflege, sondern schreibt ein überholtes und verengtes Pflegeverständnis fest, das Pflege auf handwerkliche Tätigkeiten reduziert und damit die aus pflegewissenschaftlicher Sicht dringend notwendige Erweiterung des Pflegehandelns etwa um kommunikative, psycho-soziale und edukative Kompetenzen unterminiert. Für alte Menschen bedeutet dies, dass viele Gesundheitsbeeinträchtigungen und Einschränkungen bei der autonomen Alltagsbewältigung unberücksichtigt bleiben. Zukünftig ist es daher notwendig, über einen Neuzuschnitt der Leistungen der Pflegeversicherung nachzudenken und dabei intensiver als in der Vergangenheit pflegewissenschaftlich fundierte und empirisch gesicherte Erkenntnisse einzubeziehen.

Die Einführung der Pflegeversicherung ermöglicht erstmals eine ambulante Langzeitversorgung und trägt damit wichtigen Dimensionen des Unterstützungsbedarfs im Alter Rechnung. Inzwischen zeigt sich aber auch eine unerwünschte Wirkung dieser Akzentuierung. Sie bietet keine hinreichenden Anreize zur Entfaltung aktivierender und präventiver Potenziale für das pflegerische Engagement zur Unterstützung bei der Wiedererlangung einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung. Für die Pflegedienste gehören die Patienten zum „Betriebskapital"; mit ihrer Re-Autonomisierung laufen die Pflegedienste folglich Gefahr, ihre Patienten und damit ihr Kapital zu verlieren. Hier eine Veränderung einzuleiten ist unumgänglich (vgl. auch Knieps 1998: 137), denn für alte Menschen impliziert diese Situation, dass sie nunmehr Abhängigkeitstendenzen ausgesetzt sein können und ebenso, dass präventive und ressourcenorientierte bzw. -fördernde Pflege bislang eher Postulat denn Realität ist.

Viele der mit den Gesetzesreformen angestrebten Neuerungen wurden bislang nur sporadisch aufgegriffen und kaum umgesetzt. Dazu gehört auch die Prämisse „Rehabilitation vor Pflege". Zu deren Realisierung fehlt es im bundesdeutschen Gesundheitssystem an Durchlässigkeit zwischen den stark segmentierten Versorgungsbereichen, an ausreichenden Leistungsangeboten in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und nicht zuletzt an adäquaten finanziellen Anreizen. Abgesehen von diesen Strukturdefiziten konnte auch die Integration rehabilitativer Gesichtspunkte in das alltägliche Handeln der Gesundheitsprofessionen bislang nur ansatzweise erreicht werden. Das gilt auch für die ambulante Pflege. Ganz in diesem Sinn konstatierte Krohwinkel schon vor mehreren Jahren für die Pflege, dass die Entwicklung rehabilitativer Pflegekonzepte hierzulande noch in den Kinderschuhen steckt (Krohwinkel 1993) und es an den dazu notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen mangelt. Daher sind die der Pflege innewohnenden rehabilitativen Möglichkeiten und so auch die Chancen älterer Pflegebedürftiger, ein Stück Normalität und Autonomie in ihrem Alltag wiederzugewinnen, noch weitgehend ungenutzt.

Die Pflegeversicherung erfährt enorme Zustimmung seitens der Nutzer (Runde et al. 1996). Auf Unverständnis stößt ersten Studien und auch Praxisberichten zufolge jedoch die Tatsache, dass die Pflegeversicherung lediglich eine Grundsicherung darstellt. Pflegebedürftigen also nur ein Mindestmaß an Leistungen und Qualitätsstandards garantiert. Einer Untersuchung von Evers und Rauch (1998) zufolge reagieren die Betroffenen bislang sehr

zögerlich, wenn es gilt, über das finanziell gesicherte Maß an Hilfen hinausgehende Leistungen zur Bedarfsdeckung in Anspruch zu nehmen, insbesondere dann, wenn sie privat bezahlt werden müssen. Die Bereitschaft zur Zuzahlung ist bislang nicht sehr ausgeprägt, was sowohl für die Empfänger von Sachleistungen, mehr noch aber für die von Geldleistungen konstatiert wird (ebd. Blinkert & Klie 1999). Unterversorgung und zum Teil auch vermeidbare Krankenhauseinweisungen können die Folge sein.

Durchgängig positiv fällt auch die Beurteilung der ambulanten Pflege und die durch die Pflegeversicherung ermöglichte Versorgungsqualität aus der Sicht älterer Nutzer aus. Unterschiedlichen Untersuchungen zufolge wird sie als „sehr" oder „insgesamt zufrieden stellend" beurteilt (Blinkert & Klie 1999; Runde et al. 1996, Häberlein, Militzke & Sackmann 1996, v. Bandemer 1997, Becker et al. 1998). Ähnlich positiv fällt indes auch die Einschätzung des Versorgungsgeschehens in anderen Bereichen aus, etwa der Krankenhausversorgung oder der ambulanten medizinischen Versorgung (exemplarisch Schmidt, Lamprecht & Wittmann 1989; Aust 1994; Perschke-Hartmannn 2000), so dass fraglich ist, welchen Aussagewert diese Befunde haben. Exemplarisch wird hier sichtbar, dass Zufriedenheitsuntersuchungen allein noch keine hinreichenden Aufschlüsse für die Qualitätsbeurteilung zulassen. Werden die Äußerungen von Nutzern genauer betrachtet, so wird deutlich, dass der hohe Grad an Zufriedenheit mit der häuslichen Pflegesituation bei älteren Menschen unmittelbar mit ihrem Erwartungshorizont und der Alternative korrespondieren, andernfalls in eine stationäre Versorgungsform wechseln zu müssen. Auch wenn Kritik an der Pflege besteht, fällt die Gesamtbilanz älterer Menschen daher stets positiv aus, weil sie die „Gefahr der Heimversorgung" fürchten und ihr auf jeden Fall entgehen möchten (Becker et al. 1998). Allein aus diesem Grund sind negative Äußerungen zum Pflegegeschehen eher selten.

Wird dennoch Kritik geäußert, zeigt sich, dass älteren Nutzern allem anderen voran die Arbeitsweise ambulanter Pflegedienste Probleme beschert. Das beginnt damit, dass die telefonische Erreichbarkeit bemängelt wird: Viele der Pflegedienste sind nur zu den üblichen Geschäftszeiten zu sprechen und generell schlecht telefonisch erreichbar (Perschke-Hartmannn 2000). Auch die Einsatzzeiten der Dienste werden als unbefriedigend empfunden. In der Regel sind sie nicht am Tagesrhythmus der Patienten orientiert, sondern am Ziel einer möglichst effizienten betrieblichen Ablauforganisation. Die Patienten sind daher oftmals genötigt, ihren Tagesablauf an den Vorgaben der Pflegedienste auszurichten. Dies stößt gerade bei älteren Nutzern auf Kritik, weil sie in ihren Alltagsroutinen eingeschränkt werden (Becker et al. 1998; Schaeffer 1999). Als problematisch wird auch der häufige und unvorhersehbare Wechsel des Pflegepersonals erlebt (ebd.). Da in der ambulanten Pflege zumeist nach dem Rotationsmodell gearbeitet wird, werden die Pflegebedürftigen von einer ganzen Reihe an Pflegekräften betreut. Das hohe Maß an personeller Fluktuation wird als ausgesprochen belastend empfunden. Die Pflegebedürftigen sehen sich dadurch gezwungen, sich immer wieder auf andere Pflegepersonen einzustellen, und damit zurechtzukommen, dass ihre Privatsphäre Arbeitsplatz einer Vielzahl von Pflegenden ist und ihrer Intimität beraubt wird. Dies wird nicht nur als Minderung der Lebensqualität empfunden, sondern vermag speziell bei dementiell Erkrankten Desorientierungen hervorzurufen bzw. zu verstärken.

Wird demgegenüber gefragt, welche Erwartungen ältere Menschen an häusliche Pflege hegen, zeigt sich, dass der Wunsch nach einer festen Bezugsperson, zu der eine vertrauensvolle Bindung aufgebaut werden kann, für sie höchste Priorität hat (Schaeffer 1999; Wistow 1998). Andere wichtige Qualitätskriterien sind personelle Kontinuität, ein möglichst kleiner und überschaubarer Kreis an Helfern, Verlässlichkeit und Transparenz bzw. Gleichförmigkeit, womit vor allem auf die Zeitorganisation angespielt wird (ebd. Perschke-Hartmann 2000). Freundlichkeit und Einfühlungsvermögen sind weitere wichtige Wünsche älterer Nutzer, ebenso Verständnis für die Situation des Pflegebedürftigen und vor allem: Zeit. „Flitz und Spritz", „Schrubben", „Grobheit", „Flüchtigkeit", und andere Begleiterscheinungen von Zeitmangel werden nicht nur als qualitätsmindernd, sondern als kränkend erlebt. Das gilt auch, wenn die zumeist knappe vorhandene Zeit ihnen nicht wirklich gewidmet wird, sondern der Abarbeitung zu erbringender Pflegeleistungen und deren Dokumentation dient. Kompetenz und Expertise sind weitere Nutzerwünsche, rangieren aber hinter den genannten Bedürfnissen und Qualitätskriterien und beziehen sich weniger auf fachliches Know-how, als vielmehr ebenfalls auf den Umgang mit dem Pflegebedürftigen. Dies zeigt, dass die Realisierung einer aus Nutzersicht qualitativ hochwertigen ambulanten Pflege noch mit zahlreichen Entwicklungsherausforderungen verbunden ist und insbesondere auf der Ebene der Arbeitsorganisation und Leistungserbringung noch Wünsche offen lässt.

Als ein ebenfalls nicht in seiner Bedeutung zu unterschätzendes Problem erweist sich, dass ambulante Pflege als familienergänzende Leistung konzipiert ist. Gemeint ist, dass sie nicht als Substitut fungieren kann, sondern auf die Leistungen der Familie und des sozialen Netzes angewiesen ist. Vor allem für die häusliche Versorgung alleinlebender alter Menschen wirft dies kaum lösbare Schwierigkeiten auf. Um sie versorgen zu können, ist u. a. Netzwerkarbeit eine unumgängliche Voraussetzung. Gerade bei alten Menschen stehen nicht immer problemlos Hilferessourcen zur Verfügung: Oft ist das informelle Hilfepotenzial im Lauf der Zeit ausgedünnt; existente Hilfebeziehungen haben nur bedingt tragfähigen Charakter oder sind, wenn schließlich Pflegedienste hinzugezogen werden, bereits durch Erschöpfung gekennzeichnet. Der Aufbau funktionsfähiger, die Arbeit der Pflege ergänzender Hilfenetze ist daher mit hohem Organisationsaufwand und Zeit verbunden, für die in der Regel keinerlei Ressourcen zur Verfügung stehen. Hinzu kommt, dass die Pflege bei Alleinlebenden oft eine der wenigen Unterbrechungen während eines langen, in weitgehender sozialer Isolation und auf sich selbst gestellt verbrachten Tages ist. Zeitmangel wirkt sich bei ihnen besonders ungünstig aus,

weil wichtige menschliche Grundbedürfnisse, die über Kompensation und Hilfe bei körperbezogenen Selbstversorgungseinbußen hinausgehen, nicht befriedigt werden können. Bei diesen Patienten sind daher vermehrt problematische Versorgungs- und Pflegesituationen zu finden, die unter den gegebenen zeitlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nicht zufrieden stellend lösbar sind.

Ein großer Teil notwendiger Hilfeleistungen im Fall von Pflegebedürftigkeit wird seit jeher von Angehörigen erbracht. Mit Einführung der Pflegeversicherung wird der Beitrag pflegender Angehöriger erstmals gewürdigt und ihnen die Möglichkeit finanzieller Entschädigung geboten. Der große Zuspruch der Inanspruchnahme von Geldleistungen und Kombinationsleistungen zeigt, dass mit der Aufwertung der Angehörigenpflege zugleich wichtige Bedürfnisse von Pflegebedürftigen getroffen werden (Blinkert & Klie 1999; Runde et al. 1996). Er macht auch sichtbar, wie außerordentlich groß die familiale Pflegebereitschaft und auch die in Familien verfügbaren Solidarpotenziale sind. Dies korreliert mit den Ergebnissen familiensoziologischer Untersuchungen. Auch sie verweisen darauf, dass Familien eine große Flexibilität und Anpassungsfähigkeit im Hinblick auf Beeinträchtigungen ihrer Mitglieder besitzen und sie bei dem Eintritt von Gesundheitsrisiken – und so auch von Pflegebedürftigkeit – ihre Unterstützungsleistungen enorm ausweiten können (Vincent 1966; Gerhardt & Friedrich 1982; Gerhardt 1999).

Auf der anderen Seite zeigen sich Grenzen, weil Familien dazu tendieren, ihre adaptive Kompetenz zu überlasten. Daher können die Hilfepotenziale auf Dauer an einen Punkt gelangen, an dem sie auseinander brechen und dysfunktionale Mechanismen um sich greifen können. Langandauernde Beanspruchung – wie Pflegebedürftigkeit und chronische Krankheit – stellt Familien zudem vor Zerreißproben (Gerhard 1986) und geht mit einer Vielzahl von Überlastungsgefahren einher. Auch im Bereich der häuslichen Pflege sind dies vertraute Erscheinungen: gerade bei langwierigen Pflegeverhältnissen sind Überforderungen und Überstrapazierungen keine Seltenheit (Blom & Duijnstee 1999; Görres 1993; Boeger & Pickartz 1998). Ganz in diesem Sinn berichten vorliegende Studien, dass pflegende Angehörige oft bis zur völligen Erschöpfung pflegen, sie dazu neigen, ihr Belastungspotenzial zu überschätzen und zu lange zögern, bis sie Entlastung suchen und professionelle Hilfe hinzuziehen (exemplarisch Ühlein & Evers 1999). Die Einschaltung professioneller Pflege wird u.a. dadurch behindert, dass sie zum Teil als Versagen erlebt wird. Auch die durch eine Inanspruchnahme professioneller Pflege drohende Minderung des Familieneinkommens stellt ein nicht unbedeutendes Hindernis für die Hinzuziehung professioneller Hilfe dar (ebenda).

Für ältere Pflegebedürftige entstehen dadurch nicht eben selten schwierige Pflegesituationen, gekennzeichnet durch Unterversorgung und mangelnde Pflegequalität. Nicht unerwähnt bleiben sollte, dass auch für die professionelle Pflege aus der späten und meist zu späten Hinzuziehung negative Konsequenzen erwachsen: in der Regel wird sie in Krisensituationen eingeschaltet, muss dann zunächst „Feuerwehrfunktion" wahrnehmen und ist in ihren Handlungsmöglichkeiten beschränkt. Angesichts dieser Situation ist wichtig, über einen Abbau von Blockaden nachzudenken, die Angehörige hindern, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen und sich rechtzeitig Entlastung zu verschaffen. Nicht minder wichtig ist, eine frühzeitigere Hinzuziehung der Pflegedienste zu ermöglichen und sie darin zu unterstützen, ihr Angebot stärker auf die Situation häuslicher Familienpflege auszurichten.

Zur Verbesserung der Kooperation professioneller Pflege mit pflegenden Angehörigen wurden im Pflegeversicherungsgesetz Anreize gesetzt, deren adäquate Umsetzung noch aussteht. So ist der ambulante Pflegealltag derzeit dadurch gekennzeichnet, dass statt Zusammenarbeit eher wechselseitig kooperationshinderliche Kontrollambitionen entstehen können. Beispielsweise erleben Angehörige die gemäß § 37 SGB XI durchgeführten Besuche professioneller Pflege weniger als Unterstützung, sondern mehr als Kontrolle und Einmischung in ihre Privatsphäre (Emmrich & Schnepp 1998). Seitens der Pflege wiederum werden die Angehörigen tendenziell als „Störfaktor" empfunden. Praxisberichten zufolge verstehen sich Angehörige seit der marktförmigen Umgestaltung und Stärkung ihrer Position ihrerseits vermehrt als Kontrollinstanz: im Interesse des Gepflegten überprüfen sie erbrachte Leistungen der Pflegedienste und greifen direkt in das Pflegegeschehen ein. Wechselseitige Kontrollbestrebungen dieser und anderer Art wirken sich nicht nur negativ auf die Beziehungsdynamik aus, sondern verhindern auch eine konstruktiv und unterstützend angelegte Zusammenarbeit.

Ein Großteil älterer Menschen weist multifunktionale Beeinträchtigungen und damit korrespondierend mehrschichtigen Versorgungs- und Pflegebedarf auf. Ergänzend zur Pflege benötigen sie eine Reihe zusätzlicher, aufeinander abgestimmter Hilfen und Versorgungsleistungen. Obwohl die Forderung nach kooperativen multiprofessionellen Versorgungskonzepten und nach Versorgungsintegration seit Jahren auf der Tagesordnung steht, ist der Versorgungsalltag im ambulanten Sektor von der Realisierung dessen noch weit entfernt. Eine ineinander greifende Kooperation und Leistungserbringung und die Herstellung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung stranden in der ambulanten Versorgung an der hier besonders ausgeprägten Fragmentierung und Zersplitterung der Dienste. Zur Behebung der Desintegration wurde in den vergangenen Jahren viel Innovatives erprobt. Dabei reicht das Spektrum von Überleitungsmaßnahmen zur Sicherung des Transfers in die ambulante Pflege, über Koordinations- und Beratungsstellen, Vernetzungsmodellen bis hin zu „care companies", also pflegerischen Versorgungsverbundsystemen etc. (dazu Schaeffer 1998a). Die mit ihnen gesammelten Erfahrungen deuten an, dass es möglich ist, eingefahrene Kooperationsroutinen zu verändern. Sie zeigen jedoch auch, dass die meisten der Integrationsbemühungen noch zu sehr auf monoprofessionelle Maßnahmen begrenzt sind. Vorrangig setzen sie zudem auf Strukturerweiterung,

die erneut zu mehr Quantität, aber nicht zwingend zu mehr Qualität führt. Probleme ergeben sich auch daraus, dass sich die Veränderung der interprofessionellen Zusammenarbeit als schwieriger erweist als vermutet (Garms-Homolová & Schaeffer 1998). Wie Versorgungsverläufe alter Menschen zeigen, sind die daraus erwachsenden Folgen für die Patienten weit reichend: Kooperations- und Abstimmungsdefizite ziehen Diskontinuitäten, Brüche und mitunter auch Versorgungslücken nach sich. Exemplarisch zeigt dies, dass es auch zukünftig weiterer Anstrengungen bedarf, um alten Menschen eine integrierte und kontinuierliche Versorgung zu ermöglichen, und dass dies ohne Bereitstellung entsprechender zeitlicher und finanzieller Ressourcen und Spielräume nicht möglich sein wird.

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurde die Position der Nutzer gestärkt und ist intendiert, ihre subjektiven Präferenzen verstärkt zum Kriterium der Versorgungsgestaltung zu erheben. Der innovative Gehalt dessen wird sichtbar, vergegenwärtigt man sich, dass das Versorgungswesen trotz jahrzehntelanger Anmahnung von Patientenorientierung den Problemsichten seiner Nutzer, ihren Erwartungen, Wünschen und Prioritäten kaum Beachtung geschenkt hat (Badura, Hart & Schellschmidt 1999; Eichhorn 1993, Schwartz & Wismar 1998, Schaeffer 1995). Seit geraumer Zeit wird daher gefordert, die Nutzerperspektive verstärkt in die Versorgungsgestaltung einzubeziehen, die Rechte älterer Patienten umfassend zu stärken und ihnen zu einer besseren Kenntnis und Durchsetzung ihrer Rechte zu verhelfen.

Mit dem Pflegeversicherungsgesetz wurden wichtige Schritte in diese Richtung unternommen. Mit ihm wurde der Umbau des bundesdeutschen Gesundheitswesens zu einem konsumentenorientierten Gesundheitssystem eingeleitet und dem Nutzer und seinen Bedürfnissen und Prioritäten größere Bedeutung verliehen. Die Umsetzung dessen befindet sich erst im Anfangsstadium und stellt sich in der Praxis schwieriger als vermutet dar. Ursächlich dafür ist einerseits, dass die Dienste auf den damit verbundenen „Paradigmenwechsel" (der Klient als Kunde statt als Patient) nicht vorbereitet sind und dieser mit traditionellen Wertorientierungen kollidiert. Ähnliches gilt für den Paradigmenwechsel, der aus der Einführung von Marktmechanismen herrührt. Die Einbeziehung von Bedürfnis- und Nutzerorientierung kollidiert zudem mit den Routinen der Arbeitsweise und der Organisation der Dienste und damit, dass es für die Realisierung dessen an Informationen fehlt. Denn auch diesbezüglich ist eine Forschungslücke zu füllen. Untersuchungen über die Bedürfnisse und Problemsichten von Patienten, die in anderen Ländern breite Tradition haben, sind in der Bundesrepublik bislang rar (Schaeffer 1997, Schwartz & Wismar 1998). Erst seit kurzem werden Studien zur Patientenzufriedenheit durchgeführt. An Untersuchungen zu Erwartungen und Wünschen an versorgende Einrichtungen sowie zum Erleben von Versorgungsmaßnahmen fehlt es derzeit noch weitgehend.

Angesichts der Einkehr von Marktmechanismen in das Gesundheitswesen wird es – ganz besonders bei der Versorgung alter Menschen – mehr als bislang darum gehen müssen, Maßnahmen zum Verbraucherschutz zu schaffen und dafür Sorge zu tragen, dass Klienten in der für sie unüberschaubaren Versorgungslandschaft an die richtige Stelle gelangen und vor Missbrauch geschützt werden.

(d) Probleme spezieller Nutzergruppen

Aus populationsbezogener Sicht betrachtet zeigt sich, dass sich die Pflegesituation trotz der aufgezeigten Schwächen zwar insgesamt entspannt hat, für Gruppen mit speziellen Bedarfslagen oder in bestimmten Problemsituationen jedoch nach wie vor Handlungsbedarf besteht. Dazu gehört vor allem die zunehmend große Gruppe der dementiell Erkrankten und älteren Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen, die der Schwerkranken und -pflegebedürftigen, der Sterbenden und der Migranten. Auf ihre Situation wird daher nachfolgend besonders eingegangen.

Psychisch erkrankte Ältere

Besondere Aufmerksamkeit verdient die häusliche Versorgung alter Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die sich genau betrachtet in zwei unterschiedliche Nutzergruppen mit voneinander abweichenden Problemprofilen unterteilen lässt: a) in die Gruppe der nunmehr alternden Bevölkerungsgruppe mit bereits lang andauernden chronischen psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen und b) in die Gruppe der Nutzer, bei denen erst im Alter psychische Erkrankungen auftreten, wie z. B. Depressionen und Demenzen. Speziell die zuletzt genannte Gruppe gewinnt zusehends an Relevanz (vgl. Kapitel 3.1.3) und auch für die ambulante Pflege an Bedeutung.

Das Problemprofil der ersten Gruppe ist vor allem dadurch charakterisiert, dass es sich hier um Patienten handelt, die schon über lange Zeitspannen mit einer psychischen Erkrankung leben und nunmehr mit ihr altern. Oftmals blicken sie auf eine lange Behandlungs- und Versorgungskarriere und langjährige Hospitalisierungserfahrungen zurück. Durch die seit Ende der 70er-Jahre erfolgten Enthospitalisierungsbestrebungen, die in den letzten Jahren mit dem Kapazitätsabbau in den psychiatrischen Kliniken einen spürbaren Aufschwung erfahren hatten, werden psychisch Kranke vermehrt außerstationär versorgt. Ihre Betreuung geht mit speziellen Anforderungen an die Pflege einher. Sie beginnen bereits bei der pflegerischen Überleitung langjährig hospitalisierter Patienten, müssen doch die sich oft in höherem Lebensalter befindlichen Erkrankten zunächst erst befähigt werden, „außerhalb der Klinik zu leben" (Kunze & Kaltenbach 1994: 29) und entsprechend sozialisiert werden. Herausforderungen bestehen außerdem darin, die durch die stationäre Versorgung gewonnene Alltagsstrukturierung aufrecht zu erhalten und mit der neuen Umgebung und Lebensweise in Einklang zu bringen, stützende und autonomieförderliche soziale Bezüge aufzubauen sowie begleitende Hilfen zur eigenverantwortlichen Bewältigung des Alltags zur

Verfügung zu stellen. Wenn dies gelingt, kann die Gefahr der Dekompensation und damit zumeist ein erneuter stationärer Aufenthalt abgewendet werden.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um zu Hause lebende alte Menschen, die mit zunehmendem Alter oft schleichend in psychische Störungen „abrutschen": Der langsame, für das soziale Umfeld zunächst kaum merkliche Verlauf hat zur Folge, dass sie – wie in der Literatur betont wird – oftmals nicht frühzeitig genug von der professionellen Versorgung erreicht werden. In der Regel sind daher bereits schwierige Problemkumulationen vorfindbar, wenn der Zugang zur professionellen Versorgung geebnet ist. Der Ausbau niedrigschwelliger Beratungsangebote und die Verbesserung der Frühdiagnostik sind daher nach wie vor dringende Herausforderungen, die auch für die pflegerische Versorgung von Bedeutung sind. Denn anders als bei der o. g. Gruppe besteht die Aufgabe der Pflege hier darin, die mit der Erkrankung sukzessiv um sich greifende Destrukturierung (des Alltagslebens, im sozialen Gefüge, Wohnumfeld etc.) einzudämmen, zu korrigieren und durch Resozialisierung – Wiederanknüpfen an gewohnte Lebensrhythmisierungen und Wiederherstellung normalitätssichernder Alltagsstrukturierung – sowie durch präventiv angelegte Maßnahmen dazu beizutragen, das Voranschreiten der Krankheit zu verhindern bzw. den Verlauf zu verlangsamen und eine unabhängige Lebensführung so lange und so weit wie möglich aufrecht zu erhalten.

Grundsätzlich unterscheidet sich die Pflege psychisch Erkrankter wesentlich von der Pflege somatisch Erkrankter. Während bei letzteren manuelle Pflegetätigkeiten und körperlich orientierte Maßnahmen im Vordergrund stehen, spielen diese Maßnahmen bei Menschen mit psychischen Störungen eine eher untergeordnete Rolle. Im Vordergrund stehen hier soziotherapeutisch ausgerichtete und edukative bzw. sozialisierende Aufgaben (Peplau 1997): die gezielte Kommunikation mit Patienten und Angehörigen, die soziale Unterstützung, Maßnahmen zur sozialen Einbindung und Integration, um der diesen Krankheiten innewohnenden Tendenz zur sozialen Isolation zu begegnen, die Hilfe und Anleitung bei der (Wieder-) Herstellung einer sinnvollen Tages- und Alltagsstrukturierung, Aufbau hinreichend stützender Systeme, Krisenintervention etc. (s. auch Kapitel 3.2.3).

Abgesehen von diesen unmittelbar auf den Patienten bezogenen Aufgaben kommt der Unterstützung der Angehörigen in der ambulanten psychiatrischen Pflege hohe Bedeutung zu. Sie übernehmen einen Großteil der erforderlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen, geraten dabei jedoch ohne professionelle Begleitung leicht an die Grenze der Überforderung. Überlastungserscheinungen pflegender Angehöriger psychisch Erkrankter sind daher keine Seltenheit.

Obwohl über die Bedeutung und die Aufgabenstellungen ambulanter psychiatrischer Pflege weitgehend Konsens herrscht, stellt sich der Versorgungsalltag eher defizitär dar. Nach wie vor mangelt es an hinreichenden, dem besonderen Bedarf und Bedürfnissen dieser Bevölkerungsgruppe entsprechenden infrastrukturellen, konzeptionellen und qualifikatorischen Voraussetzungen in der ambulanten Versorgung. Zwar erfolgten zahlreiche Anstrengungen, um das Versorgungswesen und insbesondere die ambulante Pflege an diese Patientengruppe anzupassen. So wurden u. a. diverse Modellprogramme aufgelegt und durchgeführt mit dem Ziel, die ambulante Versorgung zu erweitern und durch den Einsatz psychiatrischer Fachkrankenpflege und die Ausbildung entsprechender Expertisen auf diese Herausforderung auszurichten. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass durch psychiatrisch qualifizierte Krankenpflege ein wirksamer Beitrag zur Sicherstellung einer außerstationären Versorgung und zur Vermeidung stationärer Unterbringung geleistet werden kann (Poerksen 1999). Ebenso konnte demonstriert werden, dass die außerstationäre Versorgung eine kostengünstige Form der Hilfe darstellt, mit der sowohl sekundär- wie tertiärpräventive Effekte erzielt und die Lebensqualität der Erkrankten verbessert werden kann. Dennoch ist es bislang nicht gelungen, flächendeckend ein entsprechendes pflegerisches Angebot zu etablieren. Die derzeitige Versorgungssituation psychisch Erkrankter ist vielmehr dadurch gekennzeichnet, dass sich auf der einen Seite in den vergangenen Jahren in der Psychiatrie spezialisierte ambulante Dienste etabliert haben, die jedoch die psychisch kranken Alten kaum erreichen (Helmchen et al. 1996: 57). Zudem sind die Dienste bundesweit betrachtet auf wenige, in der Regel städtische Regionen begrenzt. Auf der anderen Seite existiert ein flächendeckendes Netz an ambulanten Pflegediensten, die wiederum für die psychiatrische Versorgung eine eher marginale Rolle spielen. Ältere Menschen mit psychischen Störungen stehen somit in Gefahr, im ambulanten Sektor in eine Versorgungslücke zu fallen.

Hier eine Veränderung herbeizuführen, ist eine dringliche Aufgabe. Sie schließt die Überwindung der Fragmentierung in der ambulanten psychiatrischen Versorgung und die Schaffung eines flächendeckenden fachpflegerischen Leistungsangebots ein. Aus diesem Grunde scheint es sinnvoll, die ambulanten Pflegedienste entsprechend auszubauen und zu qualifizieren. Für eine stärkere Integration pflegerischer Leistungsangebote mit somatischem bzw. psychiatrischem Schwerpunkt spricht auch, dass Pflegebedürftige ansonsten ggf. mehrere Dienste in Anspruch nehmen müssten, um ihren Bedarf abdecken zu können. Diese sich für andere Nutzergruppen bereits abzeichnende Situation (siehe Schwerkrankenpflege) geht zulasten der Versorgungsqualität und birgt bei Menschen mit psychischen Störungen eine besondere Gefahr in sich: mehr als andere Patientengruppen sind sie auf personelle Kontinuität angewiesen. Wechsel der Betreuungspersonen und intransparente Arbeitsteilung führen leicht zu Abwehr, Misstrauen, vermögen die Krankheitssituation zu verschärfen und Krisen zu provozieren, die eine Destabilisierung der Voraussetzungen für ein Leben außerhalb stationärer Einrichtungen zur Folge haben.

Schwerkranke

Schwerkranke spielen im ambulanten Pflegealltag rein quantitativ betrachtet bislang eine eher randständige

Rolle – ein Faktum, das angesichts der Tatsache, dass Deutschland europaweit die höchste Krankenhausbettendichte und Krankenhausverweildauer hat, nicht verwundert. Ursächlich für die geringe Präsenz Schwerkranker im Klientenspektrum ambulanter Pflege ist Selbsteinschätzungen zufolge jedoch auch der Tatbestand, dass sie die Dienste vor zahlreiche Kapazitäts- und Qualifikationsprobleme stellen. Zwar existieren keine expliziten Ausschlusskriterien, ebenso wenig werden diese Patienten ausdrücklich abgelehnt, doch sehen sich ambulante Pflegedienste unter den gegebenen Rahmenbedingungen nur in geringem Umfang in der Lage, solchermaßen zeit- und pflegeintensive Patienten zu übernehmen (siehe auch MAGS 1995; Ewers & Schaeffer 1999). Charakteristisch für ihre pflegerische Versorgung ist (1) der sehr hohe, komplexe und dabei wechselhafte Pflegebedarf, der den Diensten erhebliche Flexibilität abverlangt, (2) ein hoher Interaktions- und Kommunikationsaufwand und (3) oftmals komplizierte soziale Probleme, zum Beispiel dann, wenn das soziale Umfeld durch Konfliktträchtigkeit gekennzeichnet ist, Überforderungsanzeichen oder mangelnde Unterstützungsbereitschaft zeigt etc., (4) Finanzierungsprobleme, da eine ambulante Schwerkrankenpflege nur über den Weg aufwendiger Einzelfallverhandlungen sichergestellt werden kann.

Ein besonderes Problem stellt die häusliche Versorgung von Patienten mit technikintensivem Pflegebedarf dar, von Patienten also, die beispielsweise Infusionen, paraenterale Ernährung oder künstliche Beatmung benötigen (Ewers 1999; Schaeffer 1999). Obschon in den vergangenen Jahren durch pharmakotherapeutische und technologische Innovationen eine ganze Reihe neuer Versorgungsoptionen im ambulanten Sektor eröffnet wurden, erklären sich nur wenige Pflegedienste bereit, Patienten mit einem derartigen Pflegebedarf ambulant zu versorgen – sei es aus haftungsrechtlichen Gründen, oder aber weil ihnen die nötige Expertise fehlt. Zur Schließung dieser Versorgungslücke engagieren sich seit kurzem vermehrt Pharmaunternehmen oder Medizinproduktehersteller im ambulanten Pflegebereich. Sie stellen pflegerisches und medizinisches Personal für die Beratung von Ärzten, Pflegediensten und Patienten ein oder gründen eigene Pflegedienste. Das pflegerische Dienstleistungsangebot dieser Anbieter ist allerdings auf produktnahe Pflegeleistungen und Koordinations- bzw. Vermittlungsleistungen beschränkt. Für die Erkrankten bedeutet dies, dass sie keineswegs sicher sein können, alle für eine bedarfsgerechte häusliche Pflege erforderlichen Leistungen aus einer Hand zu erhalten und so gegebenenfalls mehrere Pflegedienste nutzen bzw. auf stationäre Versorgungsangebote zurückgreifen müssen.

Sterbende

In den vergangenen Jahren erfolgten zahlreiche Anstrengungen, die Situation Sterbender zu verbessern und auch in der letzten Lebensphase einen Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Der Erfolg dieser Bemühungen war bislang beschränkt: ein Großteil der bundesdeutschen Bevölkerung beendet sein Leben nach wie vor in stationären Einrichtungen. Das hat seine Ursache u. a. darin, dass Konzepte einer ambulanten palliativen Pflege und Versorgung – wie sie im Ausland (z. B. USA, Kanada, Australien, Großbritannien,) unter den Bezeichnungen „Hospice Care" und „Palliative Care" firmieren (vgl. hierzu Corless, Germino & Pittman 1994; Faull, Carter & Woolf 1998; Saunders & Kastenbaum 1997) – hierzulande in der ambulanten Pflege noch nicht hinreichend verbreitet sind. Es fehlt einerseits an einem entsprechenden flächendeckenden Angebot, andererseits an Expertise. Im Hinblick auf basale Kenntnisse der Palliativpflege und -versorgung und psycho-soziale Begleitung Sterbender sowie spezielle Fachkompetenzen hinkt die deutsche ambulante Pflege internationalen Entwicklungen hinterher.

Mehr noch als in vielen anderen Bereichen der Pflege ist bei der Betreuung Sterbender die Unterstützung der Angehörigen von eminenter Wichtigkeit: sie übernehmen auch hier weite Teile der Betreuungsleistungen, sind zugleich aber mit besonderen Herausforderungen und eigenen Bewältigungsprozessen konfrontiert (u.a. mit der Verarbeitung der Veränderungen, die das Sterben des anderen auch in ihrem Leben auslöst, erster Trauer angesichts des drohenden Verlustes etc.). Im Rahmen der Betreuung Sterbender stellt Angehörigenunterstützung daher eine überaus wichtige und facettenreiche Aufgabe dar. Dass es im Pflegealltag schwer fällt, sie angemessen zu bewältigen, darf nicht erstaunen, denn die Pflege ist hier mit einer Aufgabenstellung konfrontiert, die sie – trotz gesetzlicher Festschreibung – auf der Basis der ihr zur Verfügung stehenden Kompetenz nicht abzudecken vermag. Nicht zuletzt fehlt es an hinreichenden pflegewissenschaftlich gestützten Konzepten und auch an entsprechenden finanziellen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen für die Erbringung einer problemadäquaten ambulanten Palliativ- und Hospizpflege.

Migranten

Eine qualitative Weiterentwicklung des pflegerischen Versorgungsangebots muss auch den Belangen von Migranten vermehrt Beachtung schenken. Derzeit ist die Nachfrage von älteren Migranten nach pflegerischen Leistungen aufgrund der spezifischen Altersstruktur dieser Bevölkerungsgruppe, mit einem derzeit im Vergleich zur übrigen Wohnbevölkerung noch geringen Anteil an über 60-jährigen und insbesondere an hochbetagten alten Menschen – noch gering. Ein weiterer Grund, der zur eher verhaltenen Inanspruchnahme von Pflegeleistungen beiträgt, besteht in den in diesen Bevölkerungsgruppen vorhandenen hohen familialen Solidarpotenzialen. Auf der einen Seite besteht bei vielen Migrantengruppen der ausgeprägte Wunsch, innerhalb der Familie gepflegt zu werden, womit auf der anderen Seite eine überdurchschnittlich hohe Pflegebereitschaft der Angehörigen, insbesondere der Frauen, zu korrespondieren scheint. Verstärkt wird sie dadurch, dass die Einkommenssituation von Migranten schlechter als die der deutschen Bevölkerung ist. Dies trägt dazu bei, dass pflegebedürftige Migranten Geldleistungen der Pflegeversicherung den Vorzug vor Sachleistungen geben und auf familiale Unterstützung gesetzt wird.

Diese Situation dürfte sich in Zukunft verändern. Nicht nur aufgrund sich wandelnder demographischer Strukturen, sondern auch, weil die von alten Migranten bislang nutzbaren familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale vermutlich nicht mehr im heutigen Umfang zur Verfügung stehen werden, ist mit einem Anstieg des Bedarfs an professioneller Hilfe zu rechnen. So deutet sich an, dass der Wunsch älterer Migranten nach familialer Unterstützung im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in den nachfolgenden Generationen bedingt durch veränderte soziale Normen, Lebensstile und Lebensentwürfe auf Grenzen stößt. Schon heute geht in den jüngeren Migrantengenerationen die Pflegebereitschaft zumindest in Teilpopulationen innerhalb einiger Ethnien zurück (Wingenfeld 1998 u. 1999).

Zugleich bestehen für ältere Migranten Barrieren im Zugang zu pflegerischen Leistungsangeboten. Sie dürften ebenfalls zur eher geringen Nachfrage beitragen und stehen außerdem einer adäquaten Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe entgegen. Barrieren stellen vor allem soziale Verständigungsprobleme dar, ebenso unzureichende Information und Informationsmöglichkeit über Versicherungsansprüche, Finanzierungsfragen und das Versorgungsangebot. Ferner wirken Leistungskonturierungen ausgrenzend, die nicht mit den kulturellen und sozialen Wertvorstellungen, Lebensstilen und Bedürfnissen der Migrantengruppen übereinstimmen. Speziell da, wo diese Barrieren vereint auftreten, bestehen kaum überwindliche Hürden bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfen.

Selbst wenn die Zugangsbarrieren überwunden sind, eröffnen sich weitere Herausforderungen bei der Nutzung ambulanter Pflege. Die Pflegekräfte begegnen bei Migranten Umgangsformen, Interaktionsweisen, Lebensgewohnheiten und Krankheits- und Pflegeverständnissen, die ihnen vielfach unvertraut sind und mitunter in Konflikt mit dem professionellen Selbstverständnis und eigenen Norm- und Wertvorstellungen stehen. Hinzu kommt, dass ihnen ein Maß an Sensibilität, Flexibilität und Kommunikationsbereitschaft abverlangt wird, das mit den gegebenen Handlungsspielräumen ambulanter Pflege kollidieren kann.

Das Versorgungssystem ist auf diese Probleme bislang nicht hinreichend ausgerichtet. Um ihnen gerecht zu werden, sind verstärkte Bemühungen zur Erleichterung des Zugangs zu Leistungsangeboten, zur Anpassung bestehender Angebote an die besonderen Belange und Bedarfssituationen von älteren Migranten und auch an den künftig zunehmenden Bedarf an professioneller Hilfe und Pflege dieser Bevölkerungsgruppen erforderlich.

(e) Fazit

Die ambulante Pflege hat in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Geht es heute um die Versorgung zu Hause lebender und in ihren Selbstversorgungsressourcen und -potenzialen eingeschränkte alte Menschen, nimmt sie eine wichtige Schlüsselrolle ein. In Widerspruch hierzu stehen die in den zurückliegenden Ausführungen aufgezeigten Schwächen und nach wie vor existierenden Modernisierungs- und Reformherausforderungen in diesem Sektor. Sie sind Resultat der geringen Aufmerksamkeit, die der Pflege im Allgemeinen und der ambulanten Pflege im Besonderen lange Zeit zuteil wurde. Nach wie vor wird der Pflege hierzulande eine tendenziell nachrangige Position im Gesundheitswesen zugewiesen: Sie wird zumeist erst dann hinzugezogen, wenn zuvor alle Möglichkeiten der Prävention, Kuration und Rehabilitation ausgeschöpft sind, womit ihre Potenziale und Querschnittsfunktionen weitgehend ungenutzt bleiben. Als „caring profession" ist die Pflege eine in Deutschland noch kaum hinlänglich berücksichtigte Ressource. Dies zeigt sich insbesondere, wenn es um eine altersgerechte häusliche Versorgung geht, die zur Aufrechterhaltung sozialer Integration und Lebensqualität beizutragen beansprucht.

Obwohl mit dem Pflegeversicherungsgesetz beabsichtigt wurde, hier Veränderungen herbeizuführen und einen Innovationsschub anzustoßen, kann heute – ein halbes Jahrzehnt nach Einführung dieses neuen Leistungsgesetzes – konstatiert werden, dass erwartungsgemäß nur ein Teil der Probleme gelöst werden konnte. So hat sich die Lage dauerhaft pflegebedürftiger alter Menschen zwar insgesamt entspannt, aber viele Leitbilder der Reform harren noch der Umsetzung in der Praxis. Die Frage, ob die ambulante Pflege ihre Praxis weiterhin verändern muss, ist somit längst beantwortet. Zu klären ist derzeit vielmehr, wie sie sie künftig verändern wird, um den auch künftig wachsenden Herausforderungen in diesem Versorgungsbereich gerecht werden zu können (WHO 1995: 7). Die wichtigsten Anpassungsherausforderungen seien abschließend noch einmal benannt:

- Es ist erforderlich, den Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung in der ambulanten Pflege nachzuvollziehen und zu realisieren. Ganz in diesem Sinn ist künftig der Vorrang von präventiven und gesundheitsförderlichen Pflege- und Versorgungskonzepten vor solchen, die ausschließlich betreuenden und verwahrenden Charakter haben, nicht nur zum Programm zu erheben, sondern auch mit Leben zu erfüllen. Anreizstrukturen und Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass sie diesen Paradigmenwechsel unterstützen und ihm nicht – wie bislang zu beobachten – eher zuwiderlaufen. Zugleich ist es notwendig, vorhandene gesundheitliche und soziale Potenziale älterer Menschen im Versorgungsalltag stärker in den Blick zu nehmen und in die Planung und Gestaltung pflegerischer Leistungen einzubeziehen, um dem Fortschreiten gesundheitlicher oder sozialer Beeinträchtigungen entgegenzuwirken, Abhängigkeitstendenzen zu vermeiden und – falls möglich – auf diese Weise auch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands älterer Menschen beizutragen.
- Unabdingbar ist außerdem eine Erweiterung der eng gesteckten Grenzen pflegerischen Handelns. Die Realisierung einer angemessenen Pflege älterer Menschen, verlangt – wie die zurückliegenden Ausführungen angedeutet haben – mehr als herkömmliche

„handwerkliche Pflege" und körperbezogene Maßnahmen. Sie umfasst außerdem kommunikative und edukative Aufgaben (wie Unterstützung, Anleitung, Schulung und Beratung des Pflegebedürftigen und seiner Angehörigen), ebenso präventive und rehabilitative Maßnahmen und auch solche, wie sie mit dem englischen Begriff „care" angesprochen sind (Morse et al. 1990). Dabei steht weniger die protektive und sorgende Funktion der Pflege im Vordergrund, als vielmehr ihre Bedeutung für die Versorgungsgestaltung und die Sicherung von Versorgungsintegration und -kontinuität. Die Umsetzung dessen setzt allerdings voraus, Aufgabenspektrum und -zuschnitt der Pflege zu überdenken, ja zu erweitern und bedingt auf struktureller Ebene, die notwendigen Spielräume und Bedingungen für eine entsprechende Ausdehnung der Kompetenzgrenzen herzustellen.

- Nicht minder wichtig sind Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikationssituation. Parallel zum Bedeutungsgewinn der ambulanten Pflege sind die an sie gestellten Anforderungen kontinuierlich gestiegen und haben sich zugleich gewandelt. Ambulante Pflege erfordert heute ein hohes Maß an spezialisierten pflegerischen Kompetenzen, für die andernorts auf hohem akademischem Niveau ausgebildet wird. Mit dieser Entwicklung haben die Qualifikationsprofile in den Pflegeberufen hierzulande nicht Schritt gehalten. So findet die ambulante Pflege in den bestehenden Ausbildungen – sei es auf beruflicher wie auf akademischer Ebene – nicht die ihr gebührende Aufmerksamkeit – eine Kritik, die auch für die gegenwärtigen Reformbemühungen der Pflegeausbildung gilt. Auch dem Modernisierungsrückstand, Aufgabenwandel und Bedarf an klinischen (d. h. gerontologischen, intensivpflegerischen, psychiatrischen, palliativen etc.) Spezialkompetenzen wird auf qualifikatorischer Ebene nicht hinreichend Rechnung getragen. Ohne hier eine Korrektur einzuleiten, kann eine qualitativ hochwertige ambulante pflegerische Versorgung auch zukünftig nicht gelingen.
- Erforderlich ist darüber hinaus eine Modernisierung des Leistungsprofils und eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots ambulanter Pflegedienste. Nach wie vor ist das Angebot der ambulanten Pflege zu eng und wenig problemadäquat konturiert, weshalb die häusliche Versorgung vieler Patientengruppen nach wie vor auf Grenzen stößt. Über eine Ausweitung des Leistungsangebots sind darüber hinaus Modellversuche notwendig, um die im Gefolge der Umstrukturierungen des Gesundheitswesens in der ambulanten Pflege entstehenden neuen Aufgabenstellungen in klare Arbeitskonzepte umzusetzen.
- Auch die Realisierung von Versorgungsintegration und -kontinuität sowie die Verbesserung der Kooperation bedarf weiterer Aufmerksamkeit. Stabile Kooperationsstrukturen und Bemühungen um ein Ineinandergreifen der Leistungen unterschiedlicher Organisationen und Professionen sind zentrale Voraussetzungen. Sie stoßen in der Praxis indes auf Probleme, insbesondere auf professionelle Hürden. Vor allem die professionsübergreifende Kooperation bedarf in Zukunft weiterer Verbesserungen. Ähnliches gilt für die Versuche zur organisatorischen Vernetzung und zur Schaffung integrierter Versorgungsverbünde innerhalb des ambulanten Sektors, zwischen dem ambulanten und stationären Sektor sowie zwischen der Regel- und Spezialversorgung. Bislang spielt die ambulante Pflege in diesem Zusammenhang noch keine ihrer Bedeutung angemessene Rolle.
- Des Weiteren ist eine Anpassung der Sozialversicherungssysteme an die gewandelten Anforderungen im ambulanten Bereich notwendig. Zersplitterung und Fragmentierung zu überwinden und eine aufeinander abgestimmte Finanzierung unterschiedlicher pflegerischer Leistungen „aus einer Hand" zu realisieren, ist eine der Zukunft vorbehaltene sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die im Zuge der Kostendämpfungspolitik mit dem SGB XI eingeführte Grundsicherung aktuellen wie künftigen gesellschaftlichen Problemlagen hinreichend gewachsen ist. Es gibt schon jetzt Anzeichen dafür, dass mit der Abkehr von dem Prinzip der Bedarfsdeckung Zugangsbarrieren und Unterversorgungen entstehen können, von denen das deutsche Sozial- und Gesundheitswesen bislang verschont geblieben ist.
- Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Umsetzung der zuvor aufgestellten Forderungen auch eine Entspannung der Arbeitssituation der ambulanten Pflege erfordert. Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung gehörte die ambulante Pflege nicht unbedingt zu den beliebtesten Arbeitsfeldern in der Pflege. Geringe Bezahlung, hoher Verantwortungsdruck, schlechte Arbeitsbedingungen und hohe Arbeitsbelastung führten zu einer beachtlichen Mitarbeiterfluktuation. Diese Ausgangslage wurde durch die Einführung der Pflegeversicherung und ihre als restriktiv empfundenen Finanzierungsgrundlagen offenkundig verschärft, da sich in Folge dessen eine Verdichtung der Arbeit, vollzogen hat, zusätzliche Aufgaben (Dokumentation etc.) zu bewältigen sind und zugleich weniger Zeit für die direkte Patientenbetreuung und so auch die Pflege älterer Menschen zur Verfügung steht. Zu enge finanzielle Spielräume, daraus resultierend Personal- und Zeitknappheit führen dazu, dass ökonomische Erwägungen den Vorrang vor professionellen Qualitätserwägungen haben. Diesen Fehlentwicklungen gilt es künftig verstärkt Aufmerksamkeit zu widmen und – wo möglich – aktiv entgegenzuwirken.

3.2.4.2 Teilstationäre pflegerische Versorgung: Tagespflege

(a) Tagespflege als Baustein im Versorgungssystem

Pflege und Betreuung – auch wenn sie in der Familie erbracht wird – ist nicht allein „Privatsache"; Pflegebedürftige haben (unabhängig vom Ort der Pflege) Anspruch auf Hilfen, die dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein

Tabelle 3-7: Entwicklung der Zahl der Tagespflegeeinrichtungen

Jahr	Zahl der Einrichtungen	Zahl der Plätze
1988	54	801
1993	227	3.178
1998	1.777	[23.000]

zu sichern und besondere Belastungen des Lebens abzuwenden oder auszugleichen. Vor diesem Hintergrund besteht für alle Fachleute Einigkeit darüber, dass ein noch differenzierteres Leistungsangebot erreicht werden muss, das über die bisher bestehenden Versorgungsmöglichkeiten und Finanzierungsmöglichkeiten hinaus für Pflegebedürftige wie für die Pflegenden Entlastungsmöglichkeiten bietet. Es ist unumstritten, dass auch pflegende Angehörige einmal Urlaub benötigen und in dieser Zeit ihre zu pflegenden Personen gut versorgt wissen wollen; hierfür gibt es im SGB XI das Angebot der häuslichen Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI) sowie das Angebot der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI). Ebenso müssen Angehörige entlastet werden können, indem sie, die oft 24 Stunden für ihre pflegebedürftigen Partner, Eltern, Schwiegereltern, Großeltern und andere Personen zur Verfügung stehen, für einen Teil des Tages die Verantwortung auf andere Schultern übertragen können. Sie sind ja in der Regel bereit, ihre Angehörigen (mit-) zu versorgen, brauchen aber für mehrere Stunden des Tages Entlastung, die durch einen ambulanten Dienst nicht geleistet werden kann. Hierzu besteht nach dem SGB XI die Möglichkeit der Tagespflege und Nachtpflege (§ 41 SGB XI).

Tagespflege ist die teilstationäre Pflege und Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen in einer zugelassenen Pflegeeinrichtung durch qualifiziertes Personal während des Tages an einigen oder allen Wochentagen. Dabei wird vorausgesetzt, dass einerseits die häusliche Pflege nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann, andererseits die Betreuung und Versorgung in der eigenen Häuslichkeit während der Nacht, am Morgen und Abend und gegebenenfalls am Wochenende sichergestellt sind.

Ziele der Tagespflege sind:

- Aufrechterhaltung der relativen Selbstständigkeit pflegebedürftiger alter Menschen in der eigenen Häuslichkeit – auch zur Entlastung der Angehörigen;
- aktivierende Pflege und soziale Betreuung und Möglichkeiten der Kommunikation, teilweise auch Rehabilitation alter Menschen durch entsprechende pflegerische und medizinisch-therapeutische Angebote sowie durch soziale Beratung und Betreuung;
- bis zum 31. Dezember 2001 die in der Einrichtung notwendigen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege.

Zu dem Angebot gehören darüber hinaus Mahlzeiten und ein Fahrdienst.

Tagespflege bildet sozusagen das Zwischenglied zwischen häuslicher Pflege (z. T. ergänzt durch ambulante Dienste) und der „Vollversorgung" im Heim. Die besondere Bedeutung dieses Angebotes liegt darin, dass die eigene Wohnung und die vertraute Umgebung einschließlich der gewachsenen sozialen Beziehungen aufrechterhalten werden kann und parallel dazu die notwendige Pflege- und Betreuungsleistungen von geeigneten Personen in geeigneten Einrichtungen aufrechterhalten werden.

Die im Pflegeversicherungsgesetz ebenfalls genannte Nachtpflege ist quantitativ noch völlig unbedeutend. Erste zaghafte Versuche zur Umsetzung von Konzeptionen zur Nachtpflege sind bisher bis auf eine Ausnahme (Kuratorium Deutsche Altershilfe 1999) nicht ausreichend dokumentiert.

(b) Quantitative Entwicklung des Angebotes

Ausgehend von Erfahrungen in England sind vor mehr als 20 Jahren in der Bundesrepublik Deutschland erste Tagespflegeeinrichtungen gegründet worden. Nach einer eher zaghaften Umsetzung von Konzeptionen zur Tagespflege in den ersten Jahren nach Gründung von einigen wenigen Tagespflegeeinrichtungen ist dieses Angebot in den letzten Jahren zahlenmäßig stark angewachsen, wenn es auch in Verhältnis zur quantitativen Bedeutung der ambulanten Dienste und der stationären Einrichtungen noch ein eher marginales Angebot darstellt. Inzwischen gibt es zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen und eine große Zahl von Planungen für neue Tagespflegeeinrichtungen (Großjohann/Rückert 1990; Kremer-Preiß 1999a; Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997; Gennrich 2000; Winter 1999).

Die Zahlen für die Jahre 1988 und 1993 stammen aus Befragungen der Verbände und zahlreicher Träger (vorwiegend aus dem Bereich der Freien Wohlfahrtspflege). Wenn es auch eine gewisse Untererfassung bei den Befragungen gegeben haben mag, so dürfte die Größenordnung in etwa richtig sein, da es keine regelhafte bundesweite sichere Finanzierung für Tagespflege gab. Erst mit der Einbeziehung der Leistung „Tagespflege" in das SGB XI und die parallel hierzu einsetzende Investitionsförderung der Bundesländer konnten „flächendeckend" Tagespflegeangebote entwickelt werden. Die Zahl 1 777 für das Jahr 1998 weist die Zahl der zugelassenen Einrichtungen aus; damit ist nicht sicher, ob die Einrichtung überhaupt bereits in Betrieb gegangen ist und ob sie bereits ein konkretes Platzangebot vorhält. Die Zahl der Plätze ist Ergebnis einer Hochrechnung, die von einer durchschnittlichen Platzzahl von 13 ausgeht. Dies entspricht einem Erfahrungswert, der im Rahmen einer Untersuchung des KDA in Nordrhein-Westfalen ermittelt wurde (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997).

Das Angebot von Tagespflege ist noch immer nicht flächendeckend vorhanden. Einige der Gründe hierfür sind weiter oben erläutert. Nach wie vor gibt es Städte und Kreise, die noch nicht über ein Tagespflegeangebot verfügen. Dass es sich noch um ein eher marginales pflegerische Leistungsangebot handelt, belegen u. a. die folgenden Daten des AOK-Bundesverbandes.

Tabelle 3-8: Leistungsfälle der Tages- und der – noch kaum entwickelten – Nachtpflege sowie Leistungstage vom 1. bis zum 3. Quartal 1999

a) Leistungsfälle:

Pflegestufe	Leistungsfälle	
	abs.	in %
Stufe I	6.580	35 %
Stufe II	9.608	51 %
Stufe III	2.636	14 %
insgesamt	18.824	100 %

Quelle: Mitteilung des AOK-Bundesverbandes

b) Leistungstage:

Pflegestufe	Leistungstage		
	insgesamt	pro Fall	je Monat
Stufe I	488.113	74	8,24
Stufe II	534.880	56	6,19
Stufe III	144.450	55	6,09
insgesamt	1.167.443	62	6,89

Quelle: Mitteilung des AOK-Bundesverbandes

(c) Tagespflege als Leistung des SGB XI

Bei Einstufung in eine der drei Stufen der Pflegeversicherung zahlt die Pflegekasse zeitlich nicht befristet für die pflegebedingten Kosten und die soziale Betreuung. Tagespflegeeinrichtungen (TPE) sind stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung und durch einen Versorgungsvertrag zur Erbringung von Pflegeleistungen zugelassen (§ 71, 72 SGB XI).

Folgende Höchstbeträge stehen als Sachleistungen der Pflegekasse insgesamt[23] zur Verfügung:

Pflegestufe I	bis zu 750 DM/Monat,
Pflegestufe II	bis zu 1 800 DM/Monat,
Pflegestufe III	bis zu 2 800 DM/Monat

[23] Diese Beträge gelten für die Sachleistungen aller Bereiche, nicht nur die Tagespflege.

Die Pflegeversicherung definiert die Tagespflege als stationäre Pflegeeinrichtung, in der Pflegebedürftige unter der ständigen Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft tagsüber untergebracht und verpflegt werden können (§ 71 (2) SGB XI). Pflege durch eine Tagespflegeeinrichtung dürfen die Pflegekassen weiterhin nur dann gewähren, wenn ein Versorgungsvertrag abgeschlossen ist (§72 SGB XI). Die Inhalte der Pflegeleistungen, die Bedingungen der Pflege und weitere wichtige Fragen werden in Rahmenverträgen auf Landesebene geregelt. Auf Bundesebene dagegen wurden die Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung für die Tagespflege vereinbart. Die Verträge nach § 75 (Rahmenvertrag auf Landesebene) und § 80 (Qualität und Qualitätssicherung auf Bundesebene) sind für die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen verbindlich.

(d) Zielgruppen der Tagespflege

Die Kombination von Leistungen der Angehörigen, ambulanten Diensten und der Tagespflege ist sicherlich nicht für alle pflegebedürftigen Personen geeignet. Sie scheint jedoch vor allem für psychisch kranke Menschen mit Pflegebedarf sehr sinnvoll zu sein (Zimber und Weyerer 1999). Bestimmte gegenwärtig angewandte Kriterien führen zu Einschränkungen bei der Aufnahme von Nutzern in die Tagespflege. So muss u. a. der Weg von der Wohnung des Pflegebedürftigen in die Tagespflege (und evtl. zu weiteren notwendigen Dienstleistern) in tragbarer Zeit (max. 30 Minuten je Wegstrecke) überwunden werden können. Die fehlende „Transportfähigkeit" der Nutzer wird von der Praxis als Ausschlusskriterium genannt; doch dies ist nicht trennscharf, weil die Transportfähigkeit auch abhängig ist von der Qualität der Transportmittel, ihrer Ausstattung und des Begleitpersonals. Tagespflegeeinrichtungen können in der Regel auf behindertengerechte Fahrzeuge zugreifen, die auch schwer gehbehinderten und auf den Rollstuhl angewiesenen Personen angemessene Transportmöglichkeiten bieten.

Ausschließen kann man, dass Tagespflege bei ständig bettlägerigen Personen erbracht wird, während vorübergehende Ruhenotwendigkeit kein Hindernis für die Nutzung der Tagespflege ist, denn die Tagespflegeeinrichtungen verfügen in der Regel über Liegemöglichkeiten. Suchtabhängige Personen können in der Regel nicht aufgenommen werden, denn dies verlangt eine so intensive und so qualifizierte Begleitung, dass die Mehrzahl der Tagespflegeeinrichtungen mit der Pflege dieser Personengruppen überfordert wäre.

Zahlreiche Tagespflegeeinrichtungen haben überwiegend Menschen mit Demenz als Nutzer, manche verstehen sich explizit als Einrichtungen für diese Personengruppe. Nach den Ergebnissen einer jüngeren Studie aus NRW (Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen 1997) werden dort ca. zwei Drittel der Nutzer als psychisch krank eingeschätzt. Die Angaben sind noch mit Vorsicht zu bewerten, denn sie beruhen auf Angaben der Mitarbeiter der Tagespflegeeinrichtungen, die diese aus den persönlichen Unterlagen der Nutzer entnommen haben. Sie bedürfen der Überprüfung. Eine „in-

tegrative" Pflege körperlich kranker und psychisch kranker Pflegebedürftiger ist aufgrund der Erfahrungen zahlreicher Tagespflegeeinrichtungen schwierig und stellt sehr hohe Anforderungen an das Personal. Daher nimmt die Zahl der Einrichtungen zu, die sich spezialisieren.

Viele Tagespflegeeinrichtungen orientieren sich an einer unteren „Altersgrenze" von ca. 60 bis 65 Jahren. Die Mehrzahl der Nutzer bilden die Altersgruppen der über 80-jährigen Pflegebedürftigen der Pflegestufen I und II.

(e) Probleme und Perspektiven

Wenn – wie oben beschrieben – die Tagespflege für eine Vielzahl von Pflegebedürftigen eine sehr sinnvolle Versorgungsperspektive darstellt, wenn ambulante Pflege allein nicht mehr ausreicht und stationäre Pflege (noch) nicht erforderlich ist, so wird man fragen, warum dieser „Baustein" im Bereich der Versorgung Pflegebedürftiger immer noch nicht „flächendeckend" verfügbar ist. Dementsprechend ist schon der Weg zur Tagespflege für viele Nutzer schwierig bzw. durch überlange Transportwege gar nicht möglich (Transportzeiten von mehr als 30 Minuten je Wegstrecke sind nur ausnahmsweise akzeptabel).

Aus den bisherigen Erfahrungen mit der Tagespflege lassen sich hierzu u. a. folgende Überlegungen herauskristallisieren:

(1) Der Betrieb einer Tagespflegeeinrichtung ist wirtschaftlich schwierig. Bei Einrichtungs- bzw. Gruppengrößen von ca. 10 bis 14 Personen führt schon eine geringe Minderauslastung zu betriebswirtschaftlichen Problemen. Das Ziel vieler Träger, eine möglichst stabile Auslastung durch einen Besuch der Tagespflegegäste an allen Wochentagen zu erreichen, ist schwierig. Dies ergibt sich schon daraus, dass Pflegebedürftige in der Regel nicht bereit (bzw. in der Lage) sind, erheblich Beträge über die Leistungen der Pflegeversicherung und die zusätzlichen selbst zu tragenden Kosten für Unterkunft und Verpflegung hinaus zu zahlen. Aus Nutzersicht erscheint es jedoch als sinnvoll, dass die Einrichtungen flexibel auf deren Bedarfslagen reagieren.

(2) Die oben genannten Beträge (Sachleistungen der Pflegekassen nach SGB XI) reichen in der Regel dann nicht aus, wenn neben Tagespflege auch Leistungen ambulanter Dienste in Anspruch genommen werden müssen. Zwar kann zusätzlich zu den Leistungen für Tagespflege ein Pflegegeld gewährt werden, jedoch nur dann, wenn der Höchstwert der Sachleistung nicht ausgeschöpft wird. Auch Sachleistungen für häusliche Pflege können in Anspruch genommen werden; doch die Aufwendungen dürfen insgesamt je Monat nicht den für die jeweilige Pflegestufe vorgesehen Gesamtwert überschreiten.

(3) Tagespflege erfordert vom Träger eine grundsätzlich andere konzeptionelle Ausrichtung als ambulante Pflege und als stationäre Pflege. Sie erfordert ein „Denken im Versorgungsverbund", weil sie überwiegend parallel zu ambulanten professionellen Pflege und zur familiären Pflege erfolgt. Die Planungssicherheit ist weniger ausgeprägt als in der stationären Pflege mit ihren (relativ) stabilen Pflegeverhältnissen. Tagespflege ist sehr beratungsintensiv und macht ständige Abstimmungsprozesse erforderlich. Sie ist insofern „schwieriger" zu organisieren. Es müssen Möglichkeiten geschaffen werden, unterschiedliche Konzepte in der Tagespflege noch intensiver zu erproben (z. B. durch einen – zeitlich begrenzten – Experimentierstatus).

(4) Die unter (3) genannten Anforderungen machen sehr deutlich, dass es auf eine sorgfältige Bedarfsprüfung (Assessment) ankommt und auf ein ebenso sorgfältiges Care-Management. Beides steht als Element der Regelversorgung bisher nicht zur Verfügung.

(5) Die Kenntnisse der Nutzer (und ihrer Angehörigen) über die Angebote der Tagespflege sind immer noch unzureichend. Auch die Beratung im Hinblick auf die Möglichkeiten der Tagespflege ist noch immer mangelhaft. Häufig sind weder die Mitarbeiter des MDK, noch die Mitarbeiter der ambulanten Dienste, noch die Mitarbeiter der Pflegekassen und der allgemeinen Beratungsstellen für Ältere in der Lage zu einer „leistungserschließenden" Beratung im Hinblick auf die Tagespflege. Ein Angebot, das in der Beratung Pflegebedürftiger und Angehöriger nur unzureichend erläutert werden kann, ist unattraktiv. Aufgrund der oben genannten Schwierigkeiten leisten vielfach auch die Träger der Altenhilfe keine offensive Beratungsarbeit. Ebenso können Konkurrenzgesichtspunkte eine Rolle spielen.

(6) Wenn zu einer Übersiedlung in ein Pflegeheim Alternativen bestehen, so werden diese von den Betroffenen und den Angehörigen in der Regel bevorzugt. Das Ziel einer Beratung im Vorfeld der Leistungserbringung muss es sein, diese Alternativen auszuloten, wobei Kombinationslösungen mit Tagespflege und Betreutem Wohnen miteinbezogen werden müssen.

(7) Der Bedarf an Tagespflegeeinrichtungen für psychisch kranke ältere Menschen ist hoch. Demnach müssen sich die Einrichtungen in Zukunft noch stärker an der Bedarfslagen dieser Gruppe orientieren.

(8) Die Absicht des Bundesministeriums für Gesundheit, den Personen mit Demenz einen Tag Tagespflege pro Woche – ohne Anrechnung auf die bisherigen Leistungen nach dem SGB XI – zur Entlastung der Angehörigen zukommen zu lassen, könnte ein Schritt in die richtige Richtung sein, da hierdurch unter anderem ein nicht zu unterschätzender positiver Effekt auf die Entwicklung dieser Infrastruktur zu erwarten ist. Den Pflegebedürftigen sollte dabei die Möglichkeit zur Ansammlung und blockweisen Inanspruchnahme von Tagen in der Tagespflege eingeräumt werden.

3.2.4.3 Stationäre pflegerische Versorgung älterer Menschen – ausgewählte Aspekte

(a) Heime – Lebensorte einer Minderheit im Alter

Nach wie vor leisten die Heime einen bedeutenden Beitrag zur Bewältigung der Versorgung Pflegebedürftiger, die nicht in ihrem eigenen Haushalt oder im Haushalt von Familienangehörigen versorgt, betreut und gepflegt

werden können oder wollen. Der enorme Ausbau der ambulanten Dienste in den vergangenen Jahren und die verbesserten Finanzierungsbedingungen durch die Pflegeversicherung – u. a. durch die Geldleistungen – haben wahrscheinlich dazu beigetragen, den aufgrund der demographischen Entwicklung erwarteten Anstieg der Zahl der Plätze in Pflegeeinrichtungen zu dämpfen. Doch trotz einer verbesserten Infrastruktur mit ambulanten Diensten – und der Entwicklung von Angeboten des Betreuten Wohnens (mit rasch erreichbaren pflegerischen Leistungen) und zahlenmäßig noch unbedeutenden Alternativen wie z. B. Wohngruppen für Pflegebedürftige – wird der Heimsektor in naher Zukunft wie in den nächsten beiden Jahrzehnten seine Bedeutung behalten. Es werden konzeptionelle Änderungen erfolgen (müssen), z. B. durch die Anforderungen aufgrund einer höheren Zahl psychisch kranker älterer Menschen, die nicht zu Hause versorgt werden können. Und es werden bauliche und organisatorische Änderungen erfolgen müssen, unter anderem durch eine neue Generation der Heime, die so genannten Hausgemeinschaften, die sich dadurch auszeichnen, dass die Kooperation zwischen Pflege und Hauswirtschaft einen grundsätzlich anderen Charakter erhält (siehe hierzu Abschnitt 6).

Von den mehr als 11,6 Millionen älteren Menschen (65 Jahre und älter) leben mehr als 93 Prozent in „normalen" Wohnungen; nur ca. 6,9 Prozent leben in Einrichtungen, die als „Sonderwohnformen" bezeichnet werden, fast 662 000 in Heimen (5,3 %) (überwiegend Altenpflegeheime und Altenwohnheime) und ca. 200 000 in speziellen Altenwohnungen (1,6 %). Hierzu zählt man auch aus pragmatischen Gründen das „Betreute Wohnen". Es ist also eine Minderheit der über 65-jährigen Personen, die im Heim wohnen muss oder wohnen will, doch diese Minderheit verdient politisch und gesellschaftlich höchste Aufmerksamkeit, da es sich überwiegend um eine Personengruppe handelt, die des besonderen Schutzes bedarf, deren Selbstbestimmung und Selbstständigkeit gefährdet ist und deren Unterstützungs-, Hilfe- und Pflegebedarf aufgrund körperlicher und/oder psychischer Krankheiten oder fortgeschrittenem Abbau der körperlichen Kräfte erheblich ist (zum altersabhängigen Anteil der in Heimen untergebrachten Menschen siehe Kapitel 3.1.4, insbesondere Abbildung 3-4).

Eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe für die genannte Personengruppe der Heimbewohner besteht darin – den im Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches formulierten Zielsetzungen entsprechend –, neben dem Bemühen um Linderung der Folgen von körperlichen und/oder psychischen Krankheiten und der Erhaltung einer qualitätvollen Unterstützung und Pflege ein menschenwürdiges Leben mit einem möglichst hohen Grad von Normalität und Selbstbestimmung sicherzustellen. Dies mag als eine Selbstverständlichkeit erscheinen. Doch gerade bei einem hohen Ausmaß der Bedrohung und/oder der Belastung durch körperliche wie durch psychische Krankheit scheint es auch eine besonders starke Gefährdung der Person im Hinblick auf die Erhaltung eines menschenwürdigen Lebens zu geben. Dies betrifft nicht nur die Heimbewohner; ebenso gilt dies für die – zum Teil durch Familienangehörige sowie durch ambulante Dienste und/oder freiwillige Helfer unterstützte – Versorgung langfristig kranker und pflegebedürftiger Personen im eigenen Haushalt oder im Haushalt von Familienangehörigen.

(b) Statistische Angaben zu den Heimen

Zahl der stationären Alteneinrichtungen und Zahl der Plätze nach Trägern

Für das Jahr 1997[24] weist die Heimstatistik für Deutschland knapp elftausend stationäre Alteneinrichtungen aus (vgl. Tabelle 3-9), wovon 7 131 in freigemeinnütziger Trägerschaft standen. Insgesamt standen in den Alteneinrich-

[24] Neuere vollständige Daten aller Bundesländer lagen bei Abschluss der Arbeiten am Manuskript noch nicht vor.

Tabelle 3-9: Zahl der Alteneinrichtungen[1] und der verfügbaren Plätze nach Einrichtungsträger und Platzart, 1997

Platzart	Träger der Einrichtung			
	öffentlich	freigemeinnützig	privatgewerblich	insgesamt
	Anzahl			
Altenwohnheimplätze	4 660	28 742	7 191	40 593
Altenheimplätze	15 126	74 118	10 397	99 641
Altenpflegeheimplätze	51 902	217 526	94 450	363 878
Plätze in Alteneinrichtungen insgesamt[2]	88 258	429 609	138 565	656 432
Zahl der Alteneinrichtungen	1 002	7 131	2 858	10 991

1) nach § 1 Heimstatistik;
2) einschl. 152 320 Plätze, die nicht nach Art der Plätze nachgewiesen sind.
Quelle: Statistisches Jahrbuch 1999, Tabelle 19.13 (Heimstatistik des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

tungen rund 656 Tausend Plätze zur Verfügung; die meisten davon (knapp 364 Tausend) sind Pflegeheimplätze.

Für die statistische Entwicklung der Zahl und des Anteils der Heime nach Trägern im letzten Jahrzehnt sind vor allem folgende zwei Tendenzen zu beobachten:

- Zunahme der Zahl der Altenpflegeplätze bei Abnahme der Altenwohnheim- und Altenheimplätze.
- Zunahme des Anteils der Plätze in Einrichtungen privatgewerblicher bei gleichzeitiger
- Abnahme der Plätze in Einrichtungen öffentlicher Trägerschaft.

Dies wird belegt durch eine neuere repräsentative Infratest-Untersuchung (Schneekloth & Müller 2000). Wie erwartet, hat sich der Trend der zahlenmäßigen Abnahme von Einrichtungen öffentlicher Träger weiter fortgesetzt. Für die Zukunft wird noch eine weitere Abnahme der Zahl der Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft erwartet. Zugenommen hat erwartungsgemäß der Anteil der privaten Träger. Verglichen mit den Ergebnissen der Infratest-Heimerhebung von 1994 stieg der Anteil der privatgewerblichen Träger stationärer Pflegeeinrichtungen von 29 Prozent (1994) auf 36 Prozent im Jahre 1998; in den neuen Bundesländern liegt der Anteil der privaten Träger von stationären Pflegeeinrichtungen noch bei ca. 11 Prozent.

Tabelle 3-10: Trägerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen 1994 und 1998 (in Prozent)

Trägerschaft	*1994*	*1998*
öffentlich	16	10
freigemeinnützig	55	54
privat	29	36

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 125.

Unsicher ist, ob die Zahl der Plätze im Bereich der privatgewerblichen Träger in Zukunft noch einen stärkeren Anstieg erfahren wird als die Zahl der Plätze im Bereich der bisher durch die Förderpraxis begünstigten – freigemeinnützigen Träger. Die Konkurrenzsituation dürfte sich vor allem seit Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes verschärft haben (was politisch gewollt war).

In Bezug auf die Gruppe der pflegebedürftigen Heimbewohner kommt die Tendenz hinzu, dass der Anteil psychisch Kranker (dementer und depressiver) Personen angestiegen ist und wahrscheinlich noch weiter ansteigen wird, was die meisten stationären Einrichtungen vor erhebliche konzeptionelle und personelle Probleme stellt und stellen wird. Dies wird auch Auswirkungen auf die Verweildauer der Bewohner haben (siehe weiter unten).

Größe der stationären Pflegeeinrichtungen (durchschnittliche Platzzahl)

Eine Durchschnittsbetrachtung der Größe eines Heimes nach der Zahl der Plätze ist insofern unzureichend, als Missdeutungen im Hinblick auf die Auswirkungen der Platzzahl möglich sind. „Große" Einrichtungen mit 200 oder mehr Bewohnern können z. B. unter Umständen gut gegliedert in getrennten baulichen Einheiten organisiert sein, so dass sie konzeptionell wie organisatorisch Einheiten mit 60 oder 80 Plätzen oder gar weniger Plätzen ähneln. Nach der im Jahre 1998 erfolgten Infratest-Erhebung verteilen sich die Größenklassen wie folgt:

Tabelle 3-11: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Anzahl der Bewohner, 1994 und 1998 (in Prozent)

Zahl der Bewohner	*1994*	*1998*
Unter 50	41	40
50 bis 149	46	51
150 und mehr	13	9

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 126.

Die durchschnittliche Zahl der Bewohner pro Heim lag 1994 bundesweit bei ca. 80, im Jahr 1998 bei ca. 75. Es liegen keine Hinweise darüber vor, ob sich seitdem durch Modernisierungen und Neubauten wesentliche Verschiebungen ergeben haben. Es gibt allerdings Anzeichen dafür, dass die Zahl der Plätze pro Einrichtung etwas reduziert worden ist; bei Neubauten und Modernisierungen sind nach den Erfahrungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe – das pro Jahr mehr als 400 Einrichtungen berät – in der Regel geringere Zahlen pro Heim geplant. Auf konzeptionell bedingte und erwünschte geringere Platzzahlen pro Heim wird weiter unten näher eingegangen.

Leistungs- und Therapieangebote der Heime

Über die Leistungen der Grund- und Behandlungspflege hinaus bieten die stationären Pflegeeinrichtungen eine Reihe von Leistungen und therapeutischen Angeboten. Diese zusätzlichen Angebote können im Wettbewerb der Heime von Bedeutung sein. Wie aus Tabelle 3-12 zu ersehen ist, gehören einige der Angebote sozusagen zum Standard der Einrichtungen. Dies gilt für die Bereitstellung von Diät und Sonderkostformen, das Kontinenz- und Toilettentraining, die allgemeine Gymnastik und Bewegungsförderung, die Beschäftigungstherapie sowie das Gedächtnis- und Orientierungstraining.

(c) Die Bewohner der Heime

Heimeintrittsgründe

Zu den Gründen für den Umzug in ein Heim zählen vor allem:

- Erhebliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation;
- Zusammenbrechen der häuslichen Versorgungssituation (u. a. aufgrund des Ausfalls der Hauptpflegeperson);

Tabelle 3-12: Leistungs- und Therapieangebote stationärer Pflegeeinrichtungen (in Prozent)

Angebote	1994	1998
Diät/Sonderkostform	87	91
Kontinenz-/Toilettentraining	68	89
Allgemeine Gymnastik/Bewegungsförderung	86	88
Beschäftigungstherapie	78	87
Gedächtnis-/Orientierungstraining	60	81
Krankengymnastik oder Bewegungstherapie	78	74
Massagen, Bäder, Rotlicht- oder Elektrotherapie	38	31
Arbeitstherapie	20	23
Sprachschulung oder Logopädie	16	21
Psychotherapie/Verhaltenstraining	11	17
Heilpädagogische Förderung	9	7

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 129f.

- Unfähigkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt wieder selbstständig leben zu können;
- Wunsch nach geeigneter Betreuung,
- Suche nach Sicherheit bei eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten,
- Wunsch nach besserer sozialer Einbindung,
- Wunsch, Angehörigen nicht zur Last zu fallen.

Bei den gesundheitlichen Gründen könnte noch weiter differenziert werden. Nach einer Untersuchung von Bickel (Bickel 1995) waren es vor allem Demenzerkrankungen, die zu einem Umzug ins Heim führten (43 % der Fälle). Danach folgten Herz-Kreislauf-Erkrankungen (16 %), gefolgt von Frakturen und Verletzungen (8 %) und funktionellen psychischen Störungen (5 %). Obwohl diese Untersuchung nicht repräsentativ für die Bundesrepublik Deutschland ist, zeigt sie doch den Trend, der auch aus anderen begrenzten Untersuchungen bekannt ist und aus vielen Einrichtungen seit Jahren berichtet wird: Die häusliche (familiäre) Versorgung psychisch kranker (dementer, depressiver) Menschen stößt an ihre Grenzen. Angehörige (zum Teil unterstützt durch Mitarbeiter ambulanter Dienste und durch freiwillige Helfer) können bei mittelschwerer und bei schwerer psychischer Krankheit nur noch unzureichende Hilfe leisten.

Der Umzug ins Heim

Der „Umzug" in ein Heim (der in zahlreichen Fällen gar kein geplanter Umzug ist, sondern den Charakter einer „Einweisung" hat, weil ein Verbleib im Krankenhaus nicht mehr sinnvoll bzw. nicht mehr möglich ist und die eigene Wohnung oder die Wohnung eines Familienangehörigen keine ausreichenden Versorgungs- und Pflegemöglichkeiten mehr bietet) stellt in der Regel eine sehr einschneidende Veränderung der Lebenssituation dar: Man tritt ein in eine Institution bzw. einen Großhaushalt, der nach völlig anderen Regeln strukturiert ist als ein Privathaushalt. Der dadurch bedingte Verlust an individuellen Entscheidungsspielräumen – unabhängig davon, ob man alle Entscheidungsspielräume auch wirklich nutzen kann – korrespondiert bei (zunehmender) Pflegebedürftigkeit mit einer häufig abnehmenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit. Und selbst der gewollte und eventuell langfristig vorbereitete Umzug in eine selbst gewählte neue Wohnung, z. B. in ein Wohnstift oder ein ähnliches Haus mit einem relativ hohen Grad an persönlicher Autonomie hat zur Folge, dass man sich auf zahlreiche Alltagsbezüge neu einstellen muss. Und neben der neuen physischen Umgebung sind es neue soziale Beziehungen, auf die man sich zum Teil – vor allem bei Hilfebedarf – einlassen muss, wenn man den Nutzen der neuen Lebenssituation erfahren will. Sowohl die Befürchtung vor dem Verlust an Selbstbestimmung als auch die Notwendigkeit des Eintritts in eine neue physische und soziale Umgebung sind mitentscheidend für die weit verbreitete Zurückhaltung gegenüber einem Umzug ins Heim, den man solange wie möglich hinausschieben möchte.

Einschränkung der persönlichen Autonomie durch institutionelle Zwänge

Erfolgt der Umzug in eine neue Alterswohnung bzw. in eine Heim gewollt und mit ausreichenden finanziellen Möglichkeiten, so bleiben im Prinzip viele Freiheitsspielräume erhalten, die sich nicht ausdrücklich auf den Wohnortwechsel beziehen. Man handelt weiter selbstbestimmt bis auf die evtl. vorhandenen Zwänge, die man jedoch weitgehend vorhersehen kann. Man ist sich wahrscheinlich mehr oder weniger dessen bewusst, dass Schutz und Sicherheit ohne einen gewissen Anteil institutionell bedingter Zwänge nicht zu erreichen ist. Selbst wenn ein höherer Betreuungsbedarf oder Pflegebedarf eintreten sollte, so ist bei ausreichenden finanziellen Möglichkeiten – über den Schutz der privaten und/oder sozialen Kranken- und Pflegeversicherung hinaus – jederzeit ein Zukauf von Leistungen möglich. Man kann davon ausgehen, dass die dann erforderlichen Leistungsmengen auf jeden

Fall „am Markt" verfügbar sind. Und die Qualität der Leistungen ist lediglich begrenzt durch den erreichten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis innerhalb der Pflegeprofession. Gewiss wird man einen Vergleich unter den Leistungserbringern und eine kenntnisreiche Beratung benötigen.

Die hier genannte Möglichkeit, unabhängig von ökonomischen Begrenzungen selbstbestimmt wählen zu können, trifft freilich nur für einen sehr eng begrenzten Personenkreis zu. Für die Mehrheit gelten – abhängig von Einkommen und Vermögen – Grenzen im Hinblick auf Wahlfreiheit und Selbstbestimmung. Die Mehrheit ist angewiesen auf die Leistungen, die ihr im Rahmen der sozialen Sicherungssysteme – vor allem der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe – „zustehen". Mit dieser Aussage soll nicht der Eindruck erzeugt werden, dass diese Leistungen grundsätzlich schlecht oder defizitär seien; es soll nur deutlich werden, dass es auf jeden Fall Einschränkungen im Hinblick auf die Leistungsmenge und die Leistungsqualität gibt, die ökonomisch bedingt sind. Dies trifft natürlich besonders auf diejenigen Leistungen zu, deren Finanzierung einem festen Budget unterliegen, wie z. B. die Leistungen der Pflegeversicherung. Forderungen nach Erweiterung der Leistungsmenge und Verbesserung der Leistungsqualität in der Altenhilfe haben – bei weitgehend unveränderten ökonomischen Rahmendaten – aber wahrscheinlich nur dann eine Chance, durchgesetzt zu werden, wenn in anderen Bereichen „gespart" wird.

Das Heim als Großhaushalt

Das Heim als Großhaushalt versuchte in der Vergangenheit und versucht auch heute, pflegebedürftige ältere Menschen möglichst rationell zu versorgen. Die von betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten geleitete Einschätzung, dass nur ab einer bestimmten Untergrenze an Plätzen eine kostengünstige Pflege möglich sei, lässt sich nur dann belegen, wenn man die Bewohner als relativ passive „Objekte" der pflegerischen und hauswirtschaftlichen „Versorgung" betrachtet. Hinzu kommt, dass bei einer solchen Einschätzung die Variationsbreite der Bedürfnisse der Bewohner begrenzt sein muss. Denn es mag z. B. „funktional" und preisgünstig sein, das Essen durch einen externen Dienstleister herstellen zu lassen („Catering") – unabhängig von den Wünschen und den Beteiligungsmöglichkeiten der Bewohner. Die Einbeziehung der Bewohner in den Prozess der Essensvorbereitung und -zubereitung wird reduziert oder völlig beseitigt, man „riecht" das Essen nicht mehr, man ist dem „normalen" Haushalt eher entfremdet.

Funktionalität und Bewohnerinteresse können nahe beieinander liegen; sie können jedoch auch weit auseinander klaffen. Eine gemeinsame Essensvorbereitung und -zubereitung mithilfe der Bewohner oder gar durch die Bewohner selbst ist sinnvoller als jede „Beschäftigungstherapie". Doch die betriebswirtschaftliche Sicht allein reicht nicht aus, wenn man die Bewohnerperspektive einnimmt. Dies kann an einem einfachen Beispiel deutlich gemacht werden. Wird das Essen nicht im Heim selbst zubereitet, sondern – in durchaus guter Qualität – durch einen externen Dienstleister hergestellt und pünktlich geliefert, so kann man nur durch eine künstlich geschaffene Situation den Vorgang der Essensvorbereitung und des Kochens in den Alltag der Heimbewohner integrieren. Es reduziert die Möglichkeit, im therapeutischen Bereich an frühere Alltagsgewohnheiten anzuknüpfen und sinnliche Erfahrungen einzubeziehen und erfordert darüber hinaus zusätzliche Ressourcen.

Wenn dies für alle im Heim arbeitenden Personen verbindlich ist, dann lassen sich klare Arbeitsschritte definieren, die sich – evtl. auf unterschiedlichem Wege – optimieren lassen. Eine solche Optimierung in organisatorischer wie in betriebswirtschaftlicher Sicht wird u.a. durch die Größe eines Heims bestimmt sowie durch die Tatsache, ob im Rahmen der Hauswirtschaft z. B. eine eigene Küche vorgehalten wird und/oder eine eigene Wäscherei, ob der Reinigungsdienst im Heim selbst organisiert wird oder durch einen externen Dienstleister erbracht wird („Outsourcing"). Die genannten Beispiele sind den „klassischen" Bereichen entnommen; es gibt zahlreiche Hinweise darauf, dass die entscheidende Größe in diesem Zusammenhang die Zahl der Beschäftigten im Bereich der Hauswirtschaft (in Grenzen) und der Pflege ist.

Bei gegebenem körperlichen und psychischem Zustand ist die Menge der „erforderlichen" pflegerischen Leistungen abhängig vom Qualitätsniveau, auf dem man sich bewegt und das „bezahlbar" ist. Das Qualitätsniveau ist in hohem Maße davon abhängig, wie viele Personen mit welcher Qualifikation in einem Heim tätig sind, wie die Relation zwischen Fachpersonal und weiterem Personal ist und was für ein „Personalschlüssel" existiert. Wenn man annimmt, dass es ein definiertes Qualitätsniveau gibt, an das man mit den Alltagsroutinen der Bewohner anknüpfen kann, dann ist es selbstverständlich, dass dies nicht für völlig hilflose Bewohner gelten kann. Doch für diese ist häufig schon das Zuschauen bei den Alltagsaktivitäten der anderen Bewohner symbolisch für Normalität.

Das Heim als Großhaushalt setzt Grenzen für die Entfaltung individueller Bedürfnisse, allein schon durch die bestehenden Finanzierungsbedingungen, innerhalb derer eine „ausreichende" Versorgung sicherzustellen ist, ohne dass es bisher ein differenziertes, allgemein anerkanntes Qualitätsniveau gibt. Es kann auch die Frage gestellt werden, ob die stationären Einrichtungen allein in ihrer bisherigen (manufakturartigen) Struktur wirklich geeignet sind, Lebens- und Pflegequalität bei weitestgehender Autonomie der Bewohner und ökonomisch optimalem Ressourceneinsatz sicherzustellen, oder ob verstärkt über Alternativen zum Heim nachgedacht werden muss.

Zur Situation der Heimbewohner

Ganz aktuelle, systematisch erhobene Angaben zu den Heimbewohnern und ihrer besonderen Situation sind nicht verfügbar, wenn man von den bisherigen (groben) Daten der Pflegeversicherung zu einigen Merkmalen der

Leistungsempfänger absieht (vgl. Kapitel 3.1.4). Es kann aber auf die Daten der Infratest-Untersuchungen aus den Jahren 1994 und 1998 zurückgegriffen werden (Schneekloth & Müller 2000). Zur Charakterisierung der Bewohner dient zunächst die Einstufung nach den Pflegestufen des SGB XI (s. Tabelle 3-13). Eine Reihe von Bewohnern ist nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI, darunter befinden sich auch Bewohner ohne Pflegebedarf (sog. Wohnfälle). Der Hilfebedarf der Bewohner mit Pflegestufe 0 befindet sich nach den bisherigen Begutachtungs-Richtlinien im Rahmen der Einstufung gemäß SGB XI unterhalb der Schwelle eines „erheblichen" Pflegebedarfs. Hierzu dürften auch Personen mit leichter Demenz oder weniger schweren sonstigen psychischen Krankheiten zählen. Diese Personen haben zum Teil erhebliche Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung und benötigen ferner regelmäßige pflegerische Hilfeleistungen sowie Maßnahmen der sozialen Betreuung.

Tabelle 3-13: Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegestufen, 1998

Pflegestufen	Anteil (in Prozent)
Stufe III	23
Stufe II	37
Stufe I	23
Stufe 0	12
Sog. Wohnfälle	5

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 133

Alter der Heimbewohner

Es sind überwiegend die Hochaltrigen, die im Pflegeheim wohnen (müssen). Insofern taugt der oben genannte Anteil der Heimbewohner von 5,3 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre nur dazu, eine Größenordnung in Bezug auf die gesamte Altersgruppe zu benennen. Differenziert man nach 5-Jahres-Altersgruppen, so ergibt sich ein völlig anderes Bild. Während z. B. von den 75- bis 79-jährigen Personen nur 3,8 Prozent in einem Heim leben wollen oder leben müssen, sind es von den 80- bis 84-jährigen Personen schon 8,2 Prozent, von den 85- bis 89-jährigen Personen 17 Prozent und von den über 90-jährigen Personen mehr als 31 Prozent. Älter als 80 Jahre sind 67 Prozent der Heimbewohner. Das Durchschnittsalter der Heimbewohner lag im Jahre 1998 bei 81 Jahren. Es wird berichtet, dass sich das Durchschnittsalter bei Heimeintritt in den letzten Jahren immer weiter nach oben verschoben hat. Interessanterweise scheint dies auch bei den Wohnstiften der Fall zu sein, in die man ja in der Regel freiwillig – ohne pflegebedürftig zu sein – eintritt. Betrachtet man die Altersstruktur der Heimbewohner im Vergleich der Jahre 1994 und 1998 (s. Tabelle 3-14), so fällt auf, dass die zum Teil in der Fachöffentlichkeit kolportierte extreme Zunahme hochaltriger Personen nicht stattgefunden hat. Auch viele Hochaltrige werden zu Hause gepflegt.

Tabelle 3-14: Alter der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, 1994 und 1998 (in Prozent)

Altersgruppen	1994	1998
Unter 60 Jahre	6	7
60 bis unter 75	18	17
75 bis unter 90	59	57
90 und älter	17	19

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 132

Dauer des Heimaufenthalts

Die Dauer des Wohnens im Heim hängt statistisch u. a. ab vom Eintrittsalter, vom Familienstand und vom Geschlecht. Verheiratete Männer und verheiratete Frauen sind aufgrund der gegenseitigen Hilfeleistungen im gemeinsamen Haushalt deutlich kürzer auf ein Leben im Heim angewiesen als Verwitwete, Ledige und Geschiedene. Männer leben im Durchschnitt kürzere Zeit in einem Heim, weil sie länger von ihren (häufig jüngeren) Frauen bzw. Lebenspartnerinnen zu Hause gepflegt werden.

Durch die Infratest-Erhebung stehen gute Daten über die zum Erhebungszeitpunkt bestehende Aufenthaltsdauer in Heimen zur Verfügung. Schon die für 1994 ermittelten Angaben überraschten dadurch, dass die Aufenthaltsdauer im Pflegebereich zum Teil erstaunlich lange war und nur 8,5 Prozent weniger als 6 Monate im Pflegebereich wohnten. Legt man diesen Wert zugrunde, so wird deutlich, dass es verfehlt wäre, Altenpflegeeinrichtungen allein als Stätten der Intensivpflege und der Sterbebegleitung zu verstehen. Immerhin wurde damals eine durchschnittliche Verweildauer von 36 Monaten in pflegeorientierten Einrichtungen ermittelt. Weit mehr als 60 Prozent der Bewohner sind länger als 1 Jahr in einer pflegeorientierten Einrichtung. Eine 1995 veröffentlichte Studie aus Baden-Württemberg bietet ebenfalls Daten zur Verweildauer (Messmer 1995). Die immer wieder geäußerte Auffassung, dass die Aufenthaltsdauer in Pflegeheimen zurückgehen würde, wird jedenfalls für einen Vergleich der Jahre 1982 und 1992 widerlegt. Danach hatten die im Jahre 1982 aus Pflegeheimen ausgeschiedenen Bewohner dort durchschnittlich 26 Monate gelebt. Die im Jahre 1992 ausgeschiedenen Bewohner hatten durchschnittlich 33,6 Monate im Heim gelebt. Der Trend zur Verlängerung der durchschnittlichen Verweildauer wird bestätigt durch eine Studie von Bickel, der einen Zehnjahres-Vergleich in Mannheimer Heimen durchgeführt hat (Bickel 1995). Danach hatten die 1982 ausgeschiedenen Bewohner im Durchschnitt 20,2 Monate im Heim gelebt, die 1992 ausgeschiedenen Bewohner dagegen im Durchschnitt 26,2 Monate.

Ein weiterer Gesichtspunkt erscheint von Bedeutung: Aus der vorher genannten Untersuchung von Messmer (1995) ist bekannt, dass diejenigen Bewohner, die weniger als 12 Monate im Heim leben, nur einen geringen Teil der Pflegeheimkapazitäten in Anspruch nehmen. Mehr als

Tabelle 3-15: Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen nach Dauer des bisherigen Aufenthaltes, 1994 und 1998 (in Prozent)

Aufenthaltsdauer	*1994*[1]	*1998*
Unter 6 Monaten	9	10
6 bis unter 12 Monate	10	11
12 bis unter 24 Monate	18	18
24 bis unter 36 Monate	13	13
36 bis unter 60 Monate	19	18
60 bis unter 84 Monate	11	10
84 bis unter 120 Monate	9	9
120 Monate und mehr	11	11
Durchschnittliche Dauer des bisherigen Aufenthaltes in Monaten	52	52

1) 1994: Bewohner pflegeorientierter Einrichtungen.

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 132.

95 Prozent der Kapazitäten werden von Personen beansprucht, die länger als ein Jahr im Heim leben. Dies ist ebenfalls – falls nicht nach Einführung der Pflegeversicherung eine völlige Umorientierung im Sinne eines Rückganges der Verweildauer eingetreten ist – ein Indiz dafür, dass Heime im hohen Maße Wohn-Funktionen haben und dementsprechend gestaltet werden müssen.

Die Autoren der Infratest-Erhebung (Schneekloth und Müller 2000) weisen darauf hin, dass die im Querschnitt erhobenen Ergebnisse zur gegenwärtigen Dauer des Aufenthaltes nicht verwechselt werden dürfen mit der tatsächlichen Verweildauer (vom Einzug bis zum Tod des Bewohners). Eine Querschnittsbetrachtung zum Stichtag lässt keinen sicheren Schluss auf die tatsächliche zeitliche Belegungsstruktur zu.

Die Angaben der vorstehenden Tabelle 3-15 stützen jedoch die oben getroffene Aussage, dass Heime für eine große Zahl ihrer Bewohner Orte eines längeren Aufenthaltes sind und dementsprechend Wohncharakter haben müssen.

Erwartungen im Hinblick auf die zukünftigen Verweildauern

Die Daten belegen, dass sich nach Einführung der Pflegeversicherung bis 1998 keine gravierenden Änderungen der Aufenthaltsdauer der Bewohner von Altenpflegeheimen vollzogen haben. Ob dies auch weiterhin so bleiben wird, ist offen. Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die somatisch pflegebedürftigen Personen abgenommen hat und evtl. noch weiter abnehmen wird. Doch in Anbetracht der Entwicklung, dass immer mehr ältere Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen wohnen werden, sind Aussagen zur künftigen Verweildauer schwierig. Es ist nicht auszuschließen, dass infolge der z. T. relativ langen Krankheitsverläufe psychisch kranker älterer Menschen auch die Verweildauer in Heimen zunehmen könnte. Dies trifft auch zum Beispiel auf die älteren geistigbehinderten Menschen zu, wenn keine anderen Versorgungsformen gefunden werden können.

Modellrechnungen über den zukünftigen Bedarf sind – auch aufgrund des Fehlens umfangreicher pflegeepidemiologischer Erkenntnisse – mit einer Reihe von Unsicherheiten behaftet (Siehe 3.1.4.2). Retrospektive Studien zur bisherigen Entwicklung nach Einführung der Pflegeversicherung wären eine wahrscheinlich etwas angemessenere Basis für eine Vorausschau. In diesem Zusammenhang erscheint es von Bedeutung, ob angesichts der zu erwartenden demographischen Entwicklung eine Abschätzung des zukünftigen Bedarfs an Pflegeheimplätzen möglich ist. Die Zunahme der absoluten Zahl der Plätze wäre für die Altenhilfe (sowie für die Pflegeversicherung) von großer Bedeutung. Allein unter Berücksichtigung der Baukosten für neue Heimplätze finden sich ökonomisch bedeutsame Zahlen: Bei Investitionskosten zwischen 150 000 und 200 000 DM pro Platz ergeben sich bereits bei einem Neubau von 10 000 Heimplätzen Baukosten in Höhe von 1,5 bis 2 Milliarden Mark.

Eine Zunahme der ferneren Lebenserwartung der älteren Generation – wie vom Statistischen Bundesamt basierend auf der Sterbetafel der Jahre 1996/1998 im April 2000 berichtet – kann die Notwendigkeit des Ausbaus des Heimsektors evtl. noch verstärken. Nicht allein die Investitionskosten sind bedeutsam; ebenso bedeutsam ist die Zunahme der Personalausgaben, denn es ist kaum zu erwarten, dass in diesem Bereich eine Entlastung durch Rationalisierung erfolgen könnte. Im Gegenteil könnten die gestiegenen Anforderungen in Bezug auf die Qualifikation des Pflegepersonals gerade die schon jetzt bestehenden Unzulänglichkeiten noch stärker hervortreten lassen. Wenn sich die Inanspruchnahme der Heime auch in Zukunft dahingehend entwickelt, dass psychisch kranke (demente und depressive) Personen die Mehrheit der Bewohner bilden, dann sind höhere Anforderungen an das Personal zu stellen, wenn die Zeiten einer unsäglichen „Verwahrpflege" endgültig vorbei sein sollen.

Doch in Anbetracht des langen Zeitraums erscheinen diese zukünftigen Aufgaben nicht als unlösbar. Zukunftsaussagen auf der Basis von Modellrechnungen sind immer mit Unsicherheiten behaftet, wenn auch die zukünftige Zahl der älteren Menschen eine relativ sichere Größe darstellen dürfte. Doch sowohl neue Konzepte in der häuslichen Pflege, die Entwicklung neuer Formen des assistierten Wohnens sowie eine bessere Prävention und Rehabilitation könnten die Situation in Zukunft entscheidend beeinflussen, ohne dass es zu der hohen Zunahme der Zahl der Pflegeplätze kommen müsste.

Hilfebedarf der Heimbewohner

Angaben zu den Pflegestufen der Bewohner enthält Tabelle 3-13. Ergänzend hierzu wird auf den von Schneekloth und Müller im Jahre 1999 erhobenen durchschnittlichen Pflege- und Betreuungsaufwand verwiesen. Danach ergibt sich das Bild in Tabelle 3-16.

Es überwiegt die Grundpflege – täglich 100 Minuten bei den Bewohnern der Pflegestufen 0 bis III –, also der Leistungskomplex, der die alltäglichen Verrichtungen bei der Nahrungsaufnahme, der Hygiene und der Hilfe bei der Mobilität umfasst (83 Prozent aller Leistungen bei Bewohnern der Pflegestufen I, II und III). Die Behandlungspflege (Medikamentengabe- und Überwachung, Wundversorgung, Verbandwechsel, Medizinische Einreibungen und Bäder, Kontrolle des Blutdrucks und des Blutzuckers etc., Injektionen, Stoma-, Katheter- und Sondenversorgung) hat demgegenüber einen zeitlichen Umfang von 14 Minuten bei den Bewohnern der Pflegestufen 0 bis III. Erhoben wurde von Schneekloth und Müller die erbrachte Pflege; weitere Ergebnisse werden von einer Untersuchung erwartet, die vom Konzept her die erforderliche Pflege ermitteln soll und die im Laufe des Jahres 2000 ab-

Tabelle 3-16: Durchschnittlicher täglicher Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen („Pro Kopf" in Minuten pro Betreuungstag)

Aufwand für	Stufe III	Stufe II	Stufe I	Stufe 0	Stufe 0-III
Grundpflege	160	119	62	12	100
Behandlungspflege	21	15	11	5	14
Psychosoziale Hilfen	9	8	5	1	7
Aufwand insgesamt	190	143	78	18	121

Quelle: Modifizierte Tabelle nach Schneekloth & Müller 2000: 145.

Tabelle 3-17: Bewohner von Alteneinrichtungen nach Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Aktivitäten des täglichen Lebens	nein, unmöglich	nur mit Schwierigkeiten
	Prozent	
Zimmer/Wohnung sauber machen	71,0	14,2
Öffentliche Verkehrsmittel benutzen	66,7	15,1
Lebensmittel einkaufen	65,6	14,0
sich Mahlzeiten zubereiten	62,0	17,4
Medikamente nehmen	59,4	14,7
finanzielle Angelegenheiten regeln	55,9	16,1
sich außerhalb der Einrichtung zurechtfinden	49,1	19,5
Besuche machen	45,0	26,4
An- und Ausziehen	34,1	23,6
allein die Toilette benutzen	32,1	16,5
Telefonieren	31,2	20,4
zu Bett gehen/verlassen	31,1	17,3
Wasser und Stuhl halten	30,3	19,3
Im Zimmer/in der Wohnung umhergehen	27,3	14,9
tagsüber mehrere Stunden alleine bleiben	22,7	21,5

Quelle: Schneekloth & Müller 1997: 138 ff., Rangfolge geändert.

geschlossen wird (Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe und des Bundesverbandes der Arbeiterwohlfahrt gemäß der „PLAISIR"-Methode im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).

Einen Eindruck in Bezug auf den Hilfebedarf bzw. die verbliebenen Fähigkeiten vermitteln die Ergebnisse der Infratest-Erhebung von 1994, die nach wie vor plausibel sind zur Charakterisierung der Fähigkeiten der Heimbewohner. Die Situation der Bewohner in Bezug auf ihre Selbstversorgungsfähigkeiten kann ferner durch folgende (leider eher defizitorientierten) Angaben aus der Untersuchung aus dem Jahre 1994 charakterisiert werden (Tabelle 3-17).

Ein zusätzliches wesentliches Ergebnis der Untersuchung besteht darin, dass nach der Erhebung mit z.T. erheblichen psychischen Veränderungen (Orientierungsstörungen, Gedächtnisausfällen, Unfähigkeit zur Lösung von Alltagsproblemen etc.) der Bewohner zu rechnen ist. Hierzu hatte die erwähnte Infratest-Erhebung folgende Werte ermittelt: Vor Einführung der Pflegeversicherung (nach der Infratest-Heimerhebung 1994) lag der Anteil der psychisch kranken Heimbewohner bei ca. 47 Prozent, im Jahre 1998 lag er bei ca. 50 Prozent (nach der Infratest-Erhebung 1998). Diese Durchschnittswerte müssen ergänzt werden durch Angaben über die relativ große Streubreite des Anteils psychisch kranker Heimbewohner. In ca. 22 Prozent der Einrichtungen lag der Wert bei 80 Prozent und mehr, in 23 Prozent der Einrichtungen lag der Wert unter 30 Prozent. Dies deutet an, dass zum Teil eine Spezialisierung erfolgt ist.

Die Angaben zum Kreis der Personen mit psychischen Krankheiten (bzw. von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz) sind auch insofern von Bedeutung, als bei der Planung von neuen Einrichtungen sowie bei Modernisierungen bestehender Einrichtungen die besonderen Bedürfnisse dieser Personengruppe berücksichtigt werden müssen (siehe hierzu weiter unten, Abschnitt (g) Ausblick, S. 93).

Verbliebene Handlungsspielräume der Bewohner

Fragt man danach, welche Handlungsspielräume der Bewohner (noch) bestehen, so findet man in der o. a. Untersuchung aus dem Jahr 1994 folgende Angaben, die durch Befragung der Heimleitungen ermittelt wurden. (siehe Tabelle 3-18)

Neue Angaben hierzu liegen nicht vor; doch es ist zu erwarten, dass infolge eines höheren Anteils psychisch kranker Heimbewohner die Selbstversorgungsfähigkeit abnehmen wird. Betrachtet man die durch die Heimleitungen angegebenen Handlungsspielräume, so könnte man zu der Auffassung gelangen, dass sich die Situation der Heimbewohner – abgestuft nach dem Grad ihrer körperlichen bzw. psychischen Einschränkungen – gar nicht so sehr von der in einem normalen Mehrpersonenhaushalt unterscheidet. Die Frage erhebt sich jedoch, ob diese Handlungsspielräume nur theoretisch bestehen, oder ob sie tatsächlich auch genutzt werden (können). Wenn zum Beispiel 98 Prozent der Heimleitungen angeben, dass jederzeit tagsüber Besuch möglich ist, so ist dies zu verknüpfen mit den in der gleichen Untersuchung ermittelten tatsächlichen Besuchen der Bewohner. Danach erhalten 11 Prozent der Bewohner täglich Besuch, 36 Prozent einmal oder mehrmals pro Woche und 26 Prozent einmal oder mehrmals pro Monat. 26 Prozent bekommen nur selten und 5 Prozent nie Besuch.

Tabelle 3-18: Handlungsspielräume der Bewohner von Alteneinrichtungen, 1994

Handlungsspielräume	Anteil der Bewohner(in Prozent)
• tagsüber zu jeder Zeit Besuch möglich	98,4
• Zimmergestaltung möglich	97,4
• Selbstauswahl der Kleidung möglich	93,2
• eigene Möbel möglich	85,4
• tagsüber das Haus verlassen möglich	81,5
• Selbstbestimmung der Weck- und Schlafenszeiten	79,4
• Eigenständige Verfügung über Bargeld	75,1
• – (eigener) Zimmerschlüssel	55,9
• Haustiere möglich	54,1
• Selbstbestimmung der Essenszeiten	37,9
• Besucher auch nachts im Zimmer möglich	36,1
• – (eigener) Hausschlüssel möglich	34,5

Quelle: Schneekloth & Müller 1997: 150 (Reihenfolge geändert).

Hilfeleistungen von Angehörigen

Von einer besonderen Qualität sind die Hilfeleistungen, die von Angehörigen der Heimbewohner bzw. in Zusammenarbeit mit Angehörigen erbracht werden. Bei einer Befragung von 149 Heimen im Rahmen des Projekts „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Heimen" (Schneekloth & Müller 1997) wurden die Bereiche identifiziert, in denen sich Angehörige von Heimbewohnern engagieren. Tabelle 3-19 zeigt, in welchen Bereichen nach Auskunft des Heimpersonals eine intensive Zusammenarbeit mit den Angehörigen besteht.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich zahlreiche Angehörige von Heimbewohnern im Heim engagieren. Es handelt sich hierbei um ein sensibles, wichtiges und ausbaufähiges Feld. Wenn Heime möglichst wohnortnah angeboten werden können, und wenn die Angehörigenarbeit systematisch gefördert wird, dann ergeben sich noch weitere Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität für die Heimbewohner. Wie im Bereich der offenen Altenhilfe bedarf es zur Mobilisierung ehrenamtlichen Engagements professioneller „Inputs". Professionelle Helfer müssen also einen Teil ihrer Zeit zur Förderung der Angehörigenarbeit einsetzen können. Dies dürfte bei der derzeitigen Personalbesetzung der Heime an Grenzen stoßen, weil es hierfür bisher in der Regel keine Finanzierung gibt.

Kosten des Heimaufenthaltes

Die oben angeführte Untersuchung von Schneekloth und Müller (Schneekloth und Müller 2000) ermöglicht die Darstellung der durchschnittlichen Höhe der Entgelte, die den Heimbewohnern in Rechnung gestellt werden. Sie betrugen 1998 in den alten Bundesländern 4 261 DM, in den neuen Bundesländern 3 307 DM.

Die Gesamtentgelte enthalten in der überwiegenden Zahl der Bundesländer die Bestandteile Pflege, Unterkunft und Verpflegung (sog. Hotelkosten) und anteilige Investitionskosten. Diese Investitionskosten werden von allen Einrichtungen erhoben, wenn keine öffentliche Förderung besteht oder die betriebsnotwendigen Kosten durch die öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt werden. In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Saarland werden diese gesondert in Rechnung gestellten Investitionskosten als bewohnerbezogener Zuschuss aus Landesmitteln bei denjenigen Pflegebedürftigen übernommen, die sozialhilfeabhängig bleiben würden („Pflegewohngeld").

Tabelle 3-19: Bereiche, in denen eine intensive vs. keine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Heimbewohner erfolgt

Art des Engagements	intensive Zusammenarbeit	keine Zusammenarbeit
	%	
Einzelberatung	52	3
Zimmereinrichtung	50	8
Finanzregelung	45	5
Informationsvermittlung	27	25
Sterbebegleitung	21	11
Organisation/Hilfen bei Ausflügen, Festen usw.	13	28
Gruppenarbeit	7	72
Pflegehilfen	6	24
Hilfe bei aktivierenden Übungen	6	30

Quelle: Urlaub, Kremer-Preiß & Engels 1998 (zit. in Häussler-Sczepan 1998: 115), modifizierte Zusammenstellung.

Tabelle 3-20: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Höhe des monatlichen Entgelts, das Heimbewohnern der Pflegestufen 0 bis III in Rechnung gestellt wird, 1998[1)]

Höhe der monatl. Entgelte in DM[1)] (Entgeltklassen)	Deutschland	West	Ost
	Anteile der Heime in den einzelnen Entgeltklassen (in Prozent)		
Unter 2.800	2	1	4
2.800 bis unter 3.200	10	5	31
3.200 bis unter 3.600	19	9	55
3.600 bis unter 4.000	15	19	2
4.000 bis unter 4.400	21	26	3
4.400 bis unter 4.800	18	21	4
4.800 bis unter 5.200	6	9	0
5.200 bis unter 5.600	3	3	0
5.600 und mehr	3	5	0
Keine Angabe	2	2	1
Durchschnittliches monatl. Heimentgelt[1)]	4.056 DM	4.261 DM	3.307 DM

[1)] Gesamtentgelte für Pflege, Unterkunft und ggf. in Rechnung gestellte Investitionskosten (ohne Berücksichtigung von Zusatzleistungen); Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 175

Tabelle 3-21: Leistungen der Pflegeversicherung und durchschnittliche Pflegesätze der stationären Einrichtungen, 1998 (in DM)

Pflegestufen	max. Leistung nach SGB XI	Pflegesätze	Differenz	Pflegesätze	Differenz
		West		Ost	
I	2.000	2.076	+76	1.798	- 202
II	2.500	2.787	+287	2.339	- 161
III	2.800	3.708	+908	2.922	+122

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 179f.

In Tabelle 3-21 sind die durchschnittlich in Rechnung gestellten Beträge der Heime für die Pflegeleistung im engeren Sinn den maximalen Leistungen der Pflegeversicherung für die stationären Pflegebedürftigen der einzelnen Pflegestufen gegenüber gestellt.

Die in der Tabelle mit positivem Vorzeichen gekennzeichnete Differenz ist der Durchschnittsbetrag, der von den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen selbst getragen werden muss. Hinzu kommen die Kosten für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von durchschnittlich 1 078 DM (durchschnittlich 1 152 DM in den alten und 874 DM in den neuen Bundesländern) und den nicht durch Länderfinanzierung abgedeckten Investitionskosten in Höhe von durchschnittlich 546 DM (durchschnittlich 635 DM in den alten und 305 DM in den neuen Bundesländern). Nur knapp 11 Prozent der Bewohner haben Zusatzleistungen vereinbart (durchschnittlich in Höhe von 313 DM; durchschnittlich 412 DM in den alten und 109 DM in den neuen Bundesländern).

Die Zahlen machen deutlich, dass zahlreiche Bewohner die Kosten des Heimaufenthaltes nicht aus eigenem Einkommen tragen können und trotz der erheblichen Leistungen nach SGB XI weiter Sozialhilfeleistungen beziehen, wenn auch deren Anteil nach Einführung der Pflegeversicherung erheblich zurückgegangen ist. Im Vergleich zu 1994 ergibt sich für 1998 folgendes Bild der Anteile von Sozialhilfeempfängern in stationären Pflegeeinrichtungen (Tabelle 3-22):

Tabelle 3-22: Anteile der Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestufe I bis III) in Prozent

	1994	1998
West	69	44
Ost	88	29

Quelle: Angaben nach Schneekloth, Ulrich, und Müller, Udo, Wirkungen der Pflegeversicherung, Bd. 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2000, 179 ff.

Es wird deutlich, dass der Anteil der Pflegebedürftigen, die sozialhilfeabhängig sind, durch die Einführung der Pflegeversicherung merklich zurückgegangen ist, insbesondere in den neuen Bundesländern. Wie zu erwarten war, ist der Rückgang des Anteils der Sozialhilfeempfänger in der Pflegestufe III und bei den Härtefällen am stärksten ausgeprägt (ohne tabellarischen Nachweis). Bei den Härtefällen kann angenommen werden, dass die Leistungshöhe (max. 3300 DM pro Monat) nahe an den durchschnittlich in Rechnung gestellten Pflegesätzen liegt.

Dennoch benötigen nach den Ergebnissen der Infratest-Studie von den schwerstpflegebedürftigen Heimbewohnern (Pflegestufe III) im Westen Deutschlands weiterhin 57 Prozent, im Osten 49 Prozent Sozialhilfeleistungen zur Bestreitung der Heimkosten. Am höchsten ist der Anteil der Sozialhilfebezieher mit 58 Prozent im Westen und 81 Prozent im Osten Deutschlands unter den Heimbewohnern der Pflegestufe 0, d.h. unter denjenigen, die nach den Bestimmungen des SGB XI nicht pflegebedürftig sind und daher auch keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

(d) Die Beschäftigten in den stationären Einrichtungen

Im Hinblick auf die Daten zum Personal wird auf die Infratest-Erhebungen der Jahre 1994 und 1998 zurückgegriffen. Neuere Daten werden aus einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen erwartet, die Mitte des Jahres veröffentlicht werden soll. Die Angaben zum Personal von stationären Einrichtungen nach den Ergebnissen der Infratest-Erhebungen lassen sich grob in 3 Gruppen untergliedern (Tabelle 3-23).

Tabelle 3-23: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang

	1994	1998
Vollzeitbeschäftigte	246.000	208.350
Teilzeitbeschäftigte	92.000	112.900
Geringfügig Beschäftigte	22.000	29.750
Beschäftigte insgesamt	360.000	351.000

Quelle: Schneekloth & Müller 1997 und Schneekloth & Müller 2000

Das Verhältnis von Vollzeitbeschäftigten zu Teilzeitbeschäftigten betrug im Pflegebereich etwa 3 : 1 und im Hauswirtschafts- und Verwaltungsbereich etwa 2 : 1. Die stundenweise beschäftigten Personen sind zur Hälfte im Bereich der Pflege tätig, zum Teil auch im Bereich der Hauswirtschaft und der Verwaltung. Eine wesentliche Funktion üben stundenweise Beschäftigte im therapeutischen Bereich aus, da vor allem kleinere Einrichtungen keine therapeutischen Kräfte als Vollzeit- oder Teilzeitbeschäftigte anstellen konnten. Krankengymnasten, Masseure und Physiotherapeuten sind zu 40 Prozent nur stundenweise in Alteneinrichtungen tätig. Lässt man in einer pragmatischen Betrachtungsweise die stundenweise Beschäftigten zunächst einmal unberücksichtigt und setzt 2 Teilzeitbeschäftigte mit einer Vollzeitbeschäftigten gleich, so kann man (analog der Vorgehensweise in der genannten Infratest-Untersuchung) eine entsprechende Umrechnung in „Vollarbeitskräfte" vornehmen. Danach ergibt sich folgende Differenzierung bezogen auf Vollarbeitskräfte:

Tabelle 3-24: Vollarbeitskräfte nach Berufsgruppen je 100 Bewohner

Personalgruppe	1994	1998
Pflegepersonal	30,4	32,1
Therapeutisches Personal und Sozialarbeiter	1,3	1,2
Zivildienstleistende	2,0	2,2
Hauswirtschaftliches Personal	10,6	10,4
Verwaltungspersonal	3,2	2,6
Personal insgesamt	47,6	48,5

Quelle: Schneekloth & Müller 2000, S.164

Zur Berufsgruppe des Pflegepersonals gehörten im Jahre 1994 ca. 64 Prozent und im Jahre 1998 ca. 66 Prozent, wenn man alle Personen mit Kranken- und Altenpflegeausbildung und auch die in der Ausbildung stehenden und die im Pflegebereich beschäftigen Personen ohne berufsspezifischen Abschluss mit einbezieht. Die auch damals kleine Gruppe des therapeutischen Personals und der Sozialarbeit kennzeichnet die Situation eines Teils der Heimbewohner: Es ist anzunehmen, dass aufgrund der knappen Budgets nur zu einem geringen Teil der Einsatz dieser Berufsgruppen möglich war. Dies dürfte sich nach Angaben von Berichten aus der Beratungspraxis des KDA nach Einführung der Pflegeversicherung nicht verbessert haben.

Die Qualifikationsstruktur des Personals hat sich nicht wesentlich verändert, wie die Tabelle 3-25 zeigt.

Tabelle 3-25: Vollarbeitskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation

Berufsgruppen	1994	1998
Pflegepersonal	63,9	66,2
Hauswirtschaftliches Personal	22,3	21,4
Verwaltungspersonal	6,7	5,4
Therapeuten/Sozialarbeiter	2,7	2,5
Zivildienstleistende	4,2	4,6

Quelle: Schneekloth, Ulrich, und Müller, Udo, Wirkungen der Pflegeversicherung, Bd. 127 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2000: 163

(e) Pflegequalität und Pflegestandards

Gesetze legen immer nur Mindestnormen fest, und sie bedürfen der Überwachung und Weiterentwicklung. Das Heimgesetz (das gerade – April 2000 – novelliert werden soll) setzt Rahmenbedingungen für den Betrieb von Heimen. In Bezug auf das Wohnen und Gepflegtwerden im Heim sind vor allem die standardsetzenden Verordnungen „Heimpersonalverordnung" (HeimPersVo) und „Heimmindestbauverordnung" (HeimMindbauVo) von Bedeutung sowie die Rahmenbedingungen des SGB XI.

Bauliche und räumliche Standards

Die Entwicklung der Heimmindestbau-Verordnung war eine Reaktion auf die Zeit vor Einführung des Heimgesetzes, in der die Prüfung von Heimen nach den Maßstäben der Gewerbeordnung vorgenommen wurde. Zahlreiche Heime enthielten damals Zimmer von ca. 8 m². Insofern war es ein erheblicher Fortschritt, dass in der HeimMindbauVO exakte Mindest-Zimmergrößen (12 m² für ein Einzelzimmer, 18 m² für ein Doppelzimmer) festgelegt wurden. Doch diese Norm ist mehr als 2 Jahrzehnte alt, war damals schon Folge eines Kompromisses und wird den Bedürfnissen der Heimbewohner nach heutigen Maßstäben überhaupt nicht mehr gerecht. Zurzeit wird eine Größe von 16 m² (mindestens aber 14 m²) als Untergrenze für ein Einzelzimmer erachtet. Dies ist verknüpft mit dem Anspruch, dass ein Heimbewohner nicht „untergebracht" sein soll in einer Kammer mit Stuhl, Bett und Schrank, sondern dass man im Heim „wohnt", was ein gewisses Maß an Privatheit beinhalten muss. Ein privates kleines Möbelstück, ein Sessel etc. darf die Bewegungsfläche nicht extrem einschränken. Die Anforderungen der HeimMindbauVO sind nicht nur „technische" Anforderungen; sie bilden z.T. die Voraussetzungen für bestimmte konzeptionelle Möglichkeiten.

Der Anteil der Ein-Bett-Zimmer in stationären Pflegeeinrichtungen betrug nach der Infratest-Erhebung 1994 (vor Einführung der Pflegeversicherung) 52 Prozent in den alten und 36 Prozent in den neuen Bundesländern. Im Jahre 1998 betrug der Anteil 51 Prozent in den alten und 43 Prozent in den neuen Bundesländern. Die Kluft zwischen den alten und den neuen Bundesländern hat sich zwar verringert, doch ist noch immer zu konstatieren, dass ein viel zu hoher Anteil der Bewohner in Zwei-Bett-Zimmern wohnen muss (5 % in den alten und 10 % in den neuen Bundesländern sogar in Drei- und Mehrbett-Zimmern). Dies ist fachlich nicht zu begründen oder zu vertreten. Die Kommission empfiehlt eine durchgreifende Änderung der Heimmindestbauverordnung und der Länder-Richtlinien zum Bau und zur Modernisierung von Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, das Ein-Bett-Zimmer zukünftig zur Norm zu erheben, von der in der Praxis im begründeten Ausnahmefall abgewichen werden kann (und dies lässt sich architektonisch berücksichtigen), wenn zwei pflegebedürftige Personen zusammen wohnen wollen.

Personalstandards

Noch stärker trifft die Notwendigkeit einer konzeptionellen Weiterentwicklung auf die Heimpersonalverordnung (HeimPersVO) zu, nach der zzt. 50 Prozent des Personals in Pflegeeinrichtungen Fachpersonal sein muss. Diese Anforderung ist heftig umstritten. Während vor allem vonseiten der Fachleute aus der Pflege gefordert wird, mindestens diesen Anteil auch in Zukunft weiter als Standard festzuschreiben oder gar noch zu erhöhen, argumentieren vor allem die für die Finanzierung Verantwortlichen (u. a. die Pflegekassen) zugunsten einer „differenzierten" Regelung, die für jedes Heim – je nach Anteil der mehr oder minder pflegebedürftigen Personen – einen „ausreichenden" Anteil von Fachpersonal festlegen soll. Der Anteil könnte dann ebenso bei 20 Prozent Fachpersonal liegen wie (theoretisch) z. B. auch bei 80 Prozent.

Die gegenwärtige Diskussion über den Fachkraftanteil ist so lange unergiebig, wie rationale Personalbemessungssysteme fehlen. Den derzeit angewandten Verfahren fehlt eine sichere, intersubjektiv überprüfbare Grundlage. Möglicherweise kann eine solche Grundlage durch ein in Kanada aufgrund empirischer Untersuchungen von mehr als 14 000 Personen entwickeltes und in der Schweiz seit einiger Zeit angewandtes Verfahren („PLAISIR") erreicht werden, das zurzeit in Deutschland – gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – in 11 Pflegeeinrichtungen bei mehr als 1 300 Personen erprobt wird. Die Ergebnisse der Erprobung sollen in die Überlegungen zur Novellierung der Heimpersonalverordnung eingehen, die für den Herbst 2000 ansteht.

Der Anteil der Fachkräfte ist ein wesentliches Qualitätskriterium für die Versorgung im Heim – wenn die Fachkräfte dem Stand der Künste entsprechend qualifiziert sind. Seit vielen Jahren wird die Ausbildung in der Altenpflege diskutiert mit dem Ziel, zu bundeseinheitlichen Regelungen zu kommen. Zurzeit gibt es noch 17 verschiedene Ausbildungsgänge in Altenpflegeschulen der 16 Bundesländer (das Land Hamburg fährt „zweigleisig", da es sowohl die duale wie die Fachschulausbildung zulässt).

Die Qualitätsmängel in der Altenpflegeausbildung beruhen zum Teil darauf, dass es offenbar keinen bildungspolitischen Konsens über die Altenpflege als Beruf gibt; beinahe jede Altenpflege-Schule vermittelt ihr eigenes Altenpflege-Berufsbild. Diejenigen, die die Zuständigkeit und Verantwortung für die Berufsbildung in der Altenpflege haben, vermitteln kein klares und gesellschaftlich kommunizierbares Bild von der Altenpflege als Beruf und von ihren Aufgaben und Anforderungen (Meifort 1999). Immer wieder findet man allein auf Alltagserfahrungen gegründete und von persönlichen Anschauungen geprägte Bilder über die Altenpflege und die erforderlichen Kompetenzen und Qualifikationsanforderungen. Es finden sich auch Empfehlungen, die Altenpflege als Beschäftigungsmöglichkeit für Niedrigqualifizierte und als Niedriglohnsektor zu nutzen, obwohl gerade diese Orientierung zum Teil die mangelnde Qualität der Arbeit in den Heimen verursacht (hat). Eine Verbesserung der Qualität der Versorgung ohne bessere Qualifizierung ist schlichtweg unmöglich. Zudem können nur Qualifizierte evtl. vorhandene Rationalisierungsmöglichkeiten entdecken und nutzen.

Den leider häufig noch sehr oberflächlichen Außenansichten vom Beruf Altenpflege wird noch immer kein fachlich begründetes und gesellschaftlich verhandelbares Bild aus der Fachöffentlichkeit entgegengesetzt. Es wäre u. a. sinnvoll, wenn aus den in den 90er-Jahren entstandenen pflegewissenschaftlichen Studiengängen hierzu Anregungen entwickelt würden (Meifort 1999).

Pflegestandards

Auch die Fragen der Leistungsqualität und des Standards von Pflege sind nicht hinreichend geklärt. Das Niveau der

Hilfe und Pflege im Heim wird bestimmt durch die formale Ausbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, durch die vom Träger bzw. vom Betreiber festgelegten Anforderungen und die tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten des Personals und dessen Kontrolle. Nun wird es wohl immer einen Unterschied zwischen dem theoretisch Erreichbaren und dem tatsächlich Erbrachten geben. Für den Bereich der Altenpflege gilt jedoch die Schwierigkeit, dass die Annahmen über das theoretisch Erreichbare uneinheitlich sind und regionale, trägerspezifische, verbands- und einrichtungsspezifische Unterschiede aufweisen. Was die einen als professionelle Standards herausstellen, muss für die anderen nicht verbindlich sein. Man könnte die unterschiedlichen Auffassungen vernachlässigen, wenn dadurch kein Heimbewohner zu Schaden kommen würde bzw. seine Lebensqualität nicht beeinträchtigt würde. Wenn für bestimmte pflegerische Maßnahmen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse vorliegen, die einem pflegebedürftigen Heimbewohner Erleichterung bringen, seine Selbstständigkeit fördern, Schmerzen vermeiden oder lindern etc., so muss das Personal in die Lage versetzt werden, nach diesen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zu handeln. Wenn es alternative Verfahren gibt, die in Bezug auf die Qualität des Ergebnisses das Gleiche leisten, dann ist das auch ökonomisch günstigste zu wählen, vorausgesetzt, das Pflegepersonal beherrscht dieses ökonomisch günstigere Verfahren.

Dies kann an einem Beispiel illustriert werden. Liegen bei einem pflegebedürftigen Heimbewohner Schluckbeschwerden vor, die eine ungehinderte Essensaufnahme verhindern, so kann man in einigen Fällen durch behutsame Hilfe beim Essen die „normale" Nahrungsaufnahme erhalten. Eine u. U. zeit- und personalsparende Maßnahme wäre das Legen einer Sonde, dies sollte jedoch nach dem Stand pflegewissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse und der Erhaltung einer möglichst hohen Lebensqualität nur dann erfolgen, wenn wirklich keine normale orale Nahrungsaufnahme mehr möglich ist.

Wenn nun in einem Heim nicht nach dem Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse gehandelt wird, so kann dies am Informationsdefizit des verantwortlichen Personals liegen, am Informationsdefizit des Trägers, der sich davon überzeugen muss, dass sein Personal die fachlichen Standards beherrscht, oder daran, dass Rahmenbedingungen herrschen, die eine Anwendung professioneller Standards behindern oder verhindern.

Während nachvollziehbar ist, dass es aufgrund unvollständiger Qualifikation oder aufgrund unvorhersehbarer Belastungsspitzen zu Situationen kommen kann, in denen kompliziertere pflegerische Vorgänge nicht mit der erforderlichen Qualität erfolgen – u. a. auch deshalb, weil es enge finanzielle Spielräume gibt –, so ist es nicht nachvollziehbar, dass Heimbewohner in Bezug aufgrundlegende körperliche Pflege nicht ausreichend versorgt werden. Denn es gibt in Deutschland keine Pflegesätze, die es nicht erlauben würden, für eine angemessene Grundpflege, ausreichendes Essen und Trinken sowie Hilfe beim Toilettengang zu sorgen. Kommt es in diesen Bereichen zu Fehlern, so liegt eindeutig ein Organisationsverschulden des Trägers und/oder ein Verschulden der verantwortlichen Pflegenden vor, wofür es unter keinen Umständen eine Entschuldigung geben kann. Berichte über „Heimskandale", Fälle von Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung können in diesen Fällen nicht auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen einschließlich des Pflegeversicherungsgesetzes zurückgeführt werden, wie dies manchmal geschieht („erhöhter Zeitdruck", „Personalmangel" etc.). Es erhebt sich jedoch die Frage, ob diese Rahmenbedingungen dazu beitragen, dass eine an pflegewissenschaftlichen Standards orientierte Pflege scheitert oder doch behindert wird, wie immer wieder beobachtet wird.

Die Erarbeitung von Pflegestandards ist nach wie vor ein Feld, das dringend der Bearbeitung bedarf. Ein erster Versuch, einen nationalen Standard zu entwickeln (Dekubitusbehandlung) steht kurz vor seiner Vollendung. Zwar gibt es von einzelnen Fachleuten entwickelte Vorschläge zu Standards, die auch „Standards" genannt werden. Dabei handelt es sich jedoch nicht um Ergebnisse von Abstimmungen auf nationaler Ebene, die durch entsprechende Tests bzw. wissenschaftlich abgesicherte Verfahren ermittelt worden sind. Dies ist keine generelle Kritik an solchen Vorschlägen, die im besten Fall auch handlungsleitend für die Praxis sind. Sie können jedoch eine Standardbildung im vorher genannten Sinn nicht ersetzen.

(f) Heime – Sichere Orte des Lebens im Alter?

Für Heime gibt es infolge gesetzlicher Vorschriften, zahlreicher Verordnungen und Bestimmungen sowie von Trägern und Trägerverbänden selbst formulierten qualitativen Anforderungen ein Regelungsgeflecht, das (bei möglichst weitgehender Erhaltung von Freiheitsspielräumen) theoretisch eine Gefährdung von Personen in jeder Hinsicht ausschließen soll. Dies ist den Haushalten von kranken und/oder pflegebedürftigen Personen nicht möglich. Dementsprechend dürften sich in zahlreichen Haushalten zeitweise, ständig wiederkehrend oder gar ständig Situationen ergeben, die dem oben genannten Anspruch einer qualitätvollen Behandlung und Pflege sowie einem hohen Maß an Selbstbestimmung zuwiderlaufen.

In den Heimen dürfte dies eigentlich nicht der Fall sein. Dennoch gibt es eine Vielzahl von gut dokumentierten Ereignissen in Heimen, von Berichten der Heimaufsicht und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie Aussagen von Angehörigen und Pflegepersonal, die bezeugen, dass es Tausende von Fällen von Pflegeunzulänglichkeiten, Pflegefehlern, Vernachlässigungen und Misshandlungen gibt, Fälle, in denen die Sicherheit und „Geborgenheit" von Bewohnern sich ins Gegenteil verkehren (AGP 1999). Die Ursachen hierfür sind vielschichtig und überlagern sich zum Teil; sie liegen auf verschiedenen Ebenen und beruhen zum Teil auf Steuerungsproblemen in den vergangenen Jahrzehnten. Wünschbare rasche Änderungen sind nicht zu erwarten. Man kann grob drei Verursachungsbereiche unterscheiden:

- Individuelle Fehlhandlungen der beschäftigten Personen: „Menschliches Versagen", Fehler aus Unkenntnis, bewusste Regelverletzungen, mangelnde Fortbildung etc.;

- Fehler der Träger und des Managements: Systematische Fehler in der Organisation, den Laissez-faire-Stil begünstigende Funktionspflege statt konsequenter Bezugspersonenpflege, Verstoß gegen gesetzliche Normen, mangelnde Umsetzung pflegerischer und hauswirtschaftlicher Erkenntnisse, Fehler durch falsche oder unzureichende Anleitung und unklare Arbeitsanweisungen, Blockierung von Fortbildungsmöglichkeiten etc.;
- Unzulänglichkeiten der gesetzlichen Rahmenbedingungen: Die Heimpersonalverordnung ist novellierungsbedürftig, ebenso die Heimmindestbauverordnung, mangelnde Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse und Pflegeerfordernisse psychisch kranker älterer Menschen (Demente, Depressive etc.) aufgrund des engen verrichtungsbezogenen Pflegebegriffs der Pflegeversicherung etc.

Es gibt Anstrengungen, in Bezug auf alle drei Bereiche Änderungen einzuleiten bzw. bestehende Regelungen besser umzusetzen, z. B. durch:

- Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, sorgfältigere Aufsicht und Kontrolle gerade der angelernten Mitarbeiter durch Fachkräfte und leitende Mitarbeiter etc.;
- Schulung und Qualifizierung des Managements, Aufbau interner Qualitätsentwicklungsmaßnahmen, Supervision, Aufbau bzw. Weiterentwicklung der hausinternen und der externen Fortbildung etc.;
- Novellierung des Heimgesetzes (Heimbewohner-Schutzgesetz, BMFSFJ), Verabschiedung eines Qualitätssicherungsgesetzes (BMG), Weiterentwicklung des Pflegeversicherungsgesetzes (BMG); Stärkung der Heimaufsicht (Bundesländer), Erweiterung der Kontrollmöglichkeiten durch den MDK, Verbesserung der Altenpflegeausbildung durch ein Altenpflegegesetz (BMFSFJ) etc.

Wie bereits erwähnt, ist eine rasche Änderung bzw. Besserung kaum zu erwarten, da auf allen Ebenen Beharrungstendenzen bestehen und eine Änderung der bestehenden Praxis nur Folge einer Vielzahl von zum Teil recht komplizierten Aushandlungsprozessen sein kann. Exemplarisch betrachtet beginnt dies auf der zuletzt genannten Ebene im Rahmen der Auseinandersetzung um die Zuständigkeit für die Altenpflegeausbildung zwischen dem Bund und den Ländern, setzt sich fort auf der Ebene des Heimmanagements im Rahmen von Überlegungen zu Organisationsreformen und Personalkonzepten, und es ist ebenso bedeutsam im Hinblick auf die Erwartungen an eine neue, besser ausgebildete Generation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinzu treten Auseinandersetzungen über die Finanzierung von qualitätsverbessernden Maßnahmen.

Exkurs – Aspekte der Qualitätssicherungs-Diskussion

Hohe Erwartungen waren und sind verbunden mit den Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auf vielen Ebenen diskutiert werden. Eine – vielleicht heilsame – Verunsicherung ist dadurch entstanden, dass die Heime, die vor Einführung der Pflegeversicherung unter den Bedingungen eines Anbietermarktes mit Selbstkostendeckungsprinzip arbeiteten, nun in eine Konkurrenzsituation gestellt sind, in der sie sich in Zukunft erheblich um ihre weitere Teilnahme am Markt bemühen müssen. Auslöser für Qualitätsbemühungen waren vor allem

- von den Einrichtungen und Leistungsträgern wahrgenommene Anforderungen des Marktes,
- erwartete Mängelrügen der externen Qualitätssicherungsinstanzen, vor allem des MDK, zum Teil auch der Heimaufsicht,
- tatsächliche Mängelrügen der externen Qualitätssicherungsinstanzen,
- (eher selten) Verbesserungsvorschläge aus den eigenen Reihen und
- (zum Teil auch) Kritik aus der Öffentlichkeit und von den Angehörigen.

Wenn auch den externen Qualitätssicherern (Heimaufsicht und MDK) eine entscheidende „Wächter- und Anstoß-Funktion" zukommt, so müssen doch die Hauptlast der Qualitätsentwicklung und der Qualitätssicherung, das Qualitätsmanagement und die so genannte interne Qualitätssicherung die Einrichtungsträger leisten. Es wird auf ein gelingendes Wechselspiel zwischen externer und interner Qualitätssicherung ankommen, weil die interne Qualitätssicherung sozusagen der externen Qualitätssicherung folgt. Wenn die externen Qualitätssicherer falsche Prioritäten setzen, tun es auch die internen, und wichtigere Schwachstellen bleiben unbearbeitet. Die externen Qualitätssicherer müssen ihre Aufmerksamkeit auf den Stand der Erkenntnisse in Gerontologie, Pflege und Geriatrie richten und ihre Konzepte dementsprechend weiterentwickeln.

Vielfältige Ansätze der internen Qualitätssicherung müssen auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen. Praktizierte Maßnahmen der Qualitätsentwicklung/Qualitätssicherung in den Heimen sind z. B.:

- Veränderungen des Leistungsangebotes (in Hauswirtschaft und Pflege, differenzierte Angebote der Kurzzeit- und Tagespflege, Hausgemeinschaftskonzepte, spezielle Angebote für psychisch kranke ältere Menschen etc.
- bauliche Veränderungen (z. B. Erhöhung des Einzelzimmeranteils);
- Anhebung des Fachkraftanteils;
- Veränderungen der Aufbauorganisation und der Ablauforganisation;
- gezielte Fort- und Weiterbildung;
- Weiterentwicklung des Pflegekonzeptes und des Hauswirtschaftskonzeptes;
- Weiterentwicklung der Pflegedokumentation/Pflegeplanung (häufig durch externe Qualitätssicherung gerügter Mängel);
- Einführung von Pflegestandards;

- Einführung von Qualitätszirkeln;
- Ernennung von Qualitätsbeauftragten;
- Beteiligung an Betriebsvergleichen;
- Inanspruchnahme von Organisationsberatung;
- stärkere „Kundenorientierung" (Bewohner-, Angehörigenbefragungen, Beschwerdemöglichkeiten erweitert);
- „kundenfreundlichere" Heimverträge (durch Heimgesetz gefordert);
- Einführung bzw. Ausdehnung qualifizierter Angehörigenarbeit;
- stärkerer Einbezug/Unterstützung des Heimbeirates;
- Einführungen von Qualitätsmanagementsystemen bis hin zur Zertifizierung.

Erschwerend im Hinblick auf die Einführung qualitätsorientierter Maßnahmen stehen die Verantwortlichen vor der Frage, wie sich das Preis-Leistungsverhältnis und Kosten-Nutzen-Verhältnis qualitätsorientierter Maßnahmen bewerten lässt, das u.a. vom jeweiligen Zustand der Einrichtung im Hinblick auf „Kundenerwartungen", von Anforderungen von MDK und Heimaufsicht und im Vergleich zu konkurrierenden Einrichtungen abhängt. Dies erhöht die Verunsicherung der Verantwortlichen und ihren Orientierungsbedarf, den zu decken in erster Linie Aufgabe des jeweiligen Trägerverbandes sein sollte.

Noch sind Heimaufsicht und Qualitätsprüfungen des MDK nicht harmonisiert, und die Instrumente der externen Qualitätssicherung sind ebenso in der Entwicklung wie die der internen. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird es noch einige Zeit dauern, bis eine gedeihliche und effiziente Aufgabenteilung zwischen den verschiedenen Akteuren der Qualitätssicherung praktiziert wird. Eines dürfte jedoch schon jetzt klar sein: Die externe Qualitätssicherung wird wahrscheinlich nur relativ grobe Mängel aufdecken und verhindern können. Für eine stetige Qualitätsentwicklung im Detail, für Einstellungsänderungen bei Mitarbeitern und die Verwirklichung einer neuen Kultur des Helfens bedarf es der internen Qualitätssicherung mit vergleichsweise einfachen Instrumenten, deren Sinn von den Beteiligten verstanden wird. Hierzu können an dieser Stelle nur einige Hinweise gegeben werden.

Fundament aller Qualitätssicherungsbemühungen sind Begriffe, die klar beschreiben, was gute und was schlechte Altenpflege ist, wo z. B. Gewalt in der Pflege beginnt und welche Rahmenbedingungen dazu führen können.

Bis zur Einführung nationaler Standards können bisher entwickelte (vorläufige) Pflegestandards mit Bezug zum verfügbaren (Pflegezeit-)Budget genutzt werden. Es sollte nicht in jeder Pflegeeinrichtung „das Rad neu erfunden werden" – dadurch kann leicht sehr viel Zeit vergeudet werden, die für die direkte Pflege verloren geht. Genutzt werden können z. B. die soeben von Landesärzten und Pflegenden in der Gerontopsychiatrie vorgeschlagenen Standards (Höft 1999). Ferner sollte der zurzeit sehr verbreiteten Neigung entgegengewirkt werden, lang und breit über optimale Verrichtungsstandards zu diskutieren, weil solche Standards in aller Regel im Alltag angesichts der verfügbaren Pflegezeitbudgets nicht verwirklicht werden können. Viel wirkungsvoller für eine Qualitätsentwicklung ist zurzeit die Formulierung von Strukturstandards (z. B. zur Tageslaufstruktur, zu Dienstplänen, zu Übergabebesprechungen, zur Pflegedokumentation und zur Organisation der Medikamentenversorgung usw.).

Einrichtungsträger und Pflegekassen nehmen Wünsche und Kritik der zu Pflegenden und ihrer Angehörigen zunehmend ernst, und es gibt keine glaubwürdigeren Beiträge zum Thema „Qualität der Pflege". Daher können Nutzerbefragungen („Kundenbefragungen") einmünden in die Ermunterung, sich offen über das zu beschweren, was an der Pflege ihrer Meinung nach nicht in Ordnung ist. Es ist unsinnig, die Anzahl der Beschwerden minimieren zu wollen, sondern die Ursachen der Beschwerden müssen eliminiert werden. Ein verbindliches und nachvollziehbares Regelwerk des „Beschwerdemanagements" (Tinnefeldt 1999), das Beschwerden und ihre Folgen dokumentiert, ist ein wertvollerer Beleg für Qualitätsbewusstsein als manche Zertifizierungsplakette.

Ein altbewährtes Management-Instrument für Planung, Organisationsentwicklung und Konzeptarbeit ist die Zusammenstellung eines Kataloges, in dem die Stärken und Schwächen und die Verbesserungspotenziale einer Einrichtung ausgewiesen sind. Ein Katalog der Stärken und Schwächen (Qualitätsprofil) und der möglichen Verbesserungen kann außer durch Auswertung der Besuche von Heimaufsicht und MDK z. B. durch differenzierte Betriebsvergleiche („Benchmarking") gewonnen werden oder auch durch die Befragung von Nutzern („Kunden"), Mitarbeitern und anderen Schlüsselpersonen.

Bekannte Instrumente sind z. B.

- Kundenbefragungen (Faigle & Knäpple 1998; Tinnefeldt 1998);
- SIESTA-Qualitätsdiagnose (Berger & Gerngroß-Haas 1997);
- SEA – Selbstbewertungssystem (Schoenicke 1998);
- QAP/2Q Frey Akademie, Mainz;
- Qualitätszirkelarbeit mit dem KDA-Qualitätshandbuch „Wohnen im Heim" (1998).

Um eine Verbesserung der Aufbau- und Ablauforganisation und des Qualitätsmanagements einzuleiten, können in der Wirtschaft entwickelte umfassende Qualitätsmanagementverfahren genutzt werden, deren Anwendung auch in der Altenpflege sinnvoll sein kann, wenn sie auf die Besonderheiten der Altenpflege eingehen und nicht zu technokratisch gehandhabt werden. Hierzu zählen Qualitätsmanagement nach DIN ISO 9000 ff. (Offermann 1995) und TQM –Total Quality Management.

Die gegenwärtig zu beobachtende Vielfalt unterschiedlicher Verfahren, Zertifikate und Gütesiegel verringert deren Akzeptanz. In der Phase allgemeiner Verunsicherung nach Einführung der Pflegeversicherung und den Qualitätsvereinbarungen nach § 80 SGB XI wurde von Verbänden, Interessenvertretern und traditionellen Prüfstel-

len eine Vielzahl von Zertifikaten und Gütesiegeln entwickelt, über deren Kosten-Nutzen-Verhältnis wenig veröffentlicht ist. Daher muss der Markt der Qualitätssicherungsinstrumente transparenter gemacht werden. Mit Qualitätssicherungsinstrumenten wird Geld verdient. Anbieter sind geneigt, ihr Know-how teuer zu verkaufen, es zu sichern und soweit als möglich „in der Schublade zu halten". Der Erfahrungsaustausch der Anwender ist wichtig, um mehr Einsicht in das Preis-Leistungs- und Kosten-Nutzen-Verhältnis der angebotenen Instrumente zu gewinnen (möglichst unter Berücksichtigung auch der intern in den Einrichtungen anfallenden Kosten, die oft übersehen werden). Es ergibt sich der Eindruck, dass Zertifizierung und Zertifikate häufig eher Marketing-Mittel als Instrumente der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung darstellen. Ob bei ihnen Kosten und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stehen, kann bezweifelt werden.

(g) Ausblick

Grenzen der Organisation und der Qualität der Pflege unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen – Neue Konzepte

Wie soll zukünftig das Wohnen und die Pflege, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der absoluten und relativen Zunahme der psychisch kranken Heimbewohner gestaltet werden? Welche Anforderungen an die Konzeption von Pflegeeinrichtungen können aus den bisherigen Erfahrungen abgeleitet werden? Wie können die Erkenntnisse aus der Gerontologie, der Gerontopsychiatrie und der Geriatrie, aber auch aus der Pflegewissenschaft zukünftig besser umgesetzt werden? Inwieweit kann auch die Architektur die Potenziale insbesondere psychisch Kranker aufgreifen und fördern und somit zu seiner Selbstverwirklichung beitragen, bzw. inwieweit verhindert Architektur die noch vorhandenen Entwicklungsmöglichkeiten eines Pflegebedürftigen?

Werden dem Wohnen älterer Menschen im eigenen Haushalt in seinem „angestammten" Wohnquartier zunehmend ergänzende Leistungen und Qualitäten hinzugefügt, um den Verbleib in Wohnung zu ermöglichen oder den Umzug in ein Pflegeheim zu vermeiden, so wird auch immer intensiver diskutiert, wie auch im stationären Bereich ein Mehr an Wohnlichkeit auch bei Pflegebedürftigkeit angestrebt werden kann. Hierfür sind neben den sich wandelnden z.T. auch trägerspezifischen Leitbildern in der Pflege auch die durch die Einführung der Pflegeversicherung veränderten Rahmenbedingungen vollstationärer Pflege leitend, denn zunehmend wird die Qualität und die Wirtschaftlichkeit eines Pflegeheimes differenzierter betrachtet, und es zeichnet sich ab, dass die bislang angebotsorientierte Pflege zunehmend einer nachfrageorientierten Pflegequalität weichen muss. Die stationäre Pflege muss sich zunehmend auch daran messen lassen, wie sie vom Bewohner selbst und seinen Angehörigen beurteilt wird. Die subjektiv beurteilte Ergebnisqualität rückt zunehmend in den Vordergrund.

Das bedeutet, dass die Erwartungen der Pflegebedürftigen stärker bei der Angebotsentwicklung berücksichtigt werden müssen. Allerdings ist ein Wandel der Einrichtungen in Richtung auf eine deutliche Verbesserung der Wohn- und Pflegequalität in den bestehenden Strukturen kostenneutral kaum möglich. Zu eng ist der Spielraum im Bereich der Investitionskostenförderung und in der Betriebskostenfinanzierung. Somit müssen die bestehenden Konzepte intensiv überprüft und im Hinblick auf mehr Qualität bei hoher Effizienz weiterentwickelt werden. Schlagwörter sind in diesem Zusammenhang „zunehmende Differenzierung" und „Leistungsorientierung" bzw. „Kundenorientierung". Dies kann sich durch die Nutzung der Effekte ergeben, die sich aus einer höheren Dezentralisierung, Kooperation und Flexibilisierung der Angebote ergeben können.

So hat z. B. das so genannte Kleeblattmodell im Landkreis Ludwigsburg die immer noch relativ starren Heimstrukturen zu Recht in Frage gestellt und einen auch betriebswirtschaftlich abgesicherten gangbaren Weg aufgezeigt, wie statt eines großen Pflegeheimes auch kleine im Verbund betriebene Pflegehäuser als kleinräumige Teile eines Gemeinwesens auch wirtschaftlich betrieben werden können. Während ortsnah einige kleine Einrichtungen mit ca. 20 Plätzen gebaut wurden, wurde die Verwaltung zentral für diese kleinen Einrichtungen organisiert. Dieses Modell baut auf ein hohes Maß an Vernetzung in der Region und ein gutes Zusammenspiel der ambulanten, teilstationären und stationären Leistungserbringer. Wünschenswert ist dabei auch eine stärkere Einbeziehung der Angehörigen.

Pflege versteht sich generell zunehmend als ein regional vernetztes Angebot. Ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeangebote in einer Region werden besser aufeinander abgestimmt. Und die zukünftige Pflegeinfrastruktur sollte kein versäultes, sondern ein durchlässiges System sein – die Grenzen zwischen ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflege werden fließend –, in dem der Austausch von Leistungen der Anbieter untereinander möglich und auch gefordert ist. Hierzu gehört neben der Flexibilisierung der Angebote natürlich auch die Bereitschaft der Mitarbeiter dieser Einrichtungen, ihre Arbeitszeit an den Bedürfnissen der Bewohner auszurichten. Dies ist eine Frage der Personalorganisation.

Die erst in den letzten Jahren ernster genommene Nutzer- („Kunden-") Orientierung hat bei den Trägern der Einrichtungen eine inhaltliche Diskussion der Leitbilder ausgelöst, die insbesondere zum Inhalt hatte: „Was wollen und können wir, wie, für wen in welcher Qualität leisten?". Hier hat auch die in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnende Pflegewissenschaft inhaltlich beigetragen, denn neuzeitliche Pflegekonzepte orientieren sich zunehmend an den Aktivitäten des täglichen Lebens und berücksichtigen eine aktivierende und die Selbstständigkeit fördernde Pflege. Der ehemals „ge- und verpflegte Patient" wird zum „Kunden".

Zur Entwicklung des Pflegeheimbaus in Deutschland

Bei der näheren Betrachtung der Wohnformen für stationär zu versorgende Pflegebedürftige unter diesen Gesichtspunkten fällt auf, dass im Pflegeheimbau in den letzten Jahren verschiedene Entwicklungsstufen durchlaufen

wurden. Diese können allerdings nur begrenzt gerontologisch und pflegewissenschaftlich sinnvoll begründet werden, da insbesondere bei den Baukosten immer auch die Finanzierungsmöglichkeiten der Länder über die Güte der Projekte entschieden.

Für die Entwicklung im Bau von Altenhilfeeinrichtungen nach dem II. Weltkrieg lassen sich in architektonischer und konzeptioneller Hinsicht grob drei „Generationen" unterscheiden: Heime der ersten Generation sind u. a. gekennzeichnet durch einfache Bauweise, einen hohen Anteil an Mehrbettzimmern, drangvolle Enge und keine den Zimmern direkt zugeordnete WCs. Solche Heime wurden bis Anfang der 1970er-Jahre gebaut, vereinzelt findet man sie heute noch. Die zweite Heimgeneration orientierte sich am Krankenhaus. In diesen Heimen wurde großer Wert gelegt auf Hygiene und arbeitserleichternde Sanitärausstattung, weniger auf Wohnlichkeit. Sie wirken in der Regel steril und bieten wenig Privatheit. Heime der „dritten Generation", die es seit den 1980er-Jahren gibt, sind als Wohneinrichtungen an guten innerstädtischen Standorten geplant, haben einen sehr hohen Anteil an Einpersonen-Wohneinheiten, die notwendige Sanitär-Technik wird dezent vorgehalten, die Größe der Zimmer ermöglicht unterschiedliche Eigenmöblierung. Manche dieser Häuser bieten ihren Bewohner/innen voll funktionsfähige Wohnungen für eine weithin selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung.

Mit einer Vielzahl von Bezeichnungen: Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim, Seniorenzentrum, Senioren-Wohnstift, Senioren-Residenz, Betreutes Wohnen wurde und wird versucht, die Zweckbestimmung näher zu kennzeichnen oder auch sich von den üblichen Heimen positiv abzugrenzen. Die Bezeichnungen sagen aber wenig aus über das tatsächliche Leistungsangebot der Häuser.

In dem Altenwohnhaus der 3. Generation verschwimmen erstmals die Grenzen zwischen einer Wohn- und einer Pflegeeinrichtung, und es wurde versucht, als elementare Forderung im Hinblick auf Normalität beim Wohnen das Einzelzimmer zu realisieren, denn jeder Bewohner sollte auch bei Pflegebedürftigkeit das Recht haben, ein eigenes Zimmer zu bewohnen, welches er entsprechend seiner persönlichen Vorlieben gestalten und seinem Bedarf anpassen kann. Dies garantiert ihm Privatheit und Intimität auch bei hohem Hilfebedarf, insbesondere auch dann, wenn er durch Immobilität deutlich in seinen Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt ist. Dieser gesicherte Raum, diese Rückzugsmöglichkeit hat aber gerade auch für dementiell Erkrankte eine besondere Funktion. Ein Teil der Heime hat durch Veränderungen der inneren Struktur die alten funktionsorientierten Stationen (mit 30 oder mehr Bewohnern) abgeschafft zugunsten der Konzeption von Wohnbereichen mit jeweils bis zu 15 Bewohnern oder gar noch kleineren überschaubaren Gruppen mit 6 bis 8 Personen und strikter Bezugspersonenpflege. Im Rahmen der notwendigen Modernisierungen der Heime der ersten und zweiten Generation wird es im Prinzip möglich sein, den Heimen zu einem großen Teil den „Anstaltscharakter" zu nehmen und ein an den Bedürfnissen der Bewohner ansetzendes Wohngruppenkonzept umzusetzen. Neben der notwendigen baulichen Veränderungen setzt dies natürlich voraus, dass auch die Organisation der Pflege und der Hauswirtschaft sich entsprechend verändern muss. Bei Neubauten sollte stets geprüft werden, ob man sich am wohnort- bzw. wohnquartiernahen sog. Kleeblatt-Modell (siehe oben) orientiert, am Konzept einer überschaubaren, Geborgenheit und Vertrautheit vermittelnden Einrichtung mit höchstens ca. 40 Plätzen oder gar am Hausgemeinschaftskonzept, das weiter unten näher erläutert wird. Der wachsende Anteil der psychisch kranken (dementen Personen) ist nicht allein der Auslöser hierfür, doch können nur kleine, überschaubare Einheiten diesem Personenkreis die notwendige Geborgenheit und Vertrautheit vermitteln.

Die wachsende Bedeutung der Zielgruppe psychisch kranker Menschen

Permanent auf der Suche, Vertrautes und Kontinuität für eine ständig erforderliche örtliche, zeitliche und situative Orientierung zu finden, hat das eigene Zimmer für psychisch erkrankte ältere Menschen eine zentrale Bedeutung. Nur das eigene Zimmer garantiert, dass insbesondere ein demenziell erkrankter Mensch seinen Lebensrhythmus nicht permanent dem eines Mitbewohners anpassen muss. Nächtliche Unruhe, Störungen im Wach- und Schlafrhythmus mit außerplanmäßigen Aktivitäten bedeuten in Mehrbettzimmern immer auch die Gefahr potenzieller Übergriffe auf die privaten Zonen anderer. So kann das Einzelzimmer für jeden Bewohner zur Gewaltvermeidung entscheidend beitragen. Pflegerische Eingriffe und medikamentöse „Fixierungen" können somit auf das wirklich Nötige reduziert werden. Bezogen auf die Eingangsfragestellungen ergibt sich schlüssig, dass jedem Bewohner ein eigenes Zimmer zur Befriedigung seiner persönlichen Wohnbedürfnisse zur Verfügung gestellt werden sollte, und dass zukünftige Wohnformen – insbesondere wenn sie zum Leben demenziell Erkrankter geeignet sein sollen – dieses Element beinhalten sollten.

Darüber hinaus müssen die Pflegeeinrichtungen ihre Wohn- und Pflegekonzepte noch besser an ihre zukünftigen Schwerpunktzielgruppen anpassen. Das eine dieser Gruppen der Personenkreis der psychisch kranken Pflegebedürftigen sein wird, dürfte fachlich unbestritten sein.

Die oben kurz beschriebenen Einrichtungen der 1. und 2. Generation sind baulich und auch konzeptionell kaum in der Lage, diesem Personenkreis gerecht zu werden. Zu unübersichtlich sind deren Funktions- und Organisationsbereiche; zu gering ihre beruhigende und orientierungsfördernde Wohnqualität. Darüber hinaus sind sie oft viel zu groß und nur unzureichend in die soziale und pflegerische Infrastruktur integriert. Obwohl viele Einrichtungen – wie oben angeführt – versuchen, sich diesen Anforderungen zu stellen, scheitern sie häufig an ihrer (Bau-)Substanz, da diese echter konzeptioneller Erneuerung häufig klare Grenzen setzt.

Hausgemeinschaften – die vierte Generation im Pflegeheimbau?

So hat sich zwar eine Wohnbereichs- bzw. wohngruppenorientierte Pflege punktuell durchsetzen können, aber

diese Konzepte erreichen nur begrenzt die notwendige und geforderte Qualität in der Pflege. Sehr deutlich wird dies bei dem in den letzten zwei Jahren vom Kuratorium Deutsche Altershilfe in die Fachdiskussion eingebrachten Konzept der Hausgemeinschaften. Nachfolgend sollen die wesentlichen Merkmale näher beschrieben und diese Wohnform gegenüber dem gemeinschaftlichen Wohnen außerhalb von Institutionen abgegrenzt werden.

Obwohl es sich bei den Hausgemeinschaften um zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI handelt, gilt innerhalb der Häuser, dass dem Bewohner quasi wie einem „Mieter" begegnet wird. Eine Haus-(wirtschafts)leitung, Präsenzkraft oder AktivitätenbegleiterIn kümmert sich über den Tag um alle Belange des Pflegebedürftigen. Zusätzlich erhält der Bewohner einer Hausgemeinschaft ergänzende, individuelle Hilfen, zu denen auch die Pflegeleistungen zu zählen sind. Der Schwerpunkt der Pflege und Betreuung liegt allerdings auf den unterstützenden Maßnahmen zur selbstständigen Lebensgestaltung, orientiert an der Lebenswelt und den Tätigkeiten, die in einem „normalen" Haushalt (Älterer) anfallen und den Tag sinnhaft strukturieren. Je nach Pflegebedürftigkeit und Interesse gilt das Prinzip von Teilnahme und Teilhabe, d. h. sofern ein Bewohner in der Lage ist und es auch will, beteiligt er sich im Rahmen seiner Möglichkeiten an den Arbeiten, die in einem solchen Haushalt regelhaft anfallen.

Jeder Hausgemeinschaft wird eine zentrale Bezugsperson zugeordnet, die über den Tag permanent anwesend ist. Die Größe einer Hausgemeinschaft liegt – in Abhängigkeit vom angenommenen Pflegebedarf – bei 6 bis 8 Personen. Diese Zahl von Bewohnern kann ein Mitarbeiter praktisch auch alleine betreuen. Die zentrale Bezugsperson ist die Hausleitung. Es handelt sich nicht um eine einzelne Person, sondern bei einer Besetzungszeit von 14 Stunden (8.00 bis 22.00 Uhr) um 5 bis 6 Mitarbeiter mit 3,25 Vollzeitstellen. Diese Mitarbeiter, welche neben den erforderlichen hauswirtschaftlichen und betreuerischen Tätigkeiten gemeinsam mit den Bewohnern den Tag gestalten und den Haushalt organisieren, erbringen auch alle anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten in der unmittelbaren Nähe der Bewohner.

Sie sind intern wie extern unmittelbare Ansprechpartner für Bewohner, Angehörige und Pflegedienste (caremanagement). Hierzu kommen noch die individuell bereitzustellenden notwendigen (ambulanten) Pflegeleistungen. Diese werden in den nicht stationären Wohngruppen über externe, ambulante Pflegedienste und in den vollstationären Hausgemeinschaften über den so genannten internen Pflegedienst erbracht. Dieser ist aber wie ein ambulanter Dienst organisiert. Die traditionelle Pflegedienstleitung wird zur Einsatzleitung und das Pflegezimmer zur Wohnung. Hierdurch werden mehrere Effekte ausgelöst.

Es kommt zu einer Umverteilung der Ressourcen, denn die in traditionellen Pflegeheimen oftmals zentralisierten Dienste werden bis auf wenige Dienstleistungen (beispielsweise die zentrale Verwaltung) anteilsmäßig in jede Hausgemeinschaft zurückgegeben. Dies gilt insbesondere für die Speisenzubereitung, Wäsche, Reinigung und Betreuungsangebote. Da mit diesen Tätigkeiten Personalressourcen verbunden sind, wird neben der Re-Integration sinnvoller Aktivitäten auch Personal für die Ansprache, Beaufsichtigung und Anleitung verfügbar gemacht.

Die der einzelnen Hausgemeinschaft zur Verfügung gestellten Ressourcen orientieren sich dabei an einem angemessenen, regelhaften Grundbedarf. Zu Krisenzeiten oder bei kurzzeitig höherem Bedarf einzelner Bewohner einer Hausgemeinschaft werden die erforderlichen benötigten Ressourcen bei dem (zentralen) oder/und ambulanten Pflegedienst, dem hauswirtschaftlichen Dienst oder dem Speisenversorger zusätzlich eingekauft, allerdings nur so lange wie erforderlich. Da sich die inhaltliche Arbeit und der Tagesablauf einer im Wohnen organisierten Wohngemeinschaft nicht wesentlich von der einer Hausgemeinschaft unterscheidet, verwischen die Grenzen zwischen einer Wohnung und einem Heim. In einer bereits seit längerem betriebenen Hausgemeinschaft in Münster werden zum Beispiel neben den Grundleistungen einer über Tag dauernd anwesenden Kraft die abgerufenen und erhaltenen pflegerischen Leistungen nach SGB XI erbracht und abgerechnet. Grundsätzlich können die Bewohner sowohl Leistungen nach SGB XI als auch SGB V in Anspruch nehmen. Dies ist in Hausgemeinschaften eigentlich grundsätzlich nicht möglich, da sie als pflegesatzfinanzierte, vollstationäre Einrichtung alle Leistungen zu erbringen haben.

Neue Anforderungen an die Kooperation von Pflege und Hauswirtschaft

Eine solche Einrichtung ist intern als Hausgemeinschaft mit Wohnungen konzipiert, in der alle Pflege- und Betreuungsleistungen, die nicht von der Hausleitung im Zusammenhang der Tagesaktivitäten erbracht werden können, über (zentrale) hauseigene – auch pflegerische – Dienste erbracht werden müssen. Eine Einrichtung, die psychisch kranke Pflegebedürftige adäquat betreuen will, sollte eine Gruppengröße von 8 Bewohnerplätzen nicht übersteigen, eher wäre vielleicht ein Größe von 6 Plätzen angemessen. Eine solche, auch für einen verwirrten Menschen eher überschaubare Gruppengröße bietet die Gewähr, das u. U. noch vorhandene restliche Orientierungsvermögen aufzugreifen und zu stabilisieren. Die Fülle möglicher unverständlicher, unbekannter Reize und Einflüsse durch eine für den Bewohner unüberschaubare Vielzahl von anderen Bewohnern und Mitarbeitern kann deutlich reduziert werden. Die kleinräumige Organisation muss allerdings noch durch eine Anreicherung des Tagesablaufs mit sinnvollen und sinnstiftenden Aktivitäten ergänzt werden. Dies ist die Grundidee der skandinavischen und französischen Vorbilder (der sog. Cantous) und der niederländischen Vorbilder (z. B. das Anton-Pieck-Hofje in Haarlem) und letztendlich auch ein wesentliches Merkmal der vom KDA in den letzten zwei Jahren initiierten und intensiv untersuchten Projekte in Deutschland.

Durch ein Zurückführen der im Laufe eines Tages auch in einem Heim anfallenden hauswirtschaftlichen Aktivitäten in eine solche Gemeinschaft entstehen quasi zwangsläufig sinnstiftende Aktivitäten in der direkten und unmittelbarer Nähe des Bewohners. Sie orientieren sich an den

Aktivitäten des täglichen Lebens und bilden die Tageslaufstruktur in einer solchen Hausgemeinschaft. Der für die Bewohner über Tag permanent anwesende Mitarbeiter organisiert alle anfallenden hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Er übernimmt die Rolle eines Moderators, der anknüpfend an den Potenzialen der einzelnen Hausgemeinschaftsbewohner alle anfallenden Arbeiten organisiert und mit oder auch ohne Mithilfe des Bewohners erledigt. Alle Bewohner der Hausgemeinschaft können entsprechend ihrer Fähigkeiten an diesen Aktivitäten teilnehmen oder sie profitieren eher „passiv" von den Sinnesreizen, die sich durch diese Aktivitäten ergeben.

Die in einer solchen Hausgemeinschaft erforderliche Pflege wird durch qualifizierte Pflegemitarbeiter eines einrichtungsinternen (evtl. auch eines externen) Pflegedienstes nach individuellem Pflegebedarf erbracht. Der Pflegedienst ist gemeinsam mit den Präsenzmitarbeitern und den Angehörigen für die Qualität der Pflege verantwortlich. Durch das Vorhalten einer ständigen Ansprechpartnerin/eines Ansprechpartners für die Bewohner – beispielsweise von 8.00 bis 22.00 Uhr – wird nicht nur die direkte Zuwendungszeit für jeden einzelnen Bewohner der Hausgemeinschaft drastisch erhöht, auch Angehörigen wird der Kontakt zu einem informierten Mitarbeiter erleichtert. Er kann als Teil der Gemeinschaft dort verweilen oder sich auch an den Aktivitäten beteiligen (letzteres ist z.B. ein wesentliches Element der französischen Cantous).

Da die Angehörigen fester Bestandteil der dortigen Hausgemeinschaft werden können, stellen sich manche Fragen einer Qualitätsprüfung anders als in herkömmlichen Einrichtungen. Die Leistungsfähigkeit dieser eher dezentralen Pflegestationen ist in der Schweiz schon Anfang 1990 (dsP-Projekt) untersucht wurden. Bezüglich der Leistungsfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit wurden keine Unterschiede zu einer herkömmlichen Pflegeeinrichtung festgestellt. Lediglich im Bereich der Qualität und der Qualitätsbeurteilung durch die Pflegebedürftigen selbst waren diese dezentralen Pflegestationen den herkömmlichen Einrichtungen sowie auch der ambulanten Pflege in wesentlichen Punkten überlegen.

Das Hausgemeinschaftskonzept ist unter Berücksichtigung der Pflegequalität nicht teurer als eine qualitativ vergleichbare stationäre Einrichtung. Allerdings müssen die Aufbau- und Personalorganisation den Bewohnerinteressen untergeordnet werden. Da das Konzept im Rahmen eines Bundesministerium für Gesundheit im „Modellprogramms zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger" gefördert wird, liegen in Kürze (Mitte des Jahres 2000) erste umsetzbare Pflegesatzberechnungen vor. Familienähnliche Wohnkonzepte, die die Ergebnisqualität aus Sicht der Bewohner und der Angehörigen berücksichtigen, können auch einen erheblichen Beitrag zum Abbau von struktureller Gewalt leisten. Und das Konzept der Hausgemeinschaft bietet auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ein würdevolles Wohnen und Leben bei hochgradigem Hilfebedarf. In diesem Sinne können sie erheblich dazu beitragen, die Lebensqualität psychisch kranker Pflegebedürftiger zu verbessern.

3.2.4.4 Pflegequalifizierung im Wandel

(a) Berufliche Bildung in den Pflegeberufen

Für die Übernahme einer Berufstätigkeit im Pflege-/Sozialwesen stehen heute eine Reihe von Qualifizierungsmöglichkeiten zur Verfügung. Folgende Qualifikationsebenen und -inhalte lassen sich voneinander unterscheiden (s. Übersicht 3-7):

Übersicht 3-7: Pflegespezifische Qualifikationsebenen und -inhalte

Qualifikationsebenen	**Qualifikationsinhalte** (Auswahl)
Hochschulausbildung	Pflegewissenschaftliche Promotion und Habilitation Postgraduiertenstudium: Public Health mit Schwerpunkt Pflegewissenschaft Universitäts-, Fachhochschulstudium: Pflege, Pflegemanagement, -pädagogik, -wissenschaft, Lehramt mit beruflicher Fachrichtung
Fort- und Weiterbildung	i.S. von Aufstiegsfortbildungen: Lehre und Leitung in der Pflege i.S. von fachlicher Spezialisierung: z. B. Anästhesie/ Intensivpflege, psychiatrische Pflege
Berufsausbildung zur Pflegefachkraft	Kranken-, Kinderkranken-, Entbindungs-, Alten-, Heilerziehungspflege
Berufsausbildung zur Pflegehilfskraft	z. B. Kranken-, Alten- und Heilerziehungspflegehilfe
Trägerspezifische Qualifizierung	z. B. Hauspflege

Die berufliche Bildung in den Pflegeberufen ist durch ihre Sonderstellung im bundesdeutschen Bildungswesen charakterisiert. Sie ist weder eine Ausbildung im Sinne des dualen Systems noch eine Berufsfachschulausbildung im Sinne der Landesschulgesetze. Wie Tabelle 3-26 zeigt, werden Schüler/innen im Berufsfeld Pflege überwiegend an Ausbildungsstätten besonderer Art – den so genannten Schulen des Gesundheitswesens – ausgebildet. Das heißt, pflegerische Bildung wird bis heute nicht durchgängig als öffentliche Bildungsaufgabe gesehen und finanziert. Traditionell stehen die meisten Ausbildungseinrichtungen in frei-gemeinnütziger Trägerschaft, lediglich ein geringer Teil wird öffentlich oder privat getragen. Die Finanzierung der Ausbildung speist sich aus unterschiedlichen Quellen, z. B. aus Pflegesätzen der Krankenhäuser oder aus öffentlicher Förderung (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996).

Tabelle 3-27 zeigt die Verteilung von Auszubildenden im Berufsfeld Pflege nach Berufsrichtung. Danach bilden die Krankenpflegeschüler/innen die weitaus größte Auszubildendengruppe, gefolgt von den Altenpflegeschüler/innen. Die Mehrheit der Auszubildenden sind – wie bei den Erwerbstätigen – Frauen: Sowohl in der Kinderkrankenpflege als auch in der Familienpflege und bei den Hebammen liegt der Anteil weiblicher Auszubildender bei über 95 Prozent. In der Altenpflege und der Krankenpflegehilfe sind über 80 Prozent der Lernenden Frauen und im Bereich der Krankenpflege über 75 Prozent. Tabelle 3-27 zeigt auch, dass sich die Zahl der Auszubildenden im Berufsfeld Pflege eher reduziert als erhöht hat.

Tabelle 3-26: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Schularten, 1998/99

Beruf/ Fachrichtung	Schulen des Gesundheitswesens [1]	Berufsfachschulen	Fachschulen	Schüler/innen insgesamt
Krankenpflege	57.839	7.868	-	65.707
Kinderkrankenpflege	6.993	951	-	7.944
Hebammen	1.637	211	-	1.848
Krankenpflegehilfe	1.972	188	-	2.160
Altenpflege [2]	12.888	8.353	16.076	37.317
Heilerziehungspflege	47	-	10.142	10.189
Familienpflege	715	649	1.178	2.542
Insgesamt	82.091	18.220	27.396	127.707

1) ohne Hessen 2) darunter 23 Altenpflegehelfer/innen an Berufsfachschulen
Quelle: Statistisches Bundesamt 1999a

Tabelle 3-27: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Berufsrichtungen, 1997/98 und 1998/99

Berufsrichtung	**Schüler/innen 1997/98[1]**	**Schüler/innen 1998/99 [2]**	**Bilanz**
Krankenpflege	66.736	65.707	- 1.029
Kinderkrankenpflege	8.507	7.944	- 563
Hebammen	1.836	1.848	+ 12
Krankenpflegehilfe	2.171	2.160	- 11
Altenpflege [3]	38.116	37.317	- 799
Heilerziehungspflege	9.731	10.189	+ 458
Familienpflege	2.288	2.542	+ 254
Insgesamt	129.385	127.707	- 1.678

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999a

(b) Berufliche Bildung in der Altenpflege

Gegenwärtige Ausbildungssituation

Die skizzierte bildungsrechtlichtliche Sonderstellung trifft sowohl für die sozial- als auch die gesundheitspflegerischen Berufe[25] zu. Weitere Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede werden in Übersicht 3-8 deutlich, in der sozial- und gesundheitspflegerische Ausbildungsschwerpunkte am Beispiel der Alten- und Krankenpflege gegenübergestellt sind.

Die dort enthaltenen Angaben zur Altenpflegeausbildung sind als kleinster gemeinsamer Nenner einer Ausbildungsrealität zu betrachten, die sehr viel heterogener ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Altenpflegeausbildung im Unterschied zur Ausbildung in den Krankenpflegeberufen nicht bundeseinheitlich, sondern länderspezifisch geregelt ist. Auch wenn es seit 1985 eine von der Kultus- sowie Arbeits- und Sozialministerkonferenz getroffene Rahmenvereinbarung zur Vereinheitlichung der Ausbildung und Prüfung von Altenpflegern und -pflegerinnen gibt, lassen die Landesgesetze bzw. länderspezifischen Verordnungen und Bestimmungen deutliche Unterschiede erkennen, wie z. B. (vgl. Forschungsgesellschaft für Gerontologie 1996):

- Ausbildungsdauer: Auch wenn die dreijährige Ausbildungsform bundesweit dominiert, gibt es einige Länder mit zweijähriger Ausbildung (Bayern, Sachsen).
- Zulassungsvoraussetzungen: In einigen Ländern wird ein Mindestalter vorausgesetzt (zwischen 16 und 18 Jahren); in anderen Ländern existiert eine solche Mindestalterregelung nicht. Die Mindestanforderungen im Blick auf die formalen Bildungsabschlüsse sind neben „nur Hauptschulabschluss" (nur in Hamburg) i.d.R. „Hauptschulabschluss und zweijährige Berufsausbildung", wobei letztere in einigen Ländern fachbezogen sein muss, in anderen hingegen nicht. In den meisten Ländern wird auch zugelassen, wer nicht über eine zweijährige Berufsausbildung verfügt, stattdessen aber eine „Ersatztätigkeit" nachweisen kann, deren Spektrum von einer „dreijährigen Berufstätigkeit" über „eine mindestens siebenjährige pflegende Tätigkeit" bis hin zu der „Ableistung des Grundwehrdienstes mit Sanitätsprüfung" reicht. In einigen Ländern ist es möglich, die Altenpflegeausbildung als Erstausbildung zu absolvieren (d.h. nur auf der Grundlage eines allgemeinbildenden Schulabschlusses), während sie in anderen Ländern ihrem Charakter nach eine berufliche Weiterbildung ist (entsprechend heißen die Schulen auch Fachschulen und nicht Berufsfachschulen).
- Theoretische und praktische Ausbildungsanteile: Erhebliche Unterschiede zeigen sich im Umfang der theoretischen und praktischen Ausbildungsanteile. Der Stundenumfang im theoretischen Bereich variiert länderspezifisch zwischen 1600 und 2250 Stunden, der im praktischen Bereich zwischen 1400 und 3000 Stunden.
- Ausbildungsinhalte: Unterscheidet man nach allgemein bildenden und berufsbezogenen Ausbildungsinhalten, so liegt der Anteil allgemein bildender Inhalte in einigen Ländern bei 40 Prozent des gesamten Theorieunterrichts, während er in anderen nur 13 Prozent ausmacht. Medizinisch-pflegerische Inhalte variieren zwischen 12 Prozent und 63 Prozent, sozialpflegerisch-beratende zwischen 4 Prozent und 35 Prozent, gerontologische zwischen 5 Prozent und 33 Prozent und hauswirtschaftliche Inhalte zwischen 2 Prozent und 20 Prozent und des gesamten Theorieunterrichts.

Diskussion um die bundeseinheitliche Regelung der Altenpflegeausbildung

Die skizzierte Uneinheitlichkeit sowie damit einhergehende Qualifizierungsmängel und Inkonsistenzen im Berufsbild sind seit rund 15 Jahren Anlass für Reformbemühungen. Nachdem alle bisherigen Initiativen ergebnislos verlaufen sind, hat die Bundesregierung jüngst einen neuen Schritt unternommen, die Altenpflegeausbildung zu vereinheitlichen. 1999 legte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Entwurf eines „Gesetzes über die Berufe in der Altenpflege" (Altenpflegegesetz – AltPflG) vor. Die Diskussion um diesen Entwurf, der sich im Grundsatz an dem Bundesgesetz für die Krankenpflegeberufe (KrPflG von 1985) orientiert, konzentriert sich auf folgende Punkte:

- Altenpflege als sozialpflegerischer oder als Heilberuf: Eine Gesetzgebungskompetenz des Bundes im Sinne der Ziffer 19 des Art. 74 GG setzt voraus, dass Altenpflege als Heilberuf definiert ist. Davon ist, so die Befürworter einer bundesgesetzlichen Regelung, infolge demographischer und epidemiologischer Daten sowie struktureller Bedingungen auszugehen: Altenpflegerinnen betreuen bereits gegenwärtig fast ausnahmslos kranke alte Menschen und werden in Zukunft zunehmend mit Multimorbidität und Schwerstpflegebedürftigkeit – als typischen mit Hochaltrigkeit korrelierenden Komponenten – konfrontiert sein. Es gibt jedoch auch einige Gegenstimmen auf Landes- (Bayern, Sachsen) und berufsständischer Ebene, die sich auf das nach wie vor gegebene und zukünftig zu sichernde sozialpflegerische Profil der Altenpflege berufen und deren Eigenständigkeit durch eine Bundesgesetzgebung bedroht sehen.
- Helferqualifizierung als (unangemessene) Antwort auf quantitative und qualitative Herausforderungen: Auf der einen Seite wird die im Entwurf vorgesehene einjährige Altenpflegehelfer/innen-Qualifizierung als angemessene Antwort auf den infolge demographisch-gesellschaftlicher Entwicklungen steigenden Bedarf an ausgebildeten Pflegekräften begrüßt. Auf der anderen Seite wird sie als Deprofessionalisierungs- bzw. Dequalifizierungsmaßnahme mit den Argumenten abgelehnt, dass sie den gestiegenen und

[25] Die Kategorisierung in sozial- und gesundheitspflegerische Berufe hat sich innerhalb der einschlägigen Fachliteratur durchgesetzt und wird beispielsweise auch vom Statistischen Bundesamt vorgenommen, das einen Teil der Pflegeberufe als dem Sozialwesen und den anderen Teil als dem Gesundheitswesen zugehörig definiert. Inhaltlich ist die begriffliche Trennung jedoch zu hinterfragen.

Übersicht 3-8: Vergleich von Ausbildungsschwerpunkten der Alten- und Krankenpflege (vgl. DBfK 1998)

Altenpflegeausbildung	Krankenpflegeausbildung
Gesetzliche Grundlagen	
- 16 verschiedene Ländergesetze und Verordnungen	- Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 4. 6. 1985 (KrPflG) Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege vom 16. 10. 1985 (KrPflAPrV)
Zulassung zur Ausbildung	
- ab 16. Lebensjahr - Hauptschulabschluss oder gleichwertige Schulbildung Abgeschlossene Berufsausbildung bzw. dreijährige berufliche Tätigkeit	- Vollendung des 17. Lebensjahres - Realschulabschluss oder gleichwertige Schulbildung bzw. abgeschlossene Berufsausbildung bei Hauptschulabschluss
Berufsbezeichnung	
Altenpflegerin/Altenpfleger	Krankenschwester/Krankenpfleger
Ausbildungsdauer	
i.d.R. 3 Jahre	3 Jahre
Theoretische Ausbildung	
Mindeststunden: Vorgaben der Bundesländer Inhalt: - Alten- und Krankenpflege - Gesundheitslehre - Alterssoziologie, -psychologie, -psychiatrie - Berufskunde - Ethik/Religion - Krankheitslehre - Arzneimittellehre - Beschäftigungstherapie - Sozialkunde - Rechtskunde	Mindeststunden: 1 600 Stunden Inhalt: - Krankenpflege - Grundlagen der Rehabilitation - Einführung in die Organisation und Dokumentation im Krankenhaus - Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde - Grundlagen der Psychologie, Soziologie und Pädagogik - Biologie, Anatomie und Physiologie - Allgemeine und spezielle Krankheitslehre einschließlich Vorsorge, Diagnostik, Therapie und Epidemiologie - Erste Hilfe - Arzneimittellehre - Fachbezogene Physik und Chemie - Sprache und Schrifttum
Praktische Ausbildung	
Mindeststunden: Vorgabe der Bundesländer Inhalt: - Allgemeine Pflege bei hilfebedürftigen und kranken alten Menschen Spezielle sozialpflegerische Betreuung des alten Menschen im stationären und ambulanten Bereich	Mindeststunden: 3 000 Stunden Sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege - im klinischen (z.B. Allgemeine Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Kinderheilkunde) Bereich und im - ambulanten Bereich
Abschluss	
Schriftliche, mündliche und praktische Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuss	Schriftliche, mündliche und praktische Prüfung vor einem staatlichen Prüfungsausschuss

steigenden qualitativen Anforderungen an pflegerische Arbeit in keiner Weise entspreche, zur Hierarchisierung zwischen den Berufsgruppen beitrage und im Wesentlichen kurzfristigen ökonomischen Interessen entgegenkomme.

– Ausbildungs-Verkürzungen als Ausdruck eines zu breit gestreuten Verständnisses beruflich relevanter Qualifikationen und als Indikator eines geringen Professionalisierungsgrades: Nach einem ersten Gesetzesentwurf sollte die dreijährige Altenpflegeausbildung

z. B. für Sanitätsbedienstete der Bundeswehr oder der Polizei sowie für Personen, die eine mindestens fünfjährige Führung eines Familienhaushaltes mit mindestens einem Kind oder einer pflegebedürftigen Person nachweisen, um 1 Jahr verkürzt werden können. Die darin implizit enthaltene Vorstellung, dass sich der Beruf der Altenpflege aus Elementen zusammensetzt, die sich zwischen medizinischer Assistenz und privater Haushaltsführung bewegen, hat zu relativ einheitlicher starker Kritik in der Fachöffentlichkeit geführt. Infolge dieser Kritik sind die genannten Ausbildungs-Verkürzungen im aktuellen Gesetzesentwurf entfallen.

Forderung nach Vereinheitlichung der Ausbildung in den Pflegeberufen

Über die Diskussion der Vereinheitlichung der Altenpflegeausbildung hinaus sind seit Mitte der 90er-Jahre Reformvorschläge entwickelt worden, in denen Integration auf einer noch umfassenderen Ebene angestrebt wird: Gemeint sind die Ansätze, die auf eine gemeinsame, die derzeit voneinander getrennten pflegerischen Bildungsgänge integrierende Pflegeausbildung abzielen.

Die Argumente, auf denen sich die Reformkonzepte gründen, sind insbesondere (vgl. z. B. ASG 1996):

- Neue demographisch, gesellschaftlich und strukturell bedingte Herausforderungen an professionell Pflegende;
- eine in der Realität zunehmende Überschneidung von Tätigkeitsfeldern und Aufgabenbereichen der Kinder-, Kranken- und Altenpflegekräfte;
- die Notwendigkeit des Abbaus von Hierarchien und Qualifizierungsunterschieden zwischen den Berufsgruppen;
- die wachsende Bedeutsamkeit einer europaweiten Anerkennung beruflicher Bildungsabschlüsse (was derzeit nicht für die Kinderkranken- und Altenpflegekräfte gilt);
- die Entwicklung der Pflegewissenschaft, die nicht vorrangig von altersspezifischen Fragestellungen ausgeht.

Diese Argumentationslinien gewinnen derzeit an Bedeutung und rücken die einzelberuflich geführten Qualifizierungsdiskussionen zunehmend in den Hintergrund. Dazu trägt auch bei, dass gegenwärtig ein erster Modellversuch „Gemeinsame (Grund-)Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege" unter wissenschaftlicher Begleitung eines gerontologischen (Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund) und eines pflegewissenschaftlichen Institutes (Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld) durchgeführt wird (vgl. Oelke et al. 1998). Von den Ergebnissen dieses Modellversuchs, die 2001 vorliegen werden, werden weitergehende wichtige Impulse für die konzeptionelle Neugestaltung einer gemeinsamen Pflegeausbildung erwartet.

(c) Weiterbildung in pflegerischen Berufen

Die Regelung der Weiterbildung ist Ländersache und in der Pflege – als Fortbildung, Aufstiegsqualifizierung und Subspezialisierung – nur teilweise durch entsprechende Gesetze geordnet (SG 1997, Ziffer 310). Insgesamt ist der Fort- und Weiterbildungsbereich im Pflegewesen ein Markt, der weitestgehend nach dem Prinzip Angebot und Nachfrage funktioniert und infolgedessen Angebote unterschiedlichster Qualität umfasst (vgl. Winter 1998).

Für die Pflege gibt es im Vergleich zu anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein besonders großes Weiterbildungsangebot. Die Forderung nach Weiterbildung in der Pflege resultiert aus einem Theorie-Praxis-Gefälle. Vor allem in den letzten zehn Jahren nahm das pflegetheoretische Wissen schnell zu, ohne bereits im vollen Umfang in der Pflegepraxis seinen Niederschlag gefunden zu haben. Gleichzeitig legen gesetzliche Regelungen, z. B. im Pflegeversicherungsgesetz fest, dass die praktische Pflege den jeweils aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen folgen muss. Weiterbildung in der Pflege wird gegenwärtig häufig zur Kompensation von Defiziten der Erstausbildung eingesetzt. Professionelle Akteure in der Altenpflege erleben beispielsweise ausbildungsbedingte Kompetenzmängel im Bereich der Gerontopsychiatrie, der Rehabilitation und Prävention, die eine Weiterbildung notwendig werden lassen (vgl. Meifort 1998).

Aufgrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitssystem werden perspektivisch Fragen der Bildungsqualität und des Managements von Bildung und Wissen an Bedeutung gewinnen. Die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitern/innen wird zunehmend eine Aufgabe der Entwicklung der gesamten Organisation. Es ist zu erwarten, dass anstehende Reformen im Bereich der Erstausbildung direkte Auswirkungen auf das System der Weiterbildung haben werden.

Ein Problembereich ist in der Konkurrenzsituation zwischen Weiterbildungsprofilen und Hochschulausbildungen zu sehen. Gemäß der Maßstäbe zur Qualitätssicherung nach SGB IX § 80 muss eine verantwortliche Pflegefachkraft eine Person sein, die aus einem Pflegeberuf kommt, über eine entsprechende Weiterbildung verfügt (mind. 460 Stunden) und in den letzten fünf Jahren vor Antritt der Stelle zwei Jahre in der Pflege vollzeitbeschäftigt war. Anstelle der Weiterbildung kann auch ein Hochschulabschluss im Pflegemanagementbereich vorgelegt werden (vgl. Klie & Krahmer 1998). Für eine solche Person ist der Nachweis der geforderten Vollbeschäftigung nahezu unmöglich. Daraus entsteht eine strukturelle Benachteiligung für Hochschulabsolventen/innen.

(d) Akademische Qualifizierung im Pflegebereich

Im Vergleich zu anderen Ländern setzte die Akademisierung der Pflegeberufe in Deutschland mit großer zeitlicher Verzögerung ein.

Gegenwärtig gibt es über 40 pflegebezogene Studiengänge (vgl. DV Pflegewissenschaft 1998; Schaeffer 1998b). Die meisten sind an Fachhochschulen angesiedelt, lediglich 5 werden auf Universitätsebene angeboten. Das Studiengangsangebot gliedert sich in drei Schwerpunktbereiche auf:

- Pflege bzw. Pflegewissenschaft
- Pflege(dienst)leitung bzw. Pflegemanagement
- Pflegepädagogik bzw. Lehramt-Pflege

Hinsichtlich ausgewählter Strukturdaten lassen sich die Studiengänge wie folgt charakterisieren:

- Zugangsvoraussetzungen: (Fach-)Hochschulreife bzw. eine andere Form der (Fach-)Hochschulzugangsberechtigung (länderspezifisch, z. B. Sonderprüfung für besonders Begabte, Sonderzulassung für Berufstätige) und i. d. R. abgeschlossene Ausbildung in einem pflegerischen Beruf sowie zweijährige Berufserfahrung
- Dauer und Umfang: als Vollzeitstudium i.d.R. 8 Semester mit 130 – 160 SWS (auf FHS-Ebene häufig mit Praxissemester), als berufsbegleitendes Studium i. d. R. 10 Semester
- Abschlüsse (Auswahl): Diplom-Pfleger/in, Diplom-Pflegeexperte/in, Diplom-Pflegewirt/in, Diplom-Kauffrau/mann, Diplom-Pflegemanager/in, Diplom-Pflegepädagoge/in, 1. Staatsexamen Lehramt (Sek. II)

Wenn auch die Akademisierung mittlerweile überwiegend positiv bewertet wird und mit ihr große Hoffnungen auf eine weitergehende Professionalisierung und Verbesserung der Ausbildungs- und Berufspraxis verbunden werden, ruft sie auch kritische Resonanzen hervor, die u. a. auf Probleme in folgenden Bereichen aufmerksam machen:

Nachwuchsförderung

Infolge der derzeit noch rudimentären Entwicklung der Pflegewissenschaft dominieren in vielen Studiengängen deren Bezugswissenschaften (i.w. Sozial- und Geisteswissenschaften). Gravierende Änderungen sind hier erst und nur dann zu erwarten, wenn eine hinreichende Zahl von Pflegewissenschaftlern/innen mit entsprechender Expertise zur Verfügung steht. Dies setzt eine adäquate Nachwuchsförderung voraus. Um diese zu ermöglichen, ist der derzeitige universitäre Ausbau von Pflegewissenschaft und die Zahl dort besetzter pflegewissenschaftlicher Lehrstühle zu gering. Zudem macht sich eine generelle Strukturschwäche des deutschen Hochschulsystems bemerkbar: Auf der Ebene der Nachwuchsförderung – speziell der Promotions- und Habilitationsförderung – fehlen geeignete promotionsvorbereitende und Post-Doc-Programme. Die Folgen dessen zeigen sich etwa daran, dass promotionsinteressierte Pflegewissenschaftler/innen in das Ausland abwandern (vgl. Schaeffer & Bartholomeyczik 1999).

Wissenschaftsentwicklung und Forschungsförderung

Geschaffen wurden zunächst Studiengänge, denen die Konstituierung einer eigenständigen Wissenschaftsdisziplin dann folgen sollte. Faktisch wurde damit der zweite Schritt vor dem ersten getan, in der Hoffnung, den ersten nachholen zu können. Doch eben diese Weichenstellung erweist sich als schwierig: Sie unterminiert die Wissenschaftsentwicklung, die ihrerseits notwendig ist, um der begonnenen Akademisierung Substanz zu verleihen und die sich in der Pflege stellenden Entwicklungsherausforderungen auf wissenschaftlicher Ebene bearbeiten zu können. Die dazu erforderlichen infrastrukturellen Bedingungen zu schaffen, ist eine vielfach angemahnte Aufgabe (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996), die nach wie vor zur Lösung ansteht.

Es mangelt derzeit nicht nur an einem angemessenen universitären Ausbau von Pflegewissenschaft, sondern auch an einer adäquaten Forschungsförderung. Diese zeichnet sich gegenwärtig allenfalls schemenhaft ab. Bundesweit fehlt es an hinreichenden strukturellen und materiellen Ressourcen für Pflegeforschung – sei es auf dem Gebiet der anwendungsorientierten Forschung wie auf dem der Grundlagenforschung. Die Behebung dessen ist auch deshalb dringend erforderlich, weil sonst die Gefahr besteht, dass sich der auf diesem Gebiet unzweifelhaft vorhandene internationale Entwicklungsrückstand zu zementieren droht[26].

Studiengänge

Der curriculare Aufbau der Studiengänge ist als relativ willkürlich und unsystematisch zu bezeichnen, was in Anbetracht ihres „explosionsartigen" Entstehens nicht wundert. Hier bedarf es einer fundierten Evaluationsarbeit bzw. -forschung, um gegenwärtig zu konstatierende Mängel auszugleichen bzw. zu beheben. In vielen Studiengängen wird zudem den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen, die einst auslösendes Moment für die Akademisierung waren, zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. So etwa finden die Konsequenzen des Strukturwandels des Alters oder der epidemiologischen Transition – der Zunahme heute dominanter chronischer Erkrankungen – in den Studiengangscurricula noch keineswegs einen ihrer Bedeutung angemessenen Stellenwert.

Generell wurde in Deutschland eine „auf den Kopf gestellte" Studiengangsstruktur geschaffen. Während in vielen anderen Ländern die Akademisierung der Pflege damit begann, dass die Berufsausbildung auf akademisches Niveau gehoben wurde, dem sich dann spezialisierte Studienprogramme anschlossen, wurde die Pflegeausbildung in Deutschland auf ihrem Niveau belassen und die (fach)hochschulische Qualifizierung für gehobene Positionen (Pflegemanagement, -pädagogik) eingeleitet.

[26] In den USA gehört Pflegeforschung seit mehr als 50 Jahren zu den gesundheitspolitisch relevanten Forschungsgebieten.

3.3 Perspektiven der Finanzierung und Vergütung einer integrierten Versorgung

Eine vernetzte und ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung im Alter wird von der Kommission ausdrücklich als wünschenswert angesehen. Ein solches System – abgestuft und flexibel, erreichbar und zugänglich, nachfrageseitig akzeptabel und zugleich regional nicht konzentriert – erfordert im Vergleich zur jetzigen Situation andere Finanzierungsformen (Krauth et al. 1998).

Finanzierungsfragen stellen sich also auf unterschiedlichen Systemebenen. In Kapitel 3.3.1 wird ein Überblick über die Auffassungen über die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Gesundheitsausgaben, wie sie sich in der Literatur finden lassen, gegeben. Bei dieser „Wissensverdichtung" bemüht sich die Kommission darum, die „Perspektiven des demographisch bedingten Ausgabenanstiegs in der GKV" in Richtung auf einen Beurteilungspfad zu bahnen, der einerseits Verharmlosungen, andererseits aber auch unvertretbare Dramatisierungen vermeiden hilft. Verharmlosungen können eintreten, wenn die mit der demographischen Alterung unserer Gesellschaft verbundenen gesellschaftspolitischen Herausforderungen zur Finanzierung, einschließlich der damit verbundenen verteilungspolitischen Aspekte, unthematisiert bleiben. Dramatisierungen können eintreten, wenn die demographischen Veränderungen zur Haupteinflussgröße der zukünftigen Ausgabenentwicklung stilisiert werden, das komplexe Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren (medizinisch-technischer Fortschritt in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht, Pflegequalitätsfortschritte, Angebotsdichte und angebotsinduzierte Nachfrage, Inanspruchnahmemuster der Versicherten, Preisentwicklungen, Pharmaforschung, politisch-gesetzgeberische Entwicklungen u. a. m.) aus dem Auge verloren wird. Bleibender Befund ist jedenfalls: Es fällt ein Drittel bis die Hälfte der Gesundheitsausgaben im Alter über 65 Jahren an. Diese Aussage gilt im internationalen Vergleich der Industriestaaten.

In der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes 1996) finden sich Hinweise darauf, dass durch die „Kompression der Morbidität im Alter" schwerwiegende Krankheiten erst in den Phasen vor dem Tod auftreten, d.h. die Menschen leben länger bei guter Gesundheit (vgl. insgesamt oben 3.1.1). Dieser Aussage stehen Erkenntnisse gegenüber, nach denen die Gesundheitsausgaben für die Behandlung alter Menschen in den beiden letzten Lebensjahren um so niedriger ausfallen, je länger die Menschen leben. Unabhängig von der Lösung der andauernden Auseinandersetzung über Höhe und Struktur der Gesundheitsausgaben im zunehmenden Lebensalter ist man sich in der Fachdiskussion wohl jedoch einig, dass der Anteil der Gesundheitsausgaben im Alter die weiter oben genannte Höhe erreicht. Unabhängig von der zeitlichen Inzidenz der Ausgaben im Lebenszyklus für das einzelne Individuum (Längsschnittbetrachtung), muss aus makroökonomischer Sicht eine stabile Finanzierung für die oft anfallenden Ausgaben gefunden werden. In diesem Zusammenhang lassen sich aus der Tabelle 3-28 die Ausgabenbeträge und Finanzierungsformen im deutschen Gesundheitswesen für die Jahre 1996 und 1997 entnehmen und damit die Institutionen, die auch die Ausgaben für die 65-Jährigen bei übergreifender Sichtweise vornehmen. Die dort erkennbaren und vorgegebenen Trägerstrukturen gehören bei einer Diskussion über die institutionelle Erneuerung der Systemfinanzierung in die Betrachtung.

Die Demographie und die damit einhergehenden epidemiologischen Veränderungen spielen aller Wahrscheinlichkeit nach nur eine Teilrolle im Rahmen einer Entwicklung, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich und in den treibenden Kräften sehr vielfältig und im Zeitablauf wechselnd sind. In Kapitel 3.1.1 hat die Kommission die Perspektiven einer behinderungsfreien steigenden Lebenserwartung skizziert. Es wurde deutlich, dass der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verschiedene Verlaufsformen und verschiedene Gesichter annehmen kann. Auch hier kommt der grundlegende Befund der Heterogenität des Alter(n)s zur Wirksamkeit. Auch die Kosten- und Ausgabenprofile müssen demnach als beeinflussbar gelten; sie sind also nicht ohne Gestaltbarkeit durch individuelle und gesellschaftliche Ressourcen. Dennoch sind im Rahmen dieser Heterogenität der Alternsformen und der Altersgestalten mit steigendem Alter, insbesondere in der Gruppe der „vierten Lebensphase", spezifische Risikolagen und besondere Gefährdungsprofile vorhanden. Diese Herausforderungen werfen auch sozialökonomische Fragen der Finanzierung des Systems der medizinischen, pflegerischen und der komplementären sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen auf. Insgesamt kann daraus nur der Schluss gezogen werden, dass auch die Pro-Kopf-Ausgaben mit dem Alter steigen werden. Diese Erwartung gilt auch unter der Bedingung, dass alle realistischen Migrationsszenarien einkalkuliert werden, da die Zuwanderung relativ jüngerer Menschen die Alterung der bundesdeutschen Bevölkerung zwar abschwächen, im Trend aber nicht gegenläufig korrigieren kann.

Das ganze komplexe, in seinen Teilbereichen hoch interdependente System von Behandlungen, Versorgungen und Betreuungen muss nach Auffassung der Kommission demnach auch angesichts des demographischen Wandels auf eine solide makroökonomische Basis gestellt werden (vgl. dazu 3.3.2), zumal der Beitragssatzstabilität im SGB V normativ nach wie vor eine deutliche Rolle zugewiesen worden ist (u. a. § 71 SGB V, vgl. jetzt auch § 4 (4) SGB V).

3.3.1 Perspektiven des demographisch bedingten Ausgabenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die sich in den nächsten Jahrzehnten beschleunigende demographische Alterung des Landes, das schon heute innerhalb Europas zu den Ländern mit dem höchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung zählt, hat

Tabelle 3-28: Ausgabenträger und Finanzierungsformen im deutschen Gesundheitswesen 1996 und 1997

Ausgaben-Träger	Finanzierungsformen	1996		1997	
		Mrd. DM	Anteil In %	Mrd. DM	Anteil In %
1. Private Haushalte	Selbstbeteiligung und private Ausgaben	41,9	8,0	45,5	8,8
2. Private Krankenversicherung	Risikoäquivalente Prämien	26,9	5,2	28,9	5,6
3. Gesetzliche Krankenversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge)	244,3	46,9	240,4	46,5
4. Gesetzliche Pflegeversicherung	Sozialversicherungs-abgaben Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge	21,9	4,2	29,8	5,9
5. Gesetzliche Rentenversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge)	38,2	7,3	35,7	6,9
6. Gesetzliche Unfallversicherung	Sozialversicherungs-abgaben (nur Arbeitgeberbeiträge)	14,7	2,8	15,0	2,9
7. Arbeitgeber	Lohnfortzahlung	69,7	13,4	65,8	12,7
8. Öffentliche Haushalte	Überwiegend Steuern	63,8	12,2	55,7	10,7
Ausgaben insgesamt:		521,3	100,0	516,6	100,0

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von Müller (1999).

Befürchtungen vor einem erheblichen demographisch bedingten Anstieg der Gesundheitsausgaben und des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelöst. Diese Befürchtungen speisen sich im Wesentlichen aus dem Wissen um die mit dem Alter progressiv wachsenden Behandlungsausgaben (vgl. Buttler et al. 1999; Martin 1999) und des steigenden Risikos der Pflegebedürftigkeit (s. Kapitel 3.1.4), die „Versteilerung" des Altersprofils der Pro-Kopf-Ausgaben während der letzten Jahrzehnte (vgl. Wasem 1997; Glaeske et al. 1999) und der zunehmende Bevölkerungsanteil alter und hochbetagter Menschen.

Weitgehende Übereinstimmung herrscht darüber, dass die demographische Alterung zu einem weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben beitragen wird und davon neben der gesetzlichen Krankenversicherung auch andere Ausgabenträger betroffen sind (s. hierzu auch Tabelle 3-28). Umstritten ist jedoch, wodurch im Einzelnen die Steigerungen verursacht und wie stark die ausgabensteigernde Wirkung sein wird, welche Bedeutung die demographische Alterung im Vergleich zu anderen zentralen Faktoren der Gesundheitsausgaben besitzt, wie stark der Beitragssatz in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung steigen wird bzw. zur Deckung der Ausgaben

steigen müsste und welche Gegenreaktionen ergriffen werden oder ergriffen werden sollten.

In den letzten Jahren sind verschiedene Modellrechnungen und Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung, also einem der Hauptleistungsträger, vorgelegt worden, ergänzt um Modellrechnungen zur Pflegeversicherung. Entscheidenden Einfluss auf die Schätzung der zukünftigen Ausgaben haben dabei zum einen die gewählten Varianten zur Bevölkerungsentwicklung, vor allem die dahinter stehenden Annahmen zur Entwicklung der Fertilität, Lebenserwartung und Zuwanderung[27], die – zusammen mit Arbeitsmarktannahmen – wesentlich die Zahl und Altersstruktur der Versicherten beeinflussen. Zum anderen hängen die Gesamtausgaben in starkem Maße von den zugrundegelegten Annahmen zur zukünftigen Entwicklung der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben ab.

Hier stehen sich verschiedene Positionen gegenüber. Insbesondere Modellrechnungen, die den Einfluss des demographischen Wandels isoliert erfassen möchten, operieren oft mit konstant bleibenden Ausgabenprofilen. Auf diese Weise schalten sie andere nachfrage- und angebotsseitige Einflüsse auf die Gesundheitsausgaben aus, wie etwa die Ausweitung des Leistungsangebots aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts und der wachsenden Anbieterdichte, die Preissteigerung oder die wachsenden Behandlungsansprüche der Versicherten. Die dann durch Multiplikation der nach Alter und Geschlecht fortgeschriebenen Bevölkerung mit den konstant gehaltenen altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben errechneten Gesamtausgaben geben einen Eindruck von der durch die demographische Entwicklung zu erwartenden Ausgabensteigerung.

Status-quo-Modellrechnungen, die zusätzlich den demographischen Effekt auf die Entwicklung des Beitragssatzes simulieren möchten, müssen darüber hinaus noch restriktive Annahmen zu den Bestimmungsfaktoren der Beitragseinnahmen treffen. Um die nicht rein demographischen Effekte auszuschalten, unterstellen sie, dass die altersspezifischen Quoten abhängig Beschäftigter und Rentenbezieher sowie das durchschnittliche beitragspflichtige Einkommen der Versicherten konstant bleiben. Je nach Basisjahr, den zugrundegelegten Ausgangswerten und Bevölkerungsvorausberechnungen gelangen die verschiedenen Modellrechnungen dann zu den in Tabelle 3-29 aufgeführten rein demographiebedingten Effekten auf die Ausgaben- und Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Durch den Wandel der Altersstruktur und der Bevölkerungszahl werden demnach zwischen 1995 und 2040 die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um mindestens 20 bis 29 Prozent steigen. Der Beitragssatz müsste dann – unter Vernachlässigung aller anderen ausgabensteigernden Faktoren – aufgrund der demographischen Entwicklung auf 15,3 bis 22,1 Prozent angehoben werden, je nach den Zu- und Abwanderungen sowie dem Anstieg der ferneren Lebenserwartung und den damit verbundenen Auswirkungen auf Ausgaben und Einnahmen.

Buttler et al. haben mit ihrem Modell 4 versucht zu berücksichtigen, dass die mit zunehmendem Alter progressiv ansteigenden Pro-Kopf-Ausgaben zu einem nicht unerheblichen Teil auf die hohen Gesundheitsausgaben im letzten Lebensjahr zurückgehen. Da sich diese hohen Behandlungskosten Versterbender bei zunehmender Lebenserwartung zeitlich nur in ein höheres Alter verlagern und zugleich bei hochaltrigen Menschen geringer sind als im mittleren Alter und jungen Seniorenalter, hat unter anderem der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen angenommen, dass die zunehmende Zahl alter Menschen insoweit zu keinem nennenswerten Anstieg der Gesundheitsausgaben führen werde, zumindest nicht der Ausgaben für die stationäre Versorgung (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1996: 104). Diese Einschätzung beruht jedoch auf der zweifelhaften Annahme, dass das Profil der Pro-Kopf-Ausgaben der nicht Versterbenden keinen Altersanstieg aufweist. Buttler et al. haben nun approximativ getrennte Ausgabenprofile der Versterbenden und der Überlebenden berechnet und als vierte Variante ihrer Modellrechnung zur Anwendung gebracht. Wie die Ergebnisse nahe legen, führt diese Trennung der Ausgaben nur zu einer geringen Abschwächung des prognostizierten demographiebedingten Anstiegs. Der Grund liegt darin, dass ganz offensichtlich auch die Gesundheitsausgaben der nicht Versterbenden mit dem Alter steigen.

Die Zunahme des Anteils alter Menschen in der Bevölkerung führt daher unabhängig von der Entwicklung der Lebenserwartung zu steigenden durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben und Beitragsbelastungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Bei den bisher besprochenen Modellrechnungen handelte es sich um Szenarien, die angeben, welche Entwicklung die Pro-Kopf-Ausgaben und der Beitragssatz in der GKV aufgrund der jeweils vorhergesagten demographischen Entwicklung nehmen würden, wenn sich ansonsten nichts ändert. Umfassender, aber auch anspruchsvoller und mit größeren Unsicherheiten belastet als Modellrechnungen, die nur den isolierten Einfluss der demographischen Entwicklung betrachten, sind erweiterte Modellrechnungen und Versuche, echte Prognosen über die wahrscheinliche Entwicklung der GKV-Ausgaben und der Beitragssatzentwicklung anzustellen. In Prognosen fließen explizit oder implizit Annahmen über die voraussichtliche Entwicklung der für relevant erachteten Einflussgrößen ein, evtl. einschließlich vermuteter politischer Reaktionen auf

[27] Meist wird auf die mittlere Variante der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausschätzung zurückgegriffen, die jedoch – wie bereits betont – von einem unrealistischen Ende des Zugewinns an Lebenserwartung ausgeht.

Tabelle 3-29: Demographisch bedingte Ausgabensteigerung in der GKV nach verschiedenen Modellrechnungen[1)]

Modellrechnung (ausgewählte Varianten, einschl. zentraler Annahmen):	Demographisch bedingter Anstieg:	
1. Buttler et al. (1999):	Anstieg der mittleren Pro-Kopf-Ausgaben 1995-2040:	Durchschnittl. Beitragssatz im Jahr 2040:
Modell 2: konstantes Ausgabenprofil (nach Bundesversicherungsamt 1998) konstante Fertilität steigende Lebenserwartung (auf Niveau der Schweiz) ausgeglichener Wanderungssaldo	+29 %	19,1 %
Modell 3: Jhrl. Wanderungsüberschuss: 250 000 sonst wie Modell 2	+24 %	17,6 %
Modell 4: getrennte altersspezifische Ausgabenprofile für Überlebende und Versterbende in jedem Altersjahr, sonst wie Modell 2	+26 %	
2. Erbsland (1995), Erbsland/Wille (1995)[2)]:	Anstieg der mittleren Pro-Kopf-Ausgaben 1995-2040:	Durchschnittl. Beitragssatz im Jahr 2040:
Konstantes Ausgabenprofil (nach Reschke/Jacobs 1995) Varianten der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung		
Variante 1: niedriger Wanderungsüberschuss	+22,6 %	15,8 %
Variante 3: hoher Wanderungsüberschuss	+19,8 %	15,3 %
3. Birg (1999) i.V.m. Birg et al. (1998): konstantes Ausgabenprofil (nach MAGS 1995) konstante Fertilitätsziffer (ab 2010): 1,4 jhrl. Wanderungsüberschuss: 150 000 steigende Lebenserwartung: 2035: 85,3 J. (Frauen), 78,6 J. (Männer)	Ausgaben-Einnahmen-Relation im Jahr 2035 bei konstanten Pro-Kopf-Einnahmen: 164 : 100 Daraus folgt (eigene Berechnung): Zur Deckung notwendige 64%-ige Beitragssatzerhöhung: von 13,5 % (1996) auf 22,1 % (2035)	

1) ohne Berücksichtigung der Preissteigerung und sonstiger Faktoren.

2) wiedergegeben im Bericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" (Dt. Bundestag 1998); eine identische Modellrechnung der Ausgaben auf den gleichen Grundlagen hat auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen veröffentlicht (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995).

bekannt gemachte Ergebnisse von Status-quo-Vorausschätzungen.

Eine Möglichkeit besteht darin anzunehmen, dass die in den vergangenen Jahrzehnten zu beobachtende durchschnittliche Ausgabenentwicklung der GKV sich im Großen und Ganzen fortsetzen wird. Sollte dies zutreffen, ist gemäß einer Modellrechnung von Hof (1997), der die Vergangenheitsentwicklung in die Zukunft extrapoliert hat, mit einem Anstieg des Beitragssatzes bis 2040 auf über 25 Prozent zu rechnen. Breyer und Ulrich (1999) (zit. nach Breyer 2000), die eine Simulation auf der Grundlage einer ökonometrischen Schätzung unter Verwendung einer Zeitreihe von GKV-Daten der Jahre 1970 bis 1995 unternommen haben, kommen mit ihren Berechnungen zu einem ähnlich hohen Beitragssatz (2040: 23,1 %). Oberdieck (1998), der seine Prognoseannahmen ebenfalls auf der Grundlage der beobachteten Entwicklung seit 1970 entwickelte, prognostiziert sogar einen zur Deckung der GKV-Ausgaben notwendig werdenden Anstieg des Beitragssatzes auf 18 Prozent im Jahr 2020 und auf 31,2 Prozent im Jahr 2040. Alle drei Arbeiten gehen explizit oder implizit von einem weiteren Anstieg und einer sich fortsetzenden Spreizung der altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben aus, vernachlässigen aber andere Träger von Gesundheitsausgaben, wie beispielsweise die Gesetzliche Pflege- und die Gesetzliche Rentenversicherung.

Vergleicht man die Werte dieser Arbeiten mit denen der Modellrechnungen zum rein demographisch bedingten

Beitragssatzanstieg, wird deutlich, dass von den Veränderungen im Bevölkerungsaufbau allein nur ein vergleichsweise moderater Anstieg der Gesundheitsausgaben und Beitragsbelastung zu erwarten ist. Zumindest in ihrer Summe bedeutsamer dürften – wie bisher – andere ausgabensteigernde Faktoren bleiben, insbesondere die Ausweitung des Leistungsangebots, eine erhöhte Nachfrage und – auf der Einnahmenseite – noch für längere Zeit die hohe Arbeitslosigkeit und die frühen Verrentungen. Dennoch wird auch die demographische Alterung in steigendem Maße zu erhöhten Pro-Kopf-Ausgaben und -Belastungen in der GKV beitragen.

Zu bedenken ist, dass es sich bei den drei neueren Berechnungen um Fortschreibungsprognosen handelt, die darlegen, wie die Ausgaben und Beitragssätze voraussichtlich steigen werden, falls keine wirkungsvollen Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Die Einführung solcher Gegenmaßnahmen unterstellt Prognos in seinem Gutachten zur weiteren Entwicklung der Sozialversicherung (Eckerle & Oczipka 1998: 85 ff.). Dort wurde der Anstieg des Beitragssatzes zur GKV bis 2040 im Vertrauen auf eine strikte politische Umsetzung des Prinzips einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik auf die rein demographiebedingte Steigerung beschränkt. Entsprechend dieser Vorgabe prognostiziert Prognos – je nach gesamtwirtschaftlicher Entwicklung – einen Anstieg des Beitragssatzes zur GKV von 13,4 Prozent (1995) auf 15,4 bis 15,9 Prozent (2040). Wie Buttler et al. (1999: 122) zu Recht kritisieren, „wird also unterstellt, dass es dem Staate gelingt, alle ausgabenerhöhenden Effekte der sonstigen Einflussfaktoren zu neutralisieren." Ob das im Prognos-Gutachten zum Ausdruck gebrachte Vertrauen in den Willen und die Fähigkeit der Gesundheitspolitik gerechtfertigt ist, massive Ausgabenbeschränkungen durchzusetzen, muss angesichts der in der Vergangenheit jeweils nur kurzfristig wirksamen Kostendämpfungsmaßnahmen bezweifelt werden. Das Prognos-Gutachten hat den Charakter eines denkbaren und evtl. wünschenswerten Szenarios.

Sofern Staat, Wirtschaft und Gesellschaft die bei Fortschreibung des Status quo eventuell eintretende Verdoppelung des Beitragssatzes in der GKV in den nächsten 40 Jahren vermeiden möchten, müssen deshalb erst noch wirkungsvolle und konsensfähige Gegenmaßnahmen ergriffen werden, die geeignet sind, sowohl die Ausgabendynamik zu begrenzen als auch die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen zu erhöhen. An dieser Stelle soll als Zwischenfazit davor gewarnt werden, die Maxime der Beitragssatzstabilität zu verabsolutieren, sofern an dem allgemeinen Ziel einer bedarfsgerechten, wirksamen, kos-tengünstigen und weitgehend solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung festgehalten werden soll. Denn selbst wenn es gelänge, die altersspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben auf dem heutigen Niveau einzufrieren, was wahrscheinlich nur durch bewussten Verzicht auf die weitere Umsetzung des medizinischen Fortschritts in der Diagnose und Therapie von Erkrankungen zu erzielen wäre, wird der demographische Wandel zu einem Anstieg der GKV-Ausgaben führen, der bei Fortgeltung der heutigen Finanzierungsregelungen mit Sicherheit auch einen Anstieg des Beitragssatzes nach sich zieht.

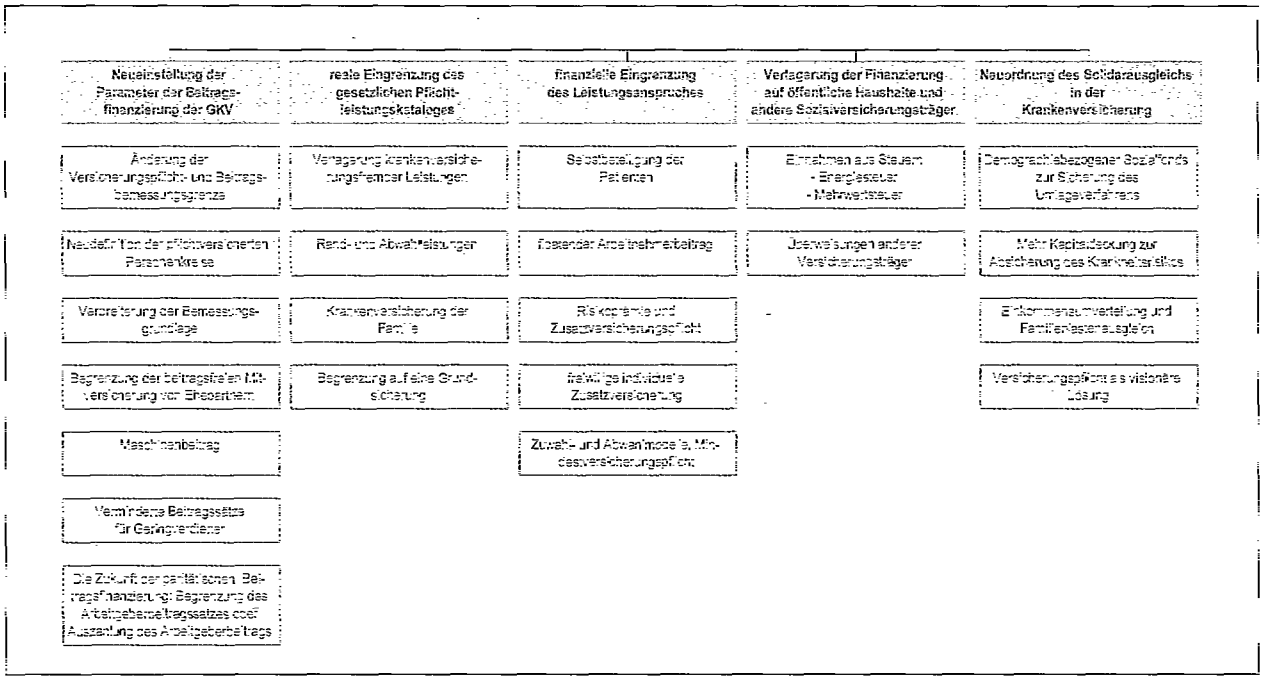
Der medizinisch-technische Fortschritt darf nicht nur unter der negativen Perspektive steigender Ausgaben und Versicherungsbeiträge betrachtet werden. Anzuerkennen ist auch seine Funktion als gesundheitliche und ökonomische Ressource für das Individuum und die Gesellschaft. Der medizinische Fortschritt hat wesentlich zum Anstieg der Lebenserwartung und zu einer verbesserten gesundheitlichen Situation auch im Alter beigetragen. Gesundheit wird von allen Altersgruppen als sehr hohes Gut angesehen und genießt eine prioritäre Wertschätzung unter den Lebenszielen.

3.3.2 Diskussions- und Entscheidungsbedarf der Politik in Hinsicht auf die Systemfinanzierung

Der vorliegende Bericht kann Systemfragen der Finanzierung mit allen sozialordnungspolitischen Voraussetzungen und Schlussfolgerungen (Rösner 1999; Badelt & Österle 1998) in einer fachlich angemessenen Tiefe und Breite sicherlich nur einführend erörtern. Zur systematischen Übersicht über strukturelle Reformpfade ist vor allem auf die Darstellungen vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1998) zu verweisen. In einem einkommensbezogenen System der Beitragsfinanzierung sozialversicherungsrechtlich organisierter sozialer Sicherung und Versorgung stellen sich – wenn man von der Frage der Ausdehnung einer steuerfinanzierten Komponente in der Mittelaufbringung absieht – zwingend Fragen (Schneider 1999: 2) (a) nach der Abgrenzung des sozialversicherungsrechtlich definierten Einkommens als Bemessungsgrundlage (vgl. §§ 223 ff. sowie 247 SGB V) sowie (b) nach dem Umfang der pflichtversicherten Bevölkerung (vgl. §§ 5 ff. SGB V). Auch die – neben den ohnehin bestehenden Mechanismen der individuellen Selbstbeteiligung (Richter 1999) bestehenden – Perspektiven einer individuellen Vorsorge (wie sie vor allem mit Bezug auf die Bildung einer sog. „dritten Säule" der Alterssicherung diskutiert wird) muss hier gerade angesichts der öffentlich breit betonten Notwendigkeit einer stärkeren Selbstbeteiligung nicht nochmals ausgebreitet werden (vgl. auch Kapitel 5 des Berichtes). Eine Reihe von Reformvorschlägen sind in den verschiedenen Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgestellt worden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994 u. 1995).

Hinsichtlich einer stärkeren finanziellen Beteiligung der älteren Menschen an ihrer eigenen gesundheitlichen Versorgung sollte man einerseits die Empirie der über die Alterssicherung hinausreichenden ökonomischen Ressourcenausstattung der Haushalte (angesichts verschiedener Einkommensquellen und der Vermögenssituation) be-

Abbildung 3-6: Das breite Spektrum der Mittelaufbringung und die Finanzverfassung des Gesundheitswesens



Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1997: 267

rücksichtigen (Kapitel 5). Andererseits müssen aber die Verteilungsmuster und Spreizungen (ein Problem, das weit über die Frage nach dem Ausmaß verschieden definierter Einkommensarmut im Alter hinausgeht) in eben dieser Ressourcenausstattung der Haushalte im Alter beachtet werden. Kapitel 5 des vorliegenden Berichts legt diesbezüglich die außerordentliche Differenziertheit der ökonomischen Einkommens- und Vermögenssituation im Alter dar. Vor allem wird man in Zukunft nicht von einer Abnahme dieser Differenziertheit ausgehen können. Alle das Alter betreffenden Reformen, die die ökonomische Situation im Alter verändern, sollten argumentativ nicht nur auf Durchschnittswerte abgestellt werden, sondern sie müssen auch das Wohlstandsgefüge zur Grundlage nehmen.

Zur systematischen Übersicht über das Spektrum verschiedener Reformpfade hinsichtlich der Mittelaufbringung und der Finanzverfassung des Gesundheitswesens dient Abbildung 3-6.

Ferner könnten Ideen aufgegriffen werden, den Beitrag der Rentenversicherungsträger zur Krankenversicherung der Rentner an die Rentner selbst auszuzahlen. Diese würden durch die sichtbare Differenz ihrer Brutto- und Nettorente größere Transparenz im Hinblick auf ihre Anteile an der Finanzierung der Krankenversicherung erhalten und gleichzeitig hätte sich diese Form des parafiskalischen Finanzausgleichs erübrigt. Mehr Transparenz führt zu einem sich verändernden Gesundheits- und Kostenbewusstsein der Bevölkerung (dazu Richter 1999). Diese Betrachtung hat allerdings auch zu bedenken, dass die bessere Kenntnis der Kosten die Anspruchsmentalität fördern und insoweit kontraproduktiv sein könnte. Die Versicherten würden bei dieser Sichtweise versuchen, die hohen Beitragszahlungen wieder „reinzuholen" und mit größerem Nachdruck Arznei-, Heil- und Hilfsmittel einfordern und mit wachsenden Ansprüchen noch mehr verschiedene Ärzte konsultieren. Sicher ist nur, dass über finanzielle Anreize Verhalten zum Teil gesteuert werden kann. Transparenz ist schließlich auch über mehr versichertenbezogene Kosteninformationen und über die Ausstellung von Arztrechnungen möglich. Hierzu müsste jedoch zunächst das Vergütungsverfahren der Ärzte dahingehend geändert werden, dass sie ex ante überhaupt wissen, was sie ex post für die Leistungen erhalten.

Denkbar ist, dass man im umlagefinanzierten System der gesetzlichen Krankenversicherung gerade das System des Gebens und Nehmens, der Relationen von Nettozahlern und Nettoempfängern stärker am Prinzip der intertemporalen Äquivalenz orientieren (Henke & Schaub 1998: 183) könnte. Das Prinzip der intertemporalen Äquivalenz bringt den zeitlichen Verlauf des Verhältnisses von Geben und Nehmen, von Einzahlungen und Leistungen/Auszahlungen zum Ausdruck. Über die Zeit hinweg durchläuft der Versicherte verschiedene Nutzen-Kosten-Statussituationen in der GKV. Er kann Nettozahler, dann wieder Nettoempfänger sein. Das hängt von seinem Einkommen und seinen gesundheitsabhängigen Inanspruchnahmemustern, von seinem Familienstand und seiner Familiengröße, von

seinem Alter und seinem Geschlecht ab. Folgt man der Idee der Äquivalenz von Einzahlungen und Leistungen (Auszahlungen) über die Zeit hinweg, dann ist der hierbei einerseits erzielbare Zugewinn an spezifischer Leistungsgerechtigkeit und Fairness doch andererseits verbunden mit einem Einschnitt in das Solidarprinzip der GKV (§§ 1 und 3 SGB V), das im Bewusstsein der Bevölkerung offensichtlich tief verankert ist (Ullrich 1999; Ullrich 2000) und das möglicherweise gerade nicht Alter (Henke & Rachold 1999: 11) zu einem Kriterium risikoprofilorientierter Einkommensbelastung hinnehmen will. Bei der Prämiengestaltung privater Krankenversicherungen spielt dieses Kriterium ja eine grundlegende Rolle, wohingegen im Risikostrukturausgleich der GKV, in dem die ältere Regelung des Krankenversicherung der Rentner (KVdR) aufging, derartige Risikostrukturparameter ausgeglichen werden, um Risikoselektion zu reduzieren und sozial akzeptable Wettbewerbsausgangslagen im Kassensystem zu schaffen.

Die Kommission ist insgesamt der Auffassung, dass die demographische Alterung unserer Gesellschaft sowie die steigende Lebenserwartung der Individuen mit Sicherheit eine gewichtige Rolle im allgemeineren Diskurs der Zukunft des Gesundheitswesens spielen muss, aber dies in einem soliden Korridor zwischen Verharmlosung und Dramatisierung.

Übersicht 3-9: Wesentliche Aspekte der Versorgungsintegration

Case Management: Methode der Einzelfallorientierung, anzuwenden in allen Leistungsbereichen. Einzelfallorientierung bedeutet ganzheitlich-personale Ausrichtung des Leistungsgeschehens unter Berücksichtigung des relevanten Lebenslagenkontextes.

Care Management: Optimale Strukturierung des Versorgungsgeschehens durch die Kassen als Interessenverwalter der Versicherten auf der Basis der Einzelfallorientierung mit Blick auf Versorgungspfade.

Versorgungspfade: Optimale Ablaufprozesse der Behandlung, Versorgung und Betreuung als Sicherstellung von Versorgungsketten (auch: **„pathway management"**).

Versorgungskette: In räumlicher und zeitlicher Hinsicht nahtlose, also nicht von Brüchen in Übergangsphasen („trajectories": eigentlich: Flugbahn eines Geschosses) gekennzeichnete Pfade der Krankheitsbehandlung und Versorgung.

Patientenpfade: Die faktischen (empirischen) Versorgungspfade der Patienten.

Schnittstellenmanagement: Management der Versorgungskette

(a) am Punkt des Übergangs zwischen verschiedenen Wirkbereichen verschiedener Sozialgesetzbücher/Kostenträger (z. B. von SGB V nach SGB XI) bzw. verschiedener Funktionen (Akutmedizin, Rehabilitation etc.),

(b) am Punkt des Übergangs zwischen verschiedenen Sektoren eines Sozialgesetzbereichs (z. B. Übergang vom stationären in den ambulanten medizinischen Sektor nach SGB V),

(c) an Punkten innerhalb eines Sektors eines Sozialgesetzbuchbereiches (z. B. Weiterleistungsketten im stationären Sektor oder Praxisvernetzung im ambulanten vertragsärztlichen Sektor).

Disease Management: Care Management (einschließlich Case Management, siehe oben) mit Blick auf einzelne Krankheitsbilder.

Patientenkarriere: Die faktische Patientenpfadverlaufsgeschichte unter besonderer Berücksichtigung anbieterseitig induzierter Fehlplatzierungen und sonstiger bedarfsinadäquater „Muster" (z. B.: Drehtür-Effekte, Verweisungs- bzw. Weiterleitungsketten, Mehrfachdiagnostiken, unabgestimmte Medikamentationen, Versorgungskettenlücken: **„trapping in the no care zone"**-Effekte).

3.3.3 Finanzierung im Dienste einer ergebnisorientierten und vernetzten Versorgung älterer und alter Menschen

Da die Terminologie in der Vernetzungs- und Integrationsdebatte der Versorgungsforschung nicht einheitlich ist, und Einheitlichkeit aufgrund der Komplexität des Gegenstandes auch schwer herzustellen ist, seien an dieser Stelle (s. Übersicht 3-9) glossarhaft die in diesem Kapitel genutzten Dimensionen des versorgungsorientierten Integrationsgedankens aufgeführt.

Die demographische Alterung sowie die Perspektiven der individuellen Alterung der Person zwingen nach Auffassung der Kommission zu einem Wandel der Versorgungslandschaften. Es stellen sich angesichts der im höheren Alter doch zunehmend bedeutsam werdenden spezifischen Risikolagen und Gefährdungen drängende Fragen nach einem passungsfähigem Umbau der Versorgungslandschaft im System der medizinischen, pflegerischen und ergänzenden sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen. Vor allem im medizinischen Sektor kristallisieren sich Problemlagen und -profile heraus, die eng mit chronifizierten Krankheiten, geriatrischen Krankheitsbildern und Multimorbidität zusammenhängen. Sind hier auch nicht alle Zusammenhänge streng alterskorreliert, so häufen sich dergestaltige Risikolagen doch im Alter (zur quantitativen Schätzung der Gruppe der ausgabenintensiven Risiken der chronisch Kranken: Jacobs & Schräder 1999: 14).

Die Erfahrungen zeigen, dass die gerade bei älteren und alten Menschen auftretenden komplizierten, nicht nur intrasektoralen, sondern gerade auch sektorenübergreifenden Patientenpfade von Fehlplatzierungen und Fehlinanspruchnahmen, Doppel- und Mehrfachbehandlungen, brüchigen Übergängen zwischen Teilsektoren, Drehtüreffekten und vielen anderen Fehlallokationen gekennzeichnet sind. In der Praxis ist dieses „Herumirren" des Patienten offenkundig. Für die Kommission steht daher im Mittelpunkt dieses Problemfeldes die Sicherstellung von Versorgungsketten, die zugleich optimiert werden müssen hinsichtlich des „Passungsverhältnisses" der Einrichtungen und Behandlungs- und Versorgungsverläufe in Bezug auf die konkreten persönlichen Situationen. Die Kommission ist der Auffassung, dass diese Probleme nicht nur durch eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren und durch „Casemanager" der Kassen oder der Leistungseinrichtungen hinreichend zu bewältigen sind. Vielmehr wird die Bedeutung „sozialer Prozessmanager" in Zukunft gerade angesichts der demographischen Alterung und der Zunahme individueller Lebensalter steigen. Eine Investition in diese nicht-medizinischen, aber medizinprozess-komplementären Dienstleistungen wird aus Effizienz- wie aus Qualitätsgründen drängend werden. Vernetzung ist aber mehr als Kooperation.

Die Einsichten der ökonomischen Verhaltensforschung haben zeigen können, dass derartige Probleme nicht allein ein Problem der Haltungen und Einstellungen der beteiligten Akteure darstellen, wenngleich Umwidmungen der Ressourcen und Umstrukturierungen des Handlungsgeschehens gerade auch mentale Voraussetzungen haben. Vielmehr müssen im ökonomischen Sinne adäquate Anreize gesetzt werden. Anreize stellen Randbedingungen individuellen Handelns dar, die dazu beitragen können, das Verhalten in gewünschte Richtungen zu lenken. Das Handeln der Akteure wird also durch Setzung von u. a. auch finanziellen Anreizen gebahnt, die Richtung des Verhaltens vorstrukturiert und so eine Ressourcennutzung stärker in die gewünschten Zielrichtungen gelenkt. Insofern stehen ökonomische Anreize im Dienste gesundheitspolitischer Zielerreichung.

Konzentriert man sich allein auf das Leistungsrecht des SGB V, so muss die außerordentliche Komplexität einer Vielfachsteuerung (Dalhoff 1997) beachtet werden. Dalhoff unterscheidet im bundesdeutschen Gesundheitswesen (zum Überblick auch Beske & Hallauer 1999; Zdrowomyslaw & Dürig 1999) die folgenden, in der Praxis ineinander greifenden Steuerungstypen: Steuerung durch Gesetz, staatliche Planungssteuerung, staatliche Aufsicht, Planungssteuerung durch gemeinsame Selbstverwaltung, Steuerung durch Satzungsrecht, Steuerung durch Wahlen, Steuerung durch Ermessensleistung der einzelnen Kasse, Vertragssteuerung durch gemeinsame Selbstverwaltung, Wettbewerbssteuerung. Das Leistungsrecht, so wie es durch Bundesgesetzgebung aus dem SGB V resultiert, legt erst den Raum frei für das auf verschiedenen Ebenen (verbandliche Bundes- und Landesebene; vgl. auch §§ 82 ff. SGB V, Kassen-Leistungsanbieter-Ebene) äußerst komplizierte – für Außenstehende, aber auch für ‚insider' zunehmend undurchsichtige – Vertragsgeschehen in Hinsicht auf Vergütungen (Honorierungen) und Versorgungsgeschehen (vgl. die §§ 72 ff. sowie 99 ff. SGB V). Unter den gegebenen Bedingungen gestalten sich die Vertrags- und Vergütungsverhandlungen immer schwieriger. Da die Beitragssatzstabilität politisch zu einer Randbedingung des Leistungsgeschehens geworden ist und das heterogene Vertragsgeschehens nicht selten nur noch schwierig zu durchschauen ist, müssen zunehmend die Verhandlungen vor Schiedsstellen geklärt werden. Mit der politisch gewünschten Liberalisierung dieses sog. Vertragsgeschäfts, zu dem auch ein Einkaufsmanagement der Kassen zählt, ist ein wenig mehr Transparenz in das Aushandlungsgeschehen zwischen Kassen und Leistungsanbieter und innerhalb der Leistungsanbieter gekommen. Der (gemeinsamen) Selbstverwaltung als Selbst-Steuerung der Verbände kommt hierbei auch eine normierende Funktion der Spezifizierung, Konkretisierung und Implementation des Sozialgesetzes (so die Rolle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und seiner Unterausschüsse: vgl. §§ 91 und 92 SGB V) zu. Diese Ordnung wird zunehmend kritisch hinterfragt und insbesondere aus europäischer Perspektive in den Zusammenhang mit dem Wettbewerbsrecht (vgl. auch Kapitel 8 über die rechtlichen Umwelten des Alter(n)s) gebracht. Das Spannungspotenzial zwischen nationalem Sozialrecht und europäischem Wettbewerbsrecht wird zunehmend an Bedeutung gewinnen.

Dieses System wird hinsichtlich verschiedenster Gesichtspunkte kontrovers beurteilt, wobei aus der modernen Institutionenökonomik erkenntniskritisch festgehalten wird, dass man ohnehin nur immer (hinsichtlich ökonomischer Effizienz und sozialer Gerechtigkeit) „unvollkommene" Welten institutioneller Arrangements miteinander vergleichen kann. Für die anstehende Fragestellung greift die Kommission aus der Literatur die durchaus verbreitete These auf, dass dieses System hinsichtlich eines tief greifenden Umbaus der Versorgungslandschaften, wie er nach Meinung der Kommission aus dem demographischen Wandel und aus den damit verbundenen Veränderungen in der epidemiologischen Landschaft und den Lebenslagen der Bevölkerungskreise resultieren muss, außerordentlich schwerfällig ist. Dieses oftmals als „Strukturreformresistenz" der Verbände bezeichnete Verharrungsvermögen hängt eng damit zusammen, dass mit diesen strukturellen Veränderungen im Leistungsgeschehen und in den Versorgungslandschaften Ressourcenumschichtungen und Verschiebungen im inter-sektoralen und intra-sektoralen Einkommensgefüge der Anbieter verbunden sind. Da Verbände nicht nur gemeinwohlbezogene Außenfunktionen im Multi-Akteurs-Verhandlungssystem, sondern auch die Bündelung, Wahrung und Umsetzung ihrer Mitgliederinteressen legitim zur Aufgabe haben, ist die Schwerfälligkeit der gemeinten Umstrukturierungen leicht einsehbar. Hinzu kommt, dass im demokratischen Regierungsprozess die Koalitionen in ihrem Bemühen um Konsenslösungen diese vielfältigen Interessenslagen zu integrieren versuchen. Die Kommission stellt innerhalb dieses vielfach-gesteuerten Mehr-Ebenen-Systems das Zentralproblem der Sicherstellung patientenzentrierter Versorgungsketten in den Vordergrund der Aufmerksamkeit, insbesondere angesichts der Änderungen des SGB V durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 und durch das Rechtsangleichungsgesetz zum 1. Januar 2000, die folgenden beiden für die Altenberichtserstattung wesentlichen Themenkreise und Praxisbereiche:

- die Entwicklung einer integrierten Versorgung gemäß Elfter Abschnitt SGB V (§ 140 a – h) sowie
- die Einführung einer leistungsorientierten Pauschalvergütung (§ 17 KHG) im Krankenhaus, wobei das im Ausland bereits etablierte System der DRGs (Diagnosis Related Groups) der besonderen Beachtung bedarf.

3.3.3.1 Der § 140 a – h SGB V: Ein Teilfeld experimenteller Kultur im Dienste älterer und alter Menschen

Der § 140 a – h SGB V ermöglicht eine integrierte Versorgung auf der Grundlage freiwilliger Beteiligung einzelner Anbieter oder ganzer Leistungserbringergemeinschaften mit Versicherten sowie verschiedene Leistungssektoren übergreifende Patientenversorgungen unter Einbeziehung ambulanter Behandlung auf der Basis einer Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (KBV).

Die kreativen Möglichkeiten des § 140 a – h SGB V gehen weiter als die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz zum 1. Juli 1997 geschaffenen Rechtsgrundlagen (Schönbach 1997) für neue Versorgungsmodelle (Strukturverträge nach § 73 a SGB V sowie Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V). Hier sei angemerkt, dass die Erfahrungen aus den Modellprojekten und den Strukturverträgen einer Evaluation bedürfen; diese steckt noch in den Anfängen. Mit ihr könnte auch geprüft werden, ob es bei Zusammensetzungen der Versicherten, die an der integrierten Versorgung teilnehmen, zu einer Risikoselektion kommen kann, deren Nachteile die Nachteile des Status quo überschreitet. Bisherige Erfahrungen sprechen durchaus für das Vorliegen von Vorgängen der Selektion „guter" Risiken. Es kristallisiert sich also die Möglichkeit heraus, dass innovative Formen der Versorgungslandschaft, die unter dem Zeichen der Versorgungsintegration stehen, an den Problemkreisen von Alter und Gesundheit vorbeigehen. Die Möglichkeiten dieser Rechtsgrundlagen nach § 140 a – h SGB V werden erst noch zu erkunden sein. Dies gilt insbesondere für die Frage, inwieweit das über das SGB V hinausreichende Leistungsgeschehen, vor allem das Pflegegeschehen, thematisch integriert wird. Der § 140 a – h SGB V kann mit Blick auf Innovationsanreize im Nebeneinander von Kollektiv- und Direktverträgen gesehen werden. Die Möglichkeit von Direktverträgen stellt ein Einbringen einer Insel experimenteller Kultur dar. Die Kommission sieht in den Möglichkeiten dieser direktvertraglichen Entwicklung positive Ansätze zur Verbesserung der Patientenpfade älterer und alter Menschen. In Hinsicht auf die Lebenslage älterer und alter Menschen wird der § 140 a – h SGB V aber nur einen Sinn ergeben, wenn auch das Pflegegeschehen integriert wird (vgl. auch unten Abschnitt 3.3.2.3). Die Verträge müssen ferner Anreize zur Risikoselektion verhindern. Daher müssen Morbiditätsrisiken in den Verträgen ausreichend berücksichtigt werden. Die Grundlagen für krankheits- bzw. indikationsspezifische Vergütungen im Sinne sektorübergreifender Leistungskomplexe sind erst noch zu schaffen. Insbesondere dürfte die Entwicklung kombinierter Pauschalen für sektorübergreifende Patientenpfade, die sich also von der Intrasektoralität (vgl. auch § 73a (1) SGB V) der bisher erprobten kombinierten Budgets im ambulanten Bereich (Schönbach 1994) unterscheiden, von Interesse sein. So heißt es im § 140 a (1) SGB V: „Integrierte Versorgungsformen aufgrund der Verträge nach den §§ 140 b und 140 d ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten." § 140 b (3) SGB V spricht die Notwendigkeit „eine(r) an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte(n) Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen" an. Absatz 4 des § 140 b SGB V bezieht den Krankenhaussektor ein. Die Verträge legen gemäß § 140 c SGB V die Vergütung fest. Die Bud-

getbildung muss hier die Risikostruktur der Teilnehmer berücksichtigen.

Die Kommission ist hier der Auffassung, dass diese morbiditätsorientierte Vergütungsperspektive auf geriatrische Krankheitsbilder, auf chronifizierte Krankheiten und auf leistungsrechtsübergreifende (Krankheitsbehandlung, Rehabilitation und Pflege) Pfade ausgerichtet werden müssen. Pauschale Vergütungen sollten sich auf ganze Verlaufsgeschichten beziehen. Die Konkretisierung der vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten werden zu den Elementen eines auch von der Kommission gewünschten sozial gebundenen Wettbewerbs (Henke 1999) im Rahmen eines weitgehend öffentlich-rechtlich regulierten Leistungsgeschehens auf der Grundlage von Solidarität und Eigenverantwortung (§ 1 SGB V) sowie der solidarischen Finanzierung (§ 3 SGB V) gezählt.

3.3.3.2 Diagnosis Related Groups (DRGs) – ein neues Entgeltsystem als Grundlage für die Vergütung der Krankenhausleistungen

Die Einführung von Preisen in der stationären Versorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Reform des Gesundheitswesens in den letzten Jahren. Im Jahr 2003 soll nun nach dem Gesetz ein neues Entgeltsystem eingeführt werden. Hauptziel der „Diagnosis Related Groups" (DRGs) ist es, Patienten in medizinisch homogene Gruppen mit vergleichbarem Behandlungsaufwand zusammenzufassen. Hauptanliegen der Kommission ist es, dass diese Preisbildung sektorübergreifende – auf Krankheitsverläufe abgestimmte – Definitionsgrundlagen erhalten. Dies ist insbesondere für die Risiken und Gefährdungen älterer und alter Menschen von zentraler Bedeutung. Ohne den gesamten krankenhausökonomischen Kontext aufgreifen und diskutieren zu können (Rebscher 2000: 96; Goedereis 1999), ist hier die Frage zu stellen, was dieses neue Entgeltsystem für die Versorgungsketten und die Patientenpfade älterer und alter Menschen bedeuten kann. Zunächst fügt sich die Umstellung der Finanzierung der betrieblichen Krankenhauskosten auf eine DRG-Basis einem allgemeinen Trend ein, medizinische Leistungen durch fallbezogene Komplexpauschalen zu vergüten. Die DRGs sind aber keine Weiterentwicklung oder Ausweitung der Fallpauschalen. Bei den DRGs werden die Fälle nach medizinischen Kriterien vergütet, nicht nach Prozeduren. Die ökonomische Rationalitätssteigerung besteht in der Möglichkeit, dass die Leistungsanbieter neben ihrer medizinischen auch zunehmend ökonomische Verantwortung tragen müssen. Vor dem Hintergrund tagesgleicher Pflegesätze sollen Anreize zu einem insgesamt sparsameren Resourceneinsatz geschaffen werden. Die vorausgegangenen Formen der Finanzierung der Krankenhausbetriebskosten (Simon 2000) galten in der Regel als kapazitätsausweitend und verweildauersteigernd und insoweit als ineffizient. Im Krankenhausbereich wurde zuletzt seit der BPflV'95 über 20 Prozent der Leistungen nach einem bundeseinheitlichen Katalog aus Fallpauschalen und Sonderentgelten mit landeseinheitlichen Preisen vergütet. Die Krankenhäuser realisieren aber noch immer etwa 80 Prozent ihrer Erlöse über tagesgleiche Pflegesätze. Das Fallpauschalensystem soll nunmehr eingeführt werden. In technischer Hinsicht ist diese Weiterentwicklung außerordentlich schwierig (Bruns 1999; Schlottmann & Schellschmidt 1999; Burger 1999; Hoffmann 2000) und Zeit raubend, aber wohl ohne erkennbare Alternative.

In der Geriatrie und der Psychiatrie ergeben sich besondere Schwierigkeiten. Die Einführung eines kompletten Fallpauschalensystems könnte das ökonomische Geschehen im Krankenhaus nicht nur – im Sinne auch des Preis-/Leistungsvergleiches zwischen Krankenhäusern mit Blick auf den § 5 der BPflV – transparenter machen; die Einbeziehung der Leistungsanbieter in die ökonomische Verantwortung birgt auch sozialpolitische Risiken. Zu diesen sozialpolitischen, die Qualität der Versorgung betreffenden Gefahren gehört die Selektion „schlechter Risiken", zu denen ältere und alte Menschen gezählt werden müssen. Es sollten fallbezogene Zu- oder Abschlagsregelungen für Langlieger, für Verlegungen und Überleitungen und für andere versorgungspolitisch relevante Situationsspezifika in die Vergütungsbildung integriert werden. Versucht man die Erscheinungsformen der Risikoselektion zu differenzieren, stößt man auf die schon seit langem bekannten, unter den Bedingungen einer die Verweildauer weiter reduzierenden Umstellung auf pauschale Leistungsvergütungen möglicherweise noch verstärkt eintretenden Effekte (vgl. Rath & Monka 2000: 221-224):

- intra-sektorale Verweisungsketten (von Krankenhaus zu Krankenhaus),
- Drehtür-Effekte (Einweisung, Entlassung, Einweisung, Entlassung),
- Fehlplatzierungen bei Pflegeüberleitung,
- fehlende oder unzureichend sichergestellte Anschlussversorgung nach Entlassung,
- verfrühte (statt wie früher: verspätete) Reha-Überleitungen bei sinkender Verweildauer in der Akutkrankenhausbehandlung u. a. m.

Sangha (1999: 88) hat daraufhin gewiesen, dass in den USA mit Einführung von DRGs der Anstieg der Verweildauer in nachgeschalteten Einrichtungen, also in Langzeitpflegeeinrichtungen zu beobachten war. Dies bestätigt die Notwendigkeit, in „Systemzusammenhängen" zu denken. Die DRGs forcieren demnach inter-sektorale Verlagerungen der Fälle. Hofdijk (1999: 31) berichtet, dass die Anreize von Tagessätzen, die Krankenhausbetten zu belegen, durch DRGs entfallen. Daher passt hierzu der Befund, wonach in den USA infolge der Einführung der DRGs eine Verlagerung von stationären Versorgungsleistungen in den ambulanten Bereich stattfand. Die Befunde von Sangha und von Hofdijk werfen somit vermehrt die Frage auf, wie die Versorgungssituation nach Krankenhausentlassung gestaltet ist, gerade dann, wenn die Dauer stationärer Behandlung durch eine DRG-Basis reduziert

wird. Insofern ist die Einforderung von Qualitätssicherung „zur Vermeidung unverantwortlich kurzer Verweildauern" (Leber 1999: 45) konsequent. Ohne in dieser schwierigen Problematik in die erforderlichen Einzelheiten gehen zu können, legt die Kommission besonderen Wert auf die Entwicklung der Krankenhausfinanzierung, die die Vermeidung solcher Gefahren oder Nebenwirkungen bereits berücksichtigen kann. Die bei der Einführung des neuen Entgeltsystems zu berücksichtigenden Komplexitäten und Comorbiditäten bei den Fallgruppen müssen intensiv die Besonderheiten der Krankheitsbilder und des Krankheitsprozesses älterer und alter Menschen beachten. Aus der Sicht der Kommission muss es möglich sein, diesbezüglich intelligente Vergütungsformen zu finden und zu erproben, damit im Rahmen von DRGs die Versorgungskontinuität gesichert werden kann. Der Kommission ist hierbei bekannt, dass die Diskussion in Deutschland weitgehend erst am Anfang steht. Die Erfahrungen mit Projekten im Ausland (zu dortigen Systemen der Patientenklassifikation vgl. Fischer 1997; Fischer 1999; Mansky 1998 u. 1998a: 68) sind nur sehr bedingt als Lern- und Erfahrungsfeld nutzbar, weil die institutionellen Kontexte jeweils andere sind. Derzeit haben die DRGs einen Focus auf akutmedizinische Fälle. Die Versorgung chronisch Kranker (Arnold & Paffrath 2000) steht in diesem Entwicklungsrahmen erst zur weiteren Diskussion an.

Die Kommission betrachtet die oben aufgelisteten Effekte als Gefahren, sieht aber durchaus angesichts der Verwerfungen im Status quo die Chancen eines Effizienzvergleichs mit neuartigen Ergebnissen. Der Krankenhaussektor unterliegt einer Tendenz zur funktionellen Verdichtung (oder Verschlankung), die umso mehr die Frage der außerstationären Ersatzinstitutionen und Substitutionsleistungen aufwirft. Die Diskussionen innerhalb der Kommission gehen daher in folgende Richtung: Je stärker sich Teilbereiche des Leistungsgeschehens (hier die Krankenhäuser) im Rahmen pauschalfinanzierter Leistungsvergütung wirtschaftlicher ausgestalten, desto wichtiger und dringlicher wird angesichts der damit einhergehenden Weitergabe des Morbiditätsrisikos von den Kassen auf die Leistungsanbieter die Sicherstellung der Versorgungs- und Behandlungsketten zwischen den Teilbereichen und den einzelnen Leistungseinrichtungen, sei dies nun jeweils intra-sektoral (etwa innerhalb des ambulanten medizinischen Sektors), inter-sektoral (etwa in der Folge einer Krankenhausentlassung und einer Überleitung) oder transsektoral.

3.3.3.3 Integration von Sachverantwortung und Finanzierungsverantwortung der geriatrischen Rehabilitation zwischen SGB V und SGB XI

Ein zentrales Beispiel für allokative Fehlanreize im transsektoralen Geschehen ist die budgetäre Trennung von SGB V und SGB XI (Knieps 1998) im Fall der medizinischen Rehabilitation im Alter. Die Kosten der Rehabilitationsmaßnahmen trägt die Krankenkasse, den Nutzen (gemessen über eingesparte Pflegeleistungen) hat jedoch die Pflegekasse (Oldiges 2000: 66). Die Kommission ist hier der Auffassung, dass Kostenverantwortung und Nutzenströme integriert werden müssen. Finanzierungs- und Leistungsverantwortung gehören mehr und mehr in eine Hand. Diese bereichsübergreifende Betrachtungsperspektive resultiert aus der Annahme, dass ein Wechsel von einer anlasszentrierten Behandlung älterer Menschen zu einer stärker prozessorientierten Versorgungssicherstellung im Sinne einer integrierten Versorgung mit Case- und Care-Management-Elementen (Kayser & Schwefing 1998; Schaeffer 1999) unter der Bedingung, dass sich die stationären Behandlungsepisoden zeitlich verkürzen werden (wozu die DRGs beitragen werden), besondere Bedeutung erlangt. Die Entwicklung der Krankenhäuser zu verschiedenen Formen von Gesundheitszentren stellen diesbezüglich eine erste Reaktionsweise auf den wünschenswerten Strukturwandel (insgesamt auch Hoffmann 2000) dar.

Pflegeleistungen werden angesichts der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Zahl von Hochbetagten immer notwendiger, wobei die Rehabilitation grundsätzlich Vorrang vor Pflege hat. Die Kommission fordert in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung ambulanter und teilstationärer Zwischenstufen im pflegerischen Leistungsgeschehen, die – wo möglich – in „Co-Produktion" mit Familien und sozialen Netzwerken stehen, um die institutionelle Pflege möglichst hinauszuschieben und die Pflegebedürftigen in der von ihnen gewünschten Umgebung zu belassen (vgl. auch in Kapitel 7, dort 7.2.5: „Erhalt der eigenen Wohnung im Alter um jeden Preis?"). Ambulante Pflegekapazitäten sind daher auszuweiten und qualitativ durch aktivierende und mobilisierende Pflege zu ergänzen. Der Sachverständigenrat der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen schrieb bereits in dem 1995er Reformgutachten: „Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen schafft weiteren Bedarf für Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung. Der Auftrag der Pflege hat eine physische, psychische und soziale Dimension; sie soll den Betroffenen durch Körperpflege, seelische Unterstützung und soziale Verbindung die Führung eines trotz gesundheitlicher Einschränkungen menschlich erfüllten Lebens ermöglichen. Medizinisch gesehen kann Pflege überdies noch präventive, kurative und rehabilitative Funktionen erfüllen, indem sie dem Ausbruch akuter Erkrankungen vorbeugt, Leiden und Beschwerden lindert und zumindest zur Wiederherstellung von Mobilität und Vitalität beiträgt." (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1995) Qualitätssicherung und Zertifizierungsmaßnahmen sind in diesem Bereich ebenfalls unverzichtbar und sollten durch entsprechende Anreizsysteme gefördert werden.

In diesem Zusammenhang hat sich die Trennung der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich Pflegeversicherung nach Auffassung der Kommission nicht bewährt. Die Abgrenzung von Pflegebedürftigkeit und

Krankheit – eine sozialrechtlich künstliche Trennung – lässt sich in vielfacher praktischer Hinsicht nicht halten. Das haben nicht zuletzt die Erkenntnisse der Rehabilitationsforschung gezeigt. Die Kommission mahnt bei einer Weiterentwicklung der finanziellen Absicherung des Pflegerisikos an, die Möglichkeiten einer Harmonisierung in der Abwicklung von Krankheits- und Pflegefällen unter Einbeziehung der Rehabilitationsleistungen sorgfältig zu überprüfen.

Eine vollständige Reintegration von SGB V und SGB XI soll an dieser Stelle nicht erwogen und diskutiert werden, da sie an der aktuellen politischen Realität vorbeigeht, wenngleich das GRG mit den §§ 53 ff. SGB V damals ja bereits den Einstieg in die Pflegefall-Versicherung innerhalb des GKV-Leistungskataloges darstellte. Es würden sich jedoch eine Reihe schwieriger grundlegender Fragen ergeben, etwa die nach der Einbeziehung der gesamten, nicht nur GKV-versicherten Bevölkerung in eine Pflegeversicherung. Die Kommission regt als Minimalgestaltungsbedarf an, die Frage der Finanzierung der geriatrischen Rehabilitation integrativ zu regeln. Dazu muss das geriatrische Reha-Geschehen in das SGB V angemessen integriert werden. Das gilt einerseits für die ambulante Rehabilitation, die bisher keine unmittelbare Rechtsgrundlage zulasten der Krankenkasse erhalten hat. Das gilt andererseits für den ganzen Bereiche der stationären Rehabilitation in der Geriatrie. Die integrierte Versorgung nach § 140 a – h SGB V wird für ältere und alte Menschen nur dann weit reichende Perspektiven aufwerfen, wenn die Geriatrie (vgl. Abschnitt 3.2.2 zur geriatrischen Versorgung) als Fachabteilung den Krankenhaus-Status erhält und somit ein Fachkrankenhaus nach § 108 Nr. 3 SGB V i.V.m. § 109 SGB V darstellt. Ohne eine Integration von § 109 und § 111 SGB V wird die Geriatrie mit ihrem funktionalen Herzstück der rechtzeitigen Rehabilitation nicht angemessen in das in die Fläche gehende Versorgungsgeschehen berücksichtigt werden können (Steinhagen-Thiessen et al. 2000). Erst dann können im ambulanten wie im stationären Bereich neue Formen integrierter Versorgung entwickelt werden, die jeweils die ambulante, teilstationäre und stationäre Geriatrie einschließen.

3.4 Fazit

Es kann heute davon ausgegangen werden, dass sich die Tendenz zur Ausdifferenzierung des Alters und Diversifizierung altersspezifischer Problemlagen fortsetzen wird. Auf die daraus resultierenden Anforderungen an das Gesundheitswesen zu reagieren und den Zuschnitt der Versorgung auf diese Entwicklung auszurichten, ist eine Aufgabe, für deren Bewältigung es auch weiterhin gesellschaftlicher Anstrengungen bedarf. Dabei sollte die Priorität einerseits auf Maßnahmen zur Ausdehnung der Zeit unbeeinträchtigten Alterns (Intensivierung alterswirksamer Prävention und Gesundheitsförderung) liegen. Andererseits werden – besonders für das höhere Alter – tragfähige Unterstützungs- und Versorgungsmodelle mit dem Ziel des Erhalts der Selbstständigkeit und verbliebener Gesundheitsressourcen benötigt.

Generell spricht vieles dafür, dass in Folge weiterer medizinischer Fortschritte und Verbesserung der Lebensbedingungen für die Zukunft von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustands älterer und alter Menschen ausgegangen werden kann. Gleichwohl darf dies nicht darüber hinweg täuschen, dass ein Großteil alter Menschen unter Gesundheits- und Funktionseinbußen leidet und dies sich in den nächsten Jahrzehnten nur bedingt verändern wird. Zu den dominanten Gesundheitsproblemen im Alter gehören chronische Erkrankungen und Multimorbidität. Nicht übersehen werden darf außerdem der keineswegs geringe Anteil an psychischen Erkrankungen, bei denen – anders als in anderen Lebensphasen – depressive Störungen und Demenzen überwiegen. Auch die Wahrscheinlichkeit von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und des Angewiesenseins auf Unterstützung bei der Bewältigung des Lebensalltags steigt mit zunehmendem Alter deutlich an und ist im hohen und höchstem Alter stark ausgeprägt – eine Entwicklung, die in den kommenden Jahren noch zunehmen wird und für deren Abschätzung weitere pflegeepidemiologische Erkenntnisse unabdingbar sind. Viele der Gesundheitsprobleme weisen altersspezifische Besonderheiten auf. Mehr als bislang wird es daher zukünftig darauf ankommen, Gesichtspunkten einer altersgerechten Versorgungsgestaltung Beachtung zu schenken. Das mag sich in Zeiten zunehmenden Kostendrucks und von Diskussionen über die so genannte „Alterslast" fragwürdig anhören. Gleichwohl geht die Kommission davon aus, dass die Versorgungssituation alter Menschen nicht selten durch suboptimalen Einsatz von Versorgungsressourcen gekennzeichnet ist und auch Fehl-, Über- und Unterversorgung keine Ausnahmeerscheinungen darstellen. Sie provozieren nicht nur vermeidbare Kosten, sondern haben außerdem zur Folge, dass gesundheitsbeeinträchtigten alten Menschen trotz Inanspruchnahme zahlreicher Versorgungsleistungen oft nur wenig adäquate Hilfe und auch wenig Lebensqualität zu teil wird. Ob das Alter – auch mit bedingter Gesundheit – zukünftig Lebensqualität aufweist, wird daher entscheidend davon abhängen, wie weit dafür erforderliche gesellschaftliche Voraussetzungen geschaffen werden und ob die Versorgung so gestaltet werden kann, dass sie der spezifischen Problematik und den Besonderheiten des Bedarfs alter Menschen entspricht. Vor dem Hintergrund der in diesem Kapitel dargelegten Überlegungen seien im Folgenden die in den Augen der Kommission wichtigsten Herausforderungen einer altersgerechten Versorgungsgestaltung beschrieben:

1. Intensivierung von Maßnahmen zur Prävention, Gesundheitsförderung und -sicherung. Unstrittig ist heute, dass durch sie ein Mehr an Gesundheit und sei es an relativer Gesundheit erreichbar ist und eine Verhinderung, zumindest aber Verzögerung vieler negativer Begleiterscheinungen des Alters erwirkt werden kann. Altersgerechte Prävention und Gesundheitsförderung umfassen

einerseits unspezifische Maßnahmen, die auf den Erhalt von Gesundheitsressourcen und die Ausdehnung der beschwerdefreien Lebenszeit zielen. Zugleich gehören spezifische Maßnahmen dazu, die der Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit bestimmter Gesundheitsrisiken dienen. Nicht minder wichtig ist der Ausbau von Konzepten und Maßnahmen zur Gesundheitssicherung bei bereits beeinträchtigter Gesundheit, um Ausweitungsgefahren einzudämmen und Ausmaß und Folgen bedingter Gesundheit (v. Ferber 1993: 20) zu begrenzen. Sie sind bislang eher selten und in ihrer Wichtigkeit noch keineswegs hinreichend erfasst.

2. Anpassung der medizinischen Versorgung an die Besonderheiten der Gesundheitsprobleme im Alter. Alte Menschen machen heute nahezu in allen Bereichen der medizinischen Versorgung einen Großteil, wenn nicht gar die Mehrheit der Patienten aus, ohne dort indes immer adäquate Antworten auf die sich ihnen stellenden Probleme zu erhalten. Ursächlich dafür ist u. a. deren Ausrichtung an akutmedizinischen Behandlungserfordernissen, die den in der Regel chronischen Problemlagen alter Menschen nicht gerecht wird. Weitere Ursachen liegen in der unzureichenden Berücksichtigung geriatrischer und gerontopsychiatrischer bzw. klinisch-psychologischer Erkenntnisse, die partiell auf Probleme des Wissenstransfers und auf Qualifikationsdefizite in der Medizinerausbildung zurückzuführen sind. Hinzu kommt, dass die meist vielschichtigen und komplexen Gesundheitsprobleme alter Menschen multiprofessionelle Behandlungs- und Betreuungsstrategien erfordern. Wiewohl dies seit geraumer Zeit postuliert wird, konnte der Realisierung dessen bislang vorrangig in spezialisierten Versorgungsbereichen näher gekommen werden. Entsprechende Anpassungen in der Regelversorgung stehen noch aus.

3. Viele der im Alter auftretenden Beeinträchtigungen sind nicht revidierbar, wohl aber veränderbar, wenn geeignete Rehabilitationsmaßnahmen zum Tragen kommen. Diese keineswegs neue Erkenntnis, die in vielen europäischen Nachbarländern bereits Eingang in den Versorgungsalltag gefunden hat, beginnt sich auch hierzulande langsam durchzusetzen. So sind gegenwärtig etliche Bemühungen zu verzeichnen, die geriatrisch-rehabilitative Infrastruktur zu verbessern und den deutschen Nachholbedarf in diesem Bereich zu verringern. Diese Bemühungen haben jedoch mit strukturellen Restriktionen, allem anderen voran mit Finanzierungsschwierigkeiten zu kämpfen. Sie behindern die derzeitigen Anstrengungen um Entwicklung altersangemessener geriatrischer Rehabilitationskonzepte und eines mit anderen Ländern vergleichbaren Qualitätsniveaus und stehen zugleich dem dringend erforderlichen weiteren Ausbau der geriatrischen Rehabilitation und der Schaffung eines abgestuften Versorgungskonzepts entgegen. Vor allem der Weiterentwicklung der ambulanten Rehabilitation kommt zukünftig hohe Priorität für die Optimierung der Versorgung alter Menschen zu, denn sie bietet die Möglichkeit der Fortführung der geriatrisch-rehabilitativen Arbeit der Kliniken nach der Entlassung und kann flexibler auf die häusliche Situation reagieren.

4. Ein Großteil im Alter auftretender Beeinträchtigungen kann weitgehend ambulant versorgt werden, vorausgesetzt, dass im ambulanten Sektor hinreichende infrastrukturelle Bedingungen gegeben sind. Eine entsprechende Ausweitung der ambulanten Versorgung wird seitens der Gesundheits- und Sozialpolitik seit geraumer Zeit gefördert und konnte in den vergangenen Jahren erfolgreich vorangebracht werden. Im Zuge dessen vergrößerte sich das Netz an ambulanten Versorgungsinstanzen, sei es im Bereich der Medizin, der psychosozialen Dienste oder der Pflege. Dennoch bestehen in einigen Bereichen noch Lücken, insbesondere im Bereich der teilstationären Versorgung, der ambulanten Rehabilitation und generell bei der Bereitstellung vernetzter Versorgungsstrukturen (siehe dazu auch Punkt 8). Zugleich zeigen sich Defizite, was die Anpassung dort verfügbarer Angebote an die qualitativen Besonderheiten des Versorgungsbedarfs bei den im Alter heute dominanten chronischen Krankheiten anbetrifft. Vor allem in den Spätstadien chronischer Krankheit, bei komplexen Erkrankungen mit vielschichtigem Versorgungsbedarf, bei psychischen Erkrankungen und generell in der Zeit des Sterbens ist die Sicherstellung einer hinreichend umfassenden und qualitativ hochwertigen Versorgung nicht durchgängig gewährleistet.

5. Altersgerechte Versorgungskonzepte setzen darüber hinaus eine hinreichende Verfügbarkeit von ambulanten Pflegediensten voraus. Zur Erinnerung: Nahezu 70 Prozent der ca. 1,8 Mio. Pflegebedürftigen leben zu Hause. Ihnen steht ein in den letzten Jahren stark wachsendes Netz an ambulanten Pflegediensten zur Verfügung. Zugang und Finanzierung ambulanter Pflege wurden mit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes erleichtert, wodurch eine Verbesserung der pflegerischen Versorgung erwirkt werden konnte. Eine in Korrespondenz zum quantitativen Ausbau stehende qualitative Weiterentwicklung des Leistungs- und Aufgabenspektrums der ambulanten Pflege steht jedoch noch aus. Zugleich wurde mit dem neuen Gesetz ein seit langem für überholt erachtetes Pflegeverständnis festgeschrieben, das Pflege erneut auf körperorientierte manuelle Tätigkeiten reduziert und keinen Spielraum für die vielfältigen kommunikativen und edukativen Aufgaben einer bedarfs- und problemangemessenen Versorgung alter Menschen lässt, ebenso wenig für eine präventive oder rehabilitative Pflege. Diese Orientierung geht in besonderer Weise zulasten der psychisch erkrankten Älteren. Angestoßen durch die Pflegeversicherung finden ferner die Leistungen pflegender Angehöriger und informeller Helfer vermehrt Beachtung und es wurden erste Maßnahmen zur Unterstützung – Beratung und Anleitung – institutionalisiert. Sie sind allerdings noch nicht ausreichend und beziehen viele sich abzeichnende gesellschaftliche Trends (Zunahme von Einpersonen-Haushalte, Einelternfamilien, nichteheliche Lebensge-

meinschaften) noch nicht konzeptionell ein. Zugleich deuten erste Erfahrungen an, dass es nicht ausreicht, Einzelmaßnahmen zur Entlastung pflegender Angehöriger zu implementieren; benötigt werden vielmehr Versorgungskonzepte, die von vornherein am sozialen Umfeld ansetzen und den sozialen Kontext konstruktiv einbeziehen. Des Weiteren ist die Erprobung neuer Formen der Kooperation mit informellen Helfern erforderlich. All dies zeigt, dass gerade im Bereich der ambulanten Pflege noch zahlreiche Optimierungsaufgaben bestehen.

6. Trotz des Ausbaus der ambulanten Versorgung hat die Versorgung im Heim nicht an Bedeutung eingebüßt und spielt insbesondere für Hochbetagte nach wie vor eine wichtige Rolle. Immerhin 30 Prozent der Pflegebedürftigen nehmen sie in Anspruch. Von allen über 90-Jährigen verbringt sogar jeder Dritte seinen letzten Lebensabschnitt in einer Einrichtung der stationären Langzeitversorgung. Zugleich haben sich hier die Anforderungen grundlegend geändert: als Folge des Altersanstiegs ist auch die Klientel dieser Einrichtungen gealtert und zugleich die durchschnittliche Verweildauer gesunken. Diese Entwicklung, wie auch die Tatsache, dass der Anteil an pflegebedürftigen Heimbewohnern heute 57 Prozent beträgt, hat die Einrichtungen vor einen fundamentalen Anforderungswandel gestellt, dessen Bewältigung noch aussteht. Ähnliches gilt mit Blick auf die steigende Zahl an demenziell bzw. gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohnern. Neben der Anpassung an die veränderte Bewohnersituation stellt die Qualität der Pflege ein Problem dar, das u.a. der Qualifikationssituation in den Pflegeberufen und dem im Vergleich zu manch anderen Ländern vorhandenen Entwicklungs- und Modernisierungsrückstand der bundesdeutschen Pflege geschuldet ist. Ein weiteres Problem ist die Finanzierung der Heimunterbringung, die durch Einführung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung bestenfalls partiell gelöst wurde.

7. Viele der Gesundheitsbeschwerden und -beeinträchtigungen im Alter haben chronischen Charakter und bedürfen einer systematischen Steuerung der Krankenbehandlung und Versorgungsverläufe. Aufgrund der Dauerhaftigkeit und der besonderen Verlaufsdynamik chronischer Krankheiten – des dauerhaften Auf und Ab der Krankheitsverläufe sowie des Wechsels von stabilen, instabilen und krisenhaften Phasen – erfordern sie, um effektiv und effizient bewältigt werden zu können, langfristig angelegte und hinreichend flexible Versorgungskonzepte, die darauf zielen, den Gesamtverlauf möglichst stabil zu halten, Kontrollerhalt herzustellen und vermeidbare Destabilisierungen zu verhindern. Zur Umsetzung einer systematischen Steuerung werden international eine ganze Reihe an Konzepten diskutiert – so etwa u. a. Disease-, Case- und Care-Management etc. (Del Togno-Armanasco, Hopkin und Harter 1993; Ewers 1996: Schaeffer 1999, Ewers & Schaeffer 2000). Auch im deutschsprachigen Raum werden diese Konzepte vermehrt aufgegriffen und erfreuen sich vor allem bei den Kostenträgern wachsender Beliebtheit. Sie dagegen von den Gesundheitsprofessionen – vor allem von Medizin und Pflege – aufzugreifen, in ihren Potenzialen für die Optimierung der Versorgungsqualität zu nutzen und auf breiterer Basis in der Praxis zu erproben, ist eine der Zukunft vorbehaltene Aufgabe.

8. Versorgungsintegration und -kontinuität stellen weitere für eine altersgerechte Versorgung unverzichtbare Elemente dar. Analog den Vorstellungen der WHO ist damit die Herstellung einer Versorgung gemeint, die aus einem Kontinuum von aufeinander abgestimmten Maßnahmen besteht, in der medizinische, pflegerische, soziale, psychosoziale und finanzielle Hilfen so ineinander greifen, dass die Betroffenen eine adäquate Antwort auf ihre individuelle Problematik finden (WHO 1981) und ihnen eine hinreichend umfassende und aufeinander abgestimmte Versorgung zur Verfügung steht. Die Realisierung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung setzt ein hohes Maß an Kooperation und Koordination voraus, verlangt Zielgemeinsamkeit und bedingt des Weiteren, dass die professionellen Akteure ihre „insulare Arbeitsweise" überwinden. Versorgungsintegration und -kontinuität zielen jedoch nicht einzig auf die Arbeitsweise der Akteure, sondern auch auf die Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Angesprochen sind die vielfältigen, für das hiesige Gesundheitswesen charakteristischen Desintegrationserscheinungen. Sie zeigen sich an den Nahtstellen zwischen einzelnen Versorgungsbereichen – besonders zwischen stationärer und ambulanter Versorgung –, an den Schnittstellen zwischen einzelnen Institutionen und Professionen und sind vor allem in der ambulanten Versorgung unübersehbar. Weitaus mehr Aufmerksamkeit bedarf aus diesem Grunde die Integration der ambulanten Versorgung. Darüber hinaus ist die Schaffung integrierter Versorgungspfade erforderlich, die alten Menschen direkt Zugang zu den für sie tauglichen und angemessenen Versorgungsangeboten verschaffen und somit belastende und darüber hinaus kostenintensive Wege und Irrwege durch das Versorgungswesen und die Vielfalt seiner Instanzen vermeiden. Die damit verbundenen international als pathway management, clinical pathways etc. bezeichneten Aufgaben haben hierzulande noch kaum Eingang in den Versorgungsalltag gefunden. Versorgungspfade, die auf bestimmte Nutzergruppen ausgerichtet sind, können aber gerade für alte Menschen mit komplexen Gesundheits- und Versorgungsproblemen und auch für diejenigen von ihnen, die vor Zugangsschwierigkeiten gestellt sind – wie etwa ältere Migranten – eine enorme Erleichterung darstellen.

9. Eine altersgerechte Versorgung bedarf darüber hinaus der Schließung von Versorgungslücken. Stellvertretend für andere seien hier die wichtigsten von ihnen benannt. Lücken zeigen sich besonders im Bereich der tagesklinischen Versorgung, in der Versorgung von psychisch kranken Älteren, in der Versorgung von alleinlebenden alten Menschen, deren Zahl zukünftig weiter ansteigen wird

und deren Betreuung und Versorgung ohne umfängliche „Netzwerkarbeit", d. h. Aufbau und Stützung informeller Hilfestrukturen, unmöglich ist, doch auch bei der Ermöglichung humanen Sterbens. Das Thema Sterben hat zwar – u. a. ausgelöst durch die Hospizbewegung – in den vergangenen Jahren vermehrt Aufmerksamkeit erfahren, dennoch ist die Betreuung und Versorgung Sterbender noch keineswegs zufrieden stellend. Das gilt für die stationäre Versorgung (Krankenhaus und Heimversorgung), in der nach wie vor ein Großteil der Bundesbürger ihr Leben beenden, wie vor allem dann, wenn auch in dieser Lebensphase ein Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglicht werden soll.

10. Die Wichtigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Qualifikationssituation und des Wissenstransfers muss besonders unterstrichen werden. Obwohl die Folgen des demographischen Wandels in vielen Bereichen der Versorgung unübersehbar sind, spielt das Thema „Alter" in den Aus-, Fort- und Weiterbildungen der mit der Betreuung und Versorgung befassten Professionen längst nicht die ihm gebührende Rolle. Hier ist dringend eine Veränderung herbeizuführen, bei der es einerseits darum gehen muss, zukünftig vermehrt Spezialexpertise auszubilden und andererseits, den Wissenstransfer geriatrischer und gerontologischer Erkenntnisse in die zur Regelversorgung gehörenden Bereiche zu verbessern. Nicht minder wichtig ist eine Verbesserung der Qualifikationssituation in den Pflegeberufen, wobei – der internationalen Entwicklung folgend – hohes Gewicht auf den Ausbau akademischer Qualifizierungsmöglichkeiten zu legen ist.

11. Eine altersgerechte Gesundheitsversorgung bedarf einer entsprechenden Finanzierung und Vergütung. Hinsichtlich der Aufbringung der Finanzmittel des Gesundheitswesens sind die zukünftigen Herausforderungen für Wirtschaft und Gesellschaft weder zu dramatisieren noch zu verharmlosen. Die demographische Entwicklung wird – vermittelt über die Veränderungen in der epidemiologischen Landschaft einer älter werdenden Bevölkerung – einen Anstieg in den Gesundheitsausgaben bewirken. Es bestehen durchaus Gestaltungsspielräume von Politik und Gesellschaft, unter anderem durch Nutzung des präventiven und rehabilitativen Wissens. Nochmals ist daher zu betonen, dass das Alter und Rehabilitation im Alter gestaltprägend in eine altersgerechte Versorgung der Zukunft einfließen müssen. Neue Finanzierungs- und Vergütungsformen stellen hilfreiche Anreizmechanismen dar, um die ökonomischen, professionsgebundenen und institutionentragenden Interessenslagen neu auf eine altersgerechte Versorgung auszurichten. Dies ist nicht ohne Umwidmung von Ressourcen im Gesundheitswesen zu erzielen.

12. Altersgerechte Versorgungskonzepte sollten an der Leitmaxime orientiert sein, alten Menschen mit und trotz Einbußen ein Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität zu sichern. Bewusst haben wir die Formulierung „mit und trotz" Einbußen gewählt, denn obwohl der Blick in dem zurückliegenden Kapitel vorrangig auf die gesundheitlichen Probleme gerichtet wurde, die mit dem Alter verbunden sein können, darf nicht übersehen werden, dass viele der Beeinträchtigungen alte Menschen nur partiell in ihrer Autonomie, Eigenkompetenz und Souveränität einschränken; bei angemessener kompensatorischer Hilfe ist ihnen eine – wenngleich mit Einschränkungen – weithin selbstständige Lebensführung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben möglich. Versorgungskonzepte für alte Menschen müssen dem gerecht werden und so ausgerichtet sein, dass sie zur Aufrechterhaltung eigenverantworteter Lebensgestaltung beitragen und alten Menschen trotz Einschränkung und bedingter Gesundheit ein lebenswertes Leben ermöglichen. Das bedeutet, der Förderung verbliebener Ressourcen hohes Gewicht zu verleihen, alte Menschen als Ko-Produzenten der Leistungserbringung ernst zu nehmen, und es beinhaltet außerdem, ihre subjektiven Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse an die Versorgung und Betreuung einzubeziehen.

4. Arbeit und Arbeitswelt als Ressource

4.1 Einleitung

Arbeit umfasst zielbewusste Tätigkeiten zur Lösung menschlicher Überlebensprobleme und dient der materiellen Existenzsicherung. Prozesse der Arbeit, und zwar gerade in komplexen, arbeitsteiligen Gesellschaften, sind zudem stets auch soziale Prozesse, die die Beziehungen zwischen Menschen gestalten. In modernen Arbeitsgesellschaften ist die Erwerbsarbeit die zentrale Form der Arbeit. Sie ist nicht nur die wesentliche Einkommensquelle. Die Teilhabe an der Arbeitswelt bedeutet auch, dass Menschen in soziale Interaktionen eingebunden sind, dass sich ihr Alltag zeitlich strukturiert, dass sie sich über ihre Stellung in der betrieblichen Organisation sozial verorten können, dass biografische Identität und Kontinuität konstruierbar und gesellschaftliche Veränderungen erfahrbar werden (Kohli 1992; Kohli et al. 1993; Künemund 2000). Die Arbeitswelt stellt somit als ein zentrales Element zur Teilhabe an der Gesellschaft wichtige Ressourcen für jene Menschen bereit, die in Arbeitszusammenhänge eingebunden sind (vgl. auch Kapitel 2). Arbeit lässt sich aber auch in ökonomischer Perspektive mit Blick auf die Produktionsfaktoren der Wirtschaft betrachten. In dieser Sichtweise stellt Arbeit neben den natürlichen Ressourcen und dem Kapital den bedeutsamsten Faktor für die Produktion von Gütern und Dienstleistungen dar. Dabei ist zu beachten, dass die Produktivkraft des Faktors Arbeit abhängig vom technologischen Fortschritt („Wissen") und dem Humankapital ist: Qualifikation, Fähigkeiten und Gesundheit beeinflussen die Produktivität der Arbeit. Von besonderer Bedeutung ist der Faktor Arbeit aber auch für die sozialen Sicherungssysteme, die in Deutschland durch erwerbsarbeitsbezogene Abgaben der versicherungspflichtigen Personen finanziert werden (Rürup 1999; Schmähl 1988 u. 1999b). Von besonderer Bedeutung ist daher die enge Verknüpfung zwischen der gesamtwirtschaftlichen Situation und den Systemen der sozialen Sicherung. In diesem Sinne stellen Menschen über ihre Arbeitskraft Ressourcen für die Wirtschaft und für die Gesellschaft insgesamt zur Verfügung.

In modernen Gesellschaften hat sich eine Dreiteilung des Lebenslaufs entwickelt: Einer Phase der Vorbereitung und Ausbildung folgen aktive Erwerbsarbeit und schließlich – für eine zunehmende Zahl von Menschen – der Ruhestand (zur Modifikation dieses Modells s. unter anderem Kohli 1985; Riley & Riley 1994). Der Beginn der Lebensphase „Alter" wird häufig mit dem Eintritt in den „Ruhestand" gleichgesetzt, wobei der Übergang in den Ruhestand durch die Altersgrenzen der Rentensysteme definiert und auf diese Weise sozial konstruiert wird. In der Lebensphase des Ruhestandes werden die integrativen und vergesellschaftenden Ressourcen des Arbeitslebens vor allem durch familiäre und außerfamiliäre Netze ersetzt, aber auch durch Freizeitaktivitäten, Konsum und die Beteiligung an Organisationen und Institutionen wie Kirchen, Parteien und Vereinen (siehe Kapitel 6). Die Berufsbiografie bleibt jedoch auch nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ein wichtiger Einflussfaktor für die Lebenssituation im Alter. Die Höhe des Einkommens im Ruhestand hängt für viele Rentenempfänger entscheidend von dem Erwerbseinkommen und der Dauer der Erwerbstätigkeit ab, das während des aktiven Berufslebens erzielt worden ist (siehe Kapitel 5). Umfassende soziale Sicherung in Deutschland setzt bislang ein „Normalarbeitsverhältnis" voraus (langjährige Vollzeiterwerbstätigkeit ohne Unterbrechungen), das tendenziell jedoch an Bedeutung verloren hat. Auch mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und dem Eintritt in den Ruhestand behält die Arbeitswelt somit einen außerordentlich wichtigen Einfluss auf die Lebenssituation und die Bereitstellung von Ressourcen im höheren Lebensalter.

Der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand erfolgt keineswegs als eine einfache Transition, die sich an einer „Regelaltersgrenze" (von 65 Jahren) orientiert. Vielmehr ist ein – angesichts der zunehmenden Lebenserwartung – erstaunliches Paradox zu konstatieren: Während auf der einen Seite das Durchschnittsalter sowohl der Bevölkerung insgesamt als auch der Erwerbsbevölkerung zunimmt, sinkt der Anteil der über 50-jährigen Menschen, die einer Erwerbsarbeit nachgehen. Als „Problemgruppen" auf dem Arbeitsmarkt werden ab 55-Jährige gezählt (Bundesanstalt für Arbeit 1999), aber abhängig von Branche und Typ des Arbeitsplatzes können auch niedrigere Altersgrenzen für diese Kategorisierung gelten. „Ältere Arbeitnehmer" befinden sich also in Unternehmen und auf dem Arbeitsmarkt nicht selten in äußerst fragilen Situationen, etwa hinsichtlich Vermittlungen, Neueinstellungen oder Weiterbildungsmaßnahmen. Angesichts eines Arbeitsmarktes, der durch eine gravierende strukturelle Arbeitslosigkeit gekennzeichnet ist, wird gerade älteren Arbeitnehmern die Teilhabe am Arbeitsleben häufig verwehrt. Neben aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Verminderung der Arbeitslosigkeit wurde in der Vergangenheit über eine Politik der Altersgrenzen auch mit rentenpolitischen Maßnahmen (Frühverrentung, Ruhestandsregelungen) versucht, die Arbeitslosenquote zu verringern. Dabei wird im Sinne einer „Generationensolidarität" argumentiert, dass ältere Arbeitnehmer zugunsten jüngerer auf einen Arbeitsplatz verzichten sollten. Die Ressourcen der Arbeitswelt werden damit für viele älterwerdende Menschen – und zwar für einen beträchtlichen Lebensabschnitt vor der „Regelaltersgrenze" – unerreichbar.

Die demographische Entwicklung könnte dazu beitragen, dass sich diese Situation verändert (siehe zusammenfassend dazu Deutscher Bundestag 1998). Prognosen zur Entwicklung des Arbeitsmarkts sagen etwa ab dem Jahr 2010 einen starken Rückgang des Arbeitskräfteangebots voraus. Diese entlastenden Effekte für den Arbeitsmarkt basieren auf einer sich verändernden Altersstruktur der

Erwerbsbevölkerung und der geringen Größe nachwachsender Geburtskohorten. Hinsichtlich der Arbeitskräftenachfrage wird prognostiziert, dass trotz eines zu erwartenden Wirtschaftswachstums die Arbeitsnachfrage bis zum Jahr 2010 nicht steigen wird, und zwar auf Grund der erwarteten Zunahme der Arbeitsproduktivität. Eine Entspannung am Arbeitsmarkt wird ebenfalls erst mittelfristig (frühestens ab 2010) vorhergesagt. Sollte dies eintreten, ist nicht damit zu rechnen, dass der Arbeitskräftebedarf der Unternehmen hauptsächlich durch die Anwerbung junger Arbeitskräfte aus dem Ausland zu decken sein wird, sondern in erster Linie durch das Ausschöpfen des inländischen Arbeitskräftepotenzials. Dies wird das schon heute steigende Durchschnittsalter der Erwerbstätigen weiter erhöhen. Es ist offen, wie Unternehmen auf eine in diesem Sinn veränderte Situation gegebenenfalls reagieren werden. Bislang ist es die Strategie der Unternehmen, durch Ausgliederung älterer Arbeitnehmer (unter Nutzung von Vorruhestands- und Frühverrentungsformen) die eigene Belegschaft zu verkleinern und/oder zu verjüngen (Rosenow & Naschold 1993). Gerade hinsichtlich der Aspekte „Qualifikation" und „Wissen" präferieren Unternehmen bislang eher die Neurekrutierung jüngerer Absolventen mit aktueller Ausbildung als die Fort- und Weiterbildung der eigenen, älter werdenden Belegschaft. Möglicherweise führen die benannten demographischen Veränderungen auch dazu, mit den Humanressourcen älterer Arbeitnehmer bewusster umzugehen.

Angesichts dieser komplexen Situation diskutiert das vorliegende Kapitel vier Themenbereiche: (a) Auf einer gesellschaftlichen Ebene werden Erwerbsbeteiligung, Erwerbsformen und Erwerbsbiografien älterer Arbeitnehmer dargestellt, wobei auch auf den Wandel der Arbeitswelt und die Veränderung in den Berufsbiografien eingegangen wird. (b) Auf der Ebene der Unternehmen werden Strategien betrieblicher Personal- und Sozialpolitik sowie das Problem der Fort- und Weiterbildung dargestellt. Hierbei wird auch auf das Verhältnis der Generationen im Betrieb eingegangen. (c) Auf der Ebene des Individuums werden Ressourcen, Einbußen und Kompensationsmöglichkeiten älterer Menschen erörtert. (d) Schließlich werden die wichtigsten Formen des Austritts aus dem Berufsleben und des Übergangs in den Ruhestand dargestellt. Sofern dies möglich ist, sollen die Verhältnisse in den Regionen Deutschlands (neue und alte Bundesländer) gesondert betrachtet werden. Auch die unterschiedliche Situation von Frauen und Männern auf dem Arbeitsmarkt wird differenziert dargestellt. Schließlich soll versucht werden, die Situation von Ausländerinnen und Ausländern in Deutschland in der Darstellung zu berücksichtigen. Zum Abschluss des Kapitels werden Empfehlungen für politische Maßnahmen formuliert.

4.2 Erwerbsbeteiligung, Erwerbslosigkeit und Erwerbsformen Älterer

4.2.1 Erwerbsbeteiligung

Die Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen Wohnbevölkerung wird in der demographischen und arbeitsmarktpolitischen Diskussion als das Erwerbspersonenpotenzial bezeichnet.[28] Bei der statistischen Erfassung der Erwerbstätigkeit (Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes) wird das Erwerbspersonenpotenzial nach Erwerbspersonen und Nicht-Erwerbspersonen unterschieden. Die Erwerbspersonen werden differenziert nach Erwerbstätigen und Erwerbslosen. Zu den Erwerbstätigen werden alle diejenigen gezählt, die zum Befragungszeitpunkt angeben, einer Tätigkeit nachzugehen, unabhängig davon, ob es sich um eine sozialversicherungspflichtige oder eine sozialversicherungsfreie Beschäftigung handelt sowie unabhängig von der Art und der Dauer der Tätigkeit. Zu den Erwerbslosen werden diejenigen gezählt, die äußern, keiner Erwerbsarbeit nachzugehen, aber an der Aufnahme einer Tätigkeit interessiert zu sein. Bei den Nichterwerbspersonen handelt es sich um Personen, die keine auf Erwerb ausgerichtete Tätigkeit ausüben und zum Zeitpunkt der Befragung auch nicht suchen. Ein Teil dieses Personenkreises wird auch als „Stille Reserve" bezeichnet (Holst & Schupp 1998; Holst 1998; Fuchs 1998). Die Erwerbsquoten geben das Verhältnis von Erwerbspersonen zum Erwerbspersonenpotenzial insgesamt wieder. Altersspezifische Erwerbsquoten berücksichtigen die Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe. Eine ausführliche Darstellung findet sich bei Behrend (1999). Da sich die Erwerbsbeteiligung in den alten und neuen Bundesländern deutlich unterscheidet, wird die Situation in den beiden Regionen Deutschlands getrennt dargestellt.

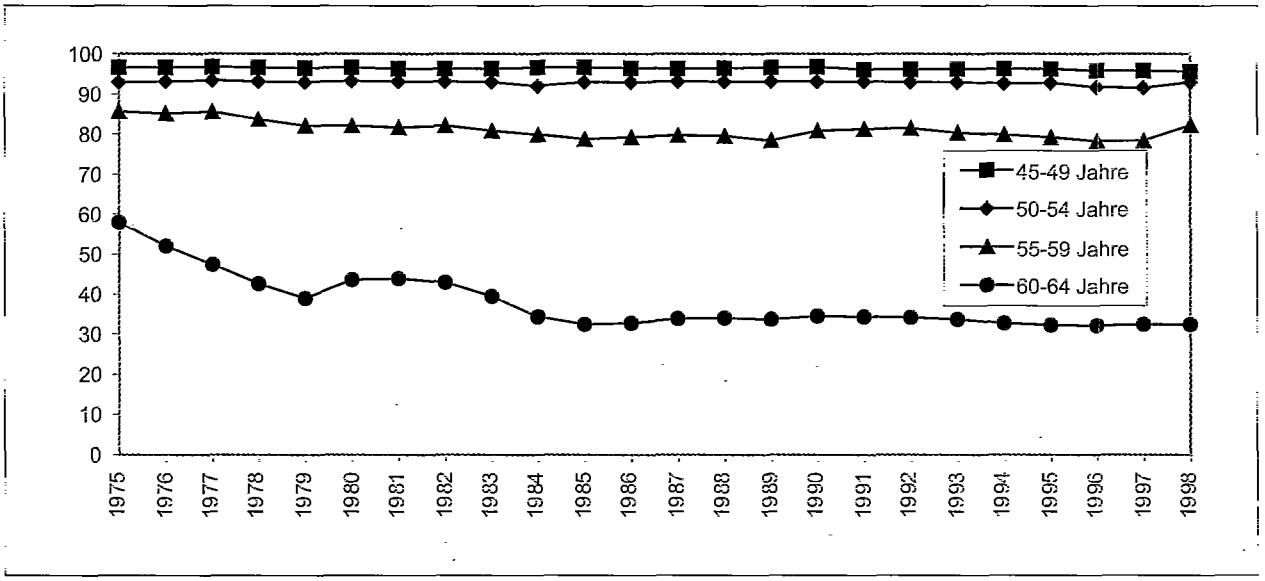
4.2.1.1 Erwerbsbeteiligung in den alten Bundesländern[29]

Die Erwerbsquote der (deutschen) Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 65 Jahren betrug im April 1998 bei den Männern 80,5 Prozent. Deutlich mehr verheiratete Männer (84,9 %) waren in das Erwerbsleben einbezogen als ledige (73,7 %) oder verwitwete bzw. geschiedene Männer (79,4 %). Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den alten Bundesländern lag deutlich unter jener der Männer. Von den 19,7 Mio. Frauen im Alter zwischen 15 und 65 Jahren waren 61,9 Prozent erwerbstätig bzw. erwerbslos. Hinsichtlich des Familienstandes zeigte sich ebenfalls ein deutlich anderes Erwerbsverhalten. Hier waren die Erwerbsquoten der ledigen Frauen (66,1 %) sowie der verwitweten bzw. geschiedenen Frauen (64,5 %) deutlich höher als die der verheirateten Frauen (59,6 %). Betrachtet man das Erwerbsverhalten der Bevölkerung im Zeitverlauf, so ist die Erwerbsquote der 15- bis 64-jährigen Männer tendenziell rückläufig (1975: 85,3 %, 1998: 80,5 %). Demgegenüber hat die Erwerbsbeteiligung von Frauen erheblich

[28] Angesichts der verlängerten schulischen Ausbildung und dem gestiegenen Anteil derjenigen, die studieren, könnte man die untere Altersgrenze auch höher ansetzen, z. B. bei 20 Jahren. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass von den 15- bis 19-Jährigen 28 Prozent erwerbstätig sind (1998). In der amtlichen Statistik werden die Ergebnisse zur Erwerbsbeteiligung in der Regel ab dem Alter von 15 Jahren ausgewiesen. Konstant bleibende Alterskategorien erleichtern auch die Betrachtung der längerfristigen Entwicklung anhand von Zeitreihen.

[29] Alle erwerbsstatistischen Angaben zu den „alten Bundesländern" beziehen sich auf die Bundesrepublik Deutschland nach dem Gebietsstand bis zum 03.10.1990 und schließen Berlin-West ein.

Abbildung 4-1: Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

zugenommen (1975: 47,3 %, 1998: 61,9 %). Bei den Frauen sind dabei je nach Familienstand unterschiedliche Entwicklungslinien zu beobachten: Ledige Frauen in den alten Bundesländern sind am häufigsten am Erwerbsleben beteiligt, allerdings mit rückläufiger Tendenz. Bei den verheirateten sowie den geschiedenen bzw. verwitweten Frauen stieg die Erwerbsbeteiligung.

Betrachtet man die Erwerbsquoten von Männern der höheren Altersgruppen im Zeitverlauf, so erkennt man einen deutlichen Rückgang der Erwerbsquote mit höherem Lebensalter (s. Abbildung 4-1). Im Zeitverlauf wird deutlich, dass die Erwerbsbeteiligung der höheren Altersgruppen (55 bis 64 Jahre) beständig, allerdings mit leichten Schwankungen, abgenommen hat. Während in den Altersgruppen der 45- bis 54-jährigen Männer die Erwerbsbeteiligung während des gesamten Zeitraums bei über 90 Prozent lag, ging sie bei den 55- bis 59-Jährigen auf unter 80 Prozent zurück. Ganz deutlich wird der historische Rückgang der Erwerbsbeteiligung bei den 60- bis 64-Jährigen: Während ihre Erwerbsquote vor einem Vierteljahrhundert noch knapp 60 Prozent betrug, beträgt diese seit 1985 nur wenig mehr als 30 Prozent. Die Erwerbsquoten in den höheren Altersgruppen sind für alle Männer unabhängig vom Familienstand sehr ähnlich. (Siehe Abbildung oben)

Die altersspezifischen Erwerbsquoten bei den Frauen unterscheiden sich je nach Familienstand erheblich voneinander, wobei im Folgenden nur die Situation verheirateter und lediger Frauen verglichen wird. In den alten Bundesländern sind verheiratete Frauen weniger stark am Erwerbsleben beteiligt als Männer (und als ledige Frauen). Allerdings hat die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen im historischen Verlauf stark zugenommen (Abbildung 4-2). Dies gilt auch für die höheren Altersgruppen: Die Erwerbsbeteiligung der 45- bis 49-Jährigen stieg am stärksten (1975: etwa 40 %, 1998: knapp 73 %), aber auch bei der Altersgruppe der 55- bis 60-Jährigen ist eine starke Zunahme zu verzeichnen (1975: etwa 30 %, 1998: knapp 47,5 %). Allein die höchste Altersgruppe (60 bis 64 Jahre) zeigt eine Erwerbsbeteiligung auf konstant niedrigem Niveau. (Siehe Abbildung nächste Seite oben)

Der Verlauf der Erwerbsquoten bei ledigen Frauen ähnelt jenen von Männern (s. Abbildung 4-3), allerdings sind die Erwerbsquoten insgesamt geringer: In der Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen lag die Erwerbsquote im gesamten Zeitraum über 80 Prozent und bei den 55- bis 59-Jährigen bei über 70 Prozent. Ähnlich wie bei den Männern ist die Erwerbsquote der 60- bis 64-Jährigen sehr niedrig: Sie beträgt seit 1985 etwa 20 Prozent. (Siehe Abbildung nächste Seite unten)

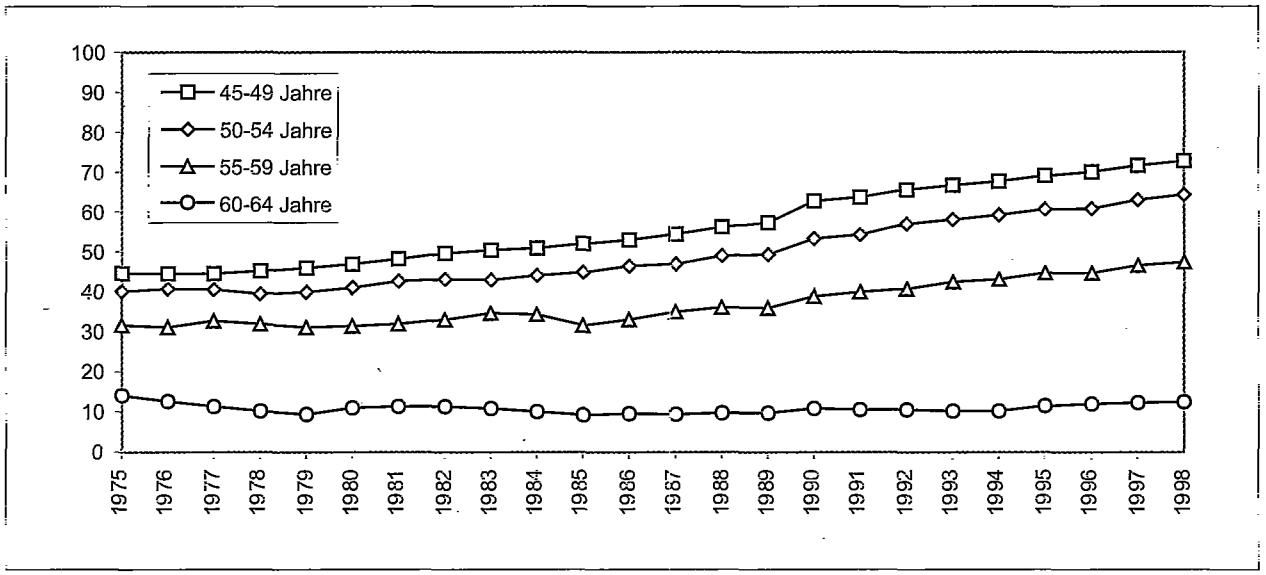
Für die Betrachtung der Erwerbsbeteiligung im Alter sind auch die Erwerbsquoten der ab 65-Jährigen von Interesse. Die Quote erreicht in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen im Jahr 1998 einen Wert von 8,2 Prozent. Die Erwerbsquote der Frauen ab 65 Jahren liegt im Jahr 1998 unter 2 Prozent. Um diesen Wert schwankt die Erwerbsbeteiligung der Frauen dieses Alters seit 1991.

4.2.1.2 Erwerbsbeteiligung in den neuen Bundesländern[30]

Die Erwerbsquote in den neuen Bundesländern betrug im April 1998 bei den Männern (deutsche Staatsbürger) 80,2 Prozent und lag damit auf einem ähnlichen Niveau wie in

[30] Alle erwerbsstatistischen Angaben zu den „neuen Bundesländern" beziehen sich auf die Länder Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie auf Berlin-Ost.

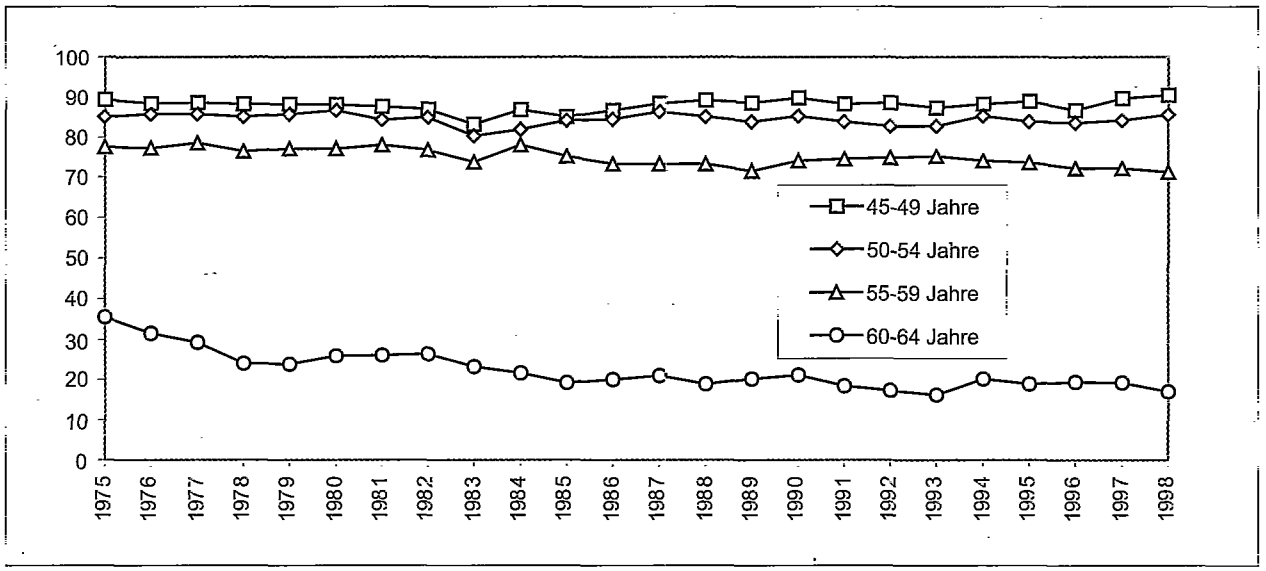
Abbildung 4-2: Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

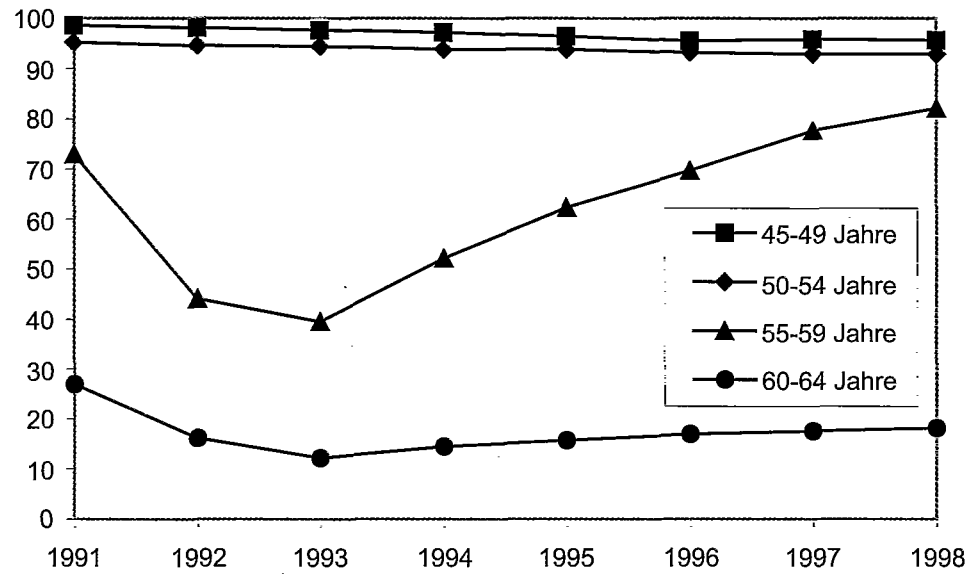
den alten Bundesländern. Auch hier ist die Erwerbsquote der verheirateten Männer (83,6 %) deutlich höher als die der ledigen (74,7 %) oder der verwitweten bzw. geschiedenen Männer (82,2 %). Die Erwerbsbeteiligung der Frauen im erwerbsfähigen Alter ist mit 73,6 Prozent wesentlich höher als in den alten Bundesländern. Hier sind es vor allem die verheirateten Frauen, die mit einer Erwerbsquote von 79,5 Prozent im besonderen Maße am Erwerbsleben teilhaben. Deutlich geringer ist die Erwerbsbeteiligung bei den ledigen Frauen, die im April 1998 einen Wert von 62,7 Prozent erreichte. Verwitwete bzw. geschiedene Frauen sind in den neuen Bundesländern zu 69,9 Prozent am Erwerbsleben beteiligt. Im Zeitverlauf von 1991 bis 1998 ging die Erwerbsbeteiligung der 15- bis 64-jährigen Männer in den neuen Bundesländern von 86 Prozent um 5,8 Prozentpunkte zurück. Bei den Frauen insgesamt fand ein ebensolcher Rückgang gegenüber 1991 (77,2 %) um 3,6 Prozent statt.

Abbildung 4-3: Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

Abbildung 4-4: Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

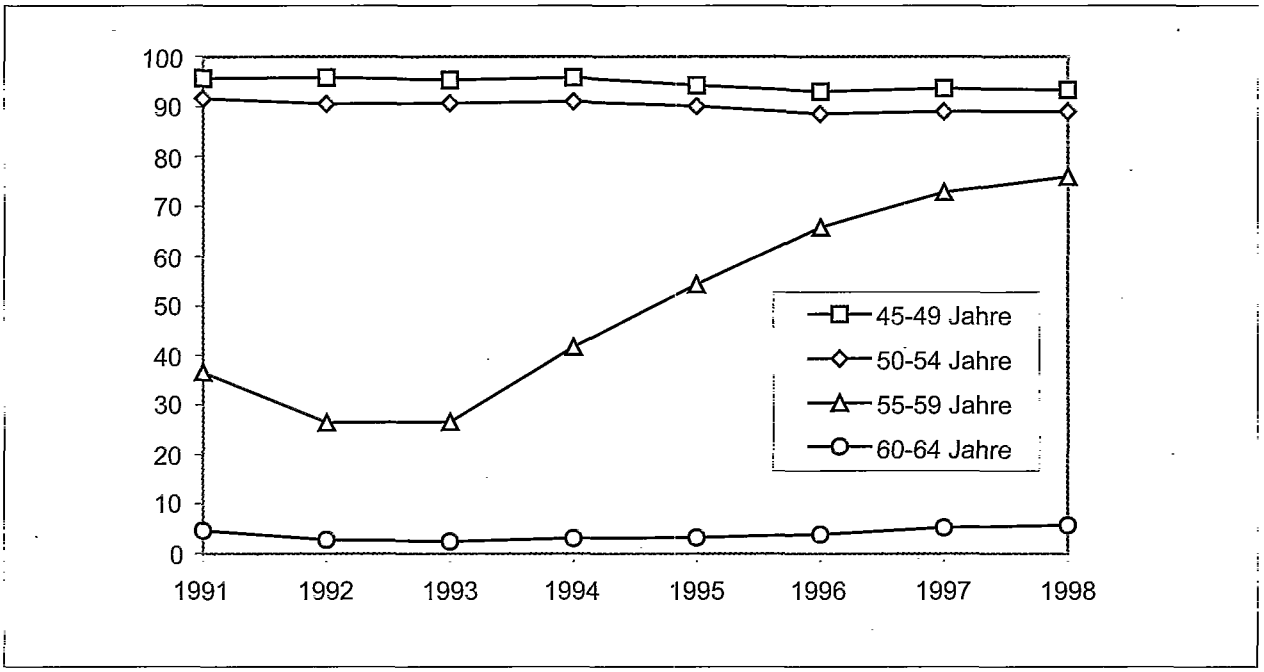
Im Zeitablauf seit 1991 ist bei den Männern in den höheren Altersgruppen ein tendenzieller Rückgang der Erwerbsbeteiligung bis in die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen festzustellen (Abbildung 4-4). Bei den höheren Altersgruppen der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen war – unter anderem aufgrund der gesetzlichen Regelungen zum Altersübergangsgeld – zunächst ein Rück-gang der Erwerbsquoten unmittelbar nach der Wendezeit von 1991 auf 1992 auffällig, danach stabilisierte sich die Erwerbsbeteiligung auf einem tendenziell ansteigenden Niveau. Sie stieg seit 1993 von 40 Prozent auf 82,2 Prozent in der Altersklasse 55 bis 59 Jahre und von 12 Prozent bis 18,2 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen.

Die Erwerbsbeteiligung der Frauen in den neuen Bundesländern ähnelt jener der Männer. Dies zeigt sich sowohl bei den ledigen als auch den verheirateten Frauen. Die Erwerbsbeteiligung verheirateter Frauen in den neuen Bundesländern ist seit 1991 in den Altersgruppen bis 54 Jahren tendenziell rückläufig, allerdings auf sehr hohem Niveau (Abbildung 4-5). So fand bei den 40- bis 44-Jährigen ein Rückgang von 96,9 Prozent (1991) auf 93,4 Prozent (1998) statt. In den höheren Altersklassen von 55 bis 59 Jahren stieg wie bei den Männern die Erwerbsbeteiligung seit 1992 von 27,1 Prozent auf 76 Prozent im Jahr 1998. Tendenziell lässt sich ein ebensolcher Anstieg auch bei den 60- bis 64-Jährigen ausmachen, allerdings auf einem außerordentlich niedrigen Niveau. So lag die Erwerbsbeteiligung der Frauen in dieser Altersgruppe im Jahr 1992 bei nur 2,7 Prozent und im Jahr 1998 bei 5,7 Prozent. Es sind vor allem die verheirateten (sowie die verwitweten bzw. geschiedenen) Frauen, die hohe Erwerbsquoten zumindest in den Altersgruppen bis 54 Jahre aufweisen.

Bei den ledigen Frauen in den neuen Bundesländern hat seit 1994 ein tendenzieller Rückgang der Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe der 45- bis 49-jährigen Frauen stattgefunden. Die Erwerbsbeteiligung in den Altersgruppen von 45 bis unter 55 Jahren liegt seit 1995 bei nur etwa 80 Prozent. In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen war die Erwerbsbeteiligung so gering, dass über den gesamten Zeitraum keine Werte ausgewiesen wurden (Abbildung 4-6).

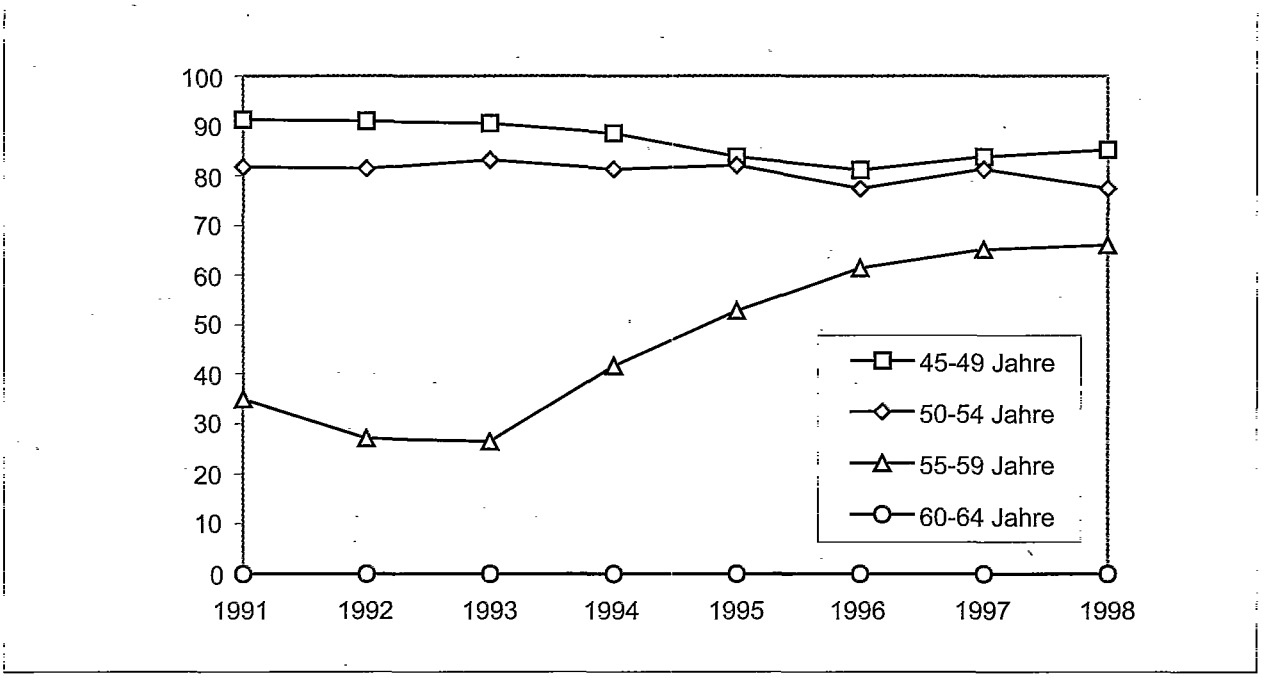
In den neuen Bundesländern spielt die Erwerbsbeteiligung in der Altersgruppe ab 65 Jahren so gut wie keine Rolle. Im Jahr 1998 lag die Erwerbsquote der Männer im Alter von 65 bis unter 70 Jahren bei 3,3 Prozent. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen insgesamt in dieser Altersgruppe ist durchgängig geringer. Im Jahr 1998 betrug sie 1,3 Prozent.

Abbildung 4-5: Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

Abbildung 4-6: Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)



Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1 Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

4.2.1.3 Erwerbsquoten der Ausländer und Ausländerinnen

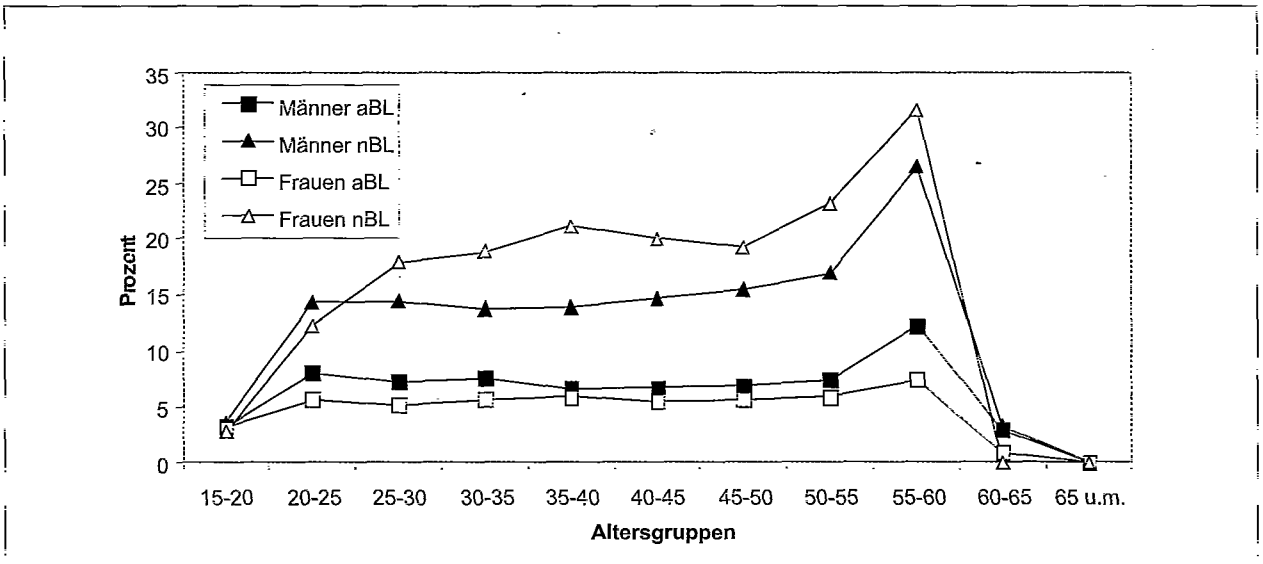
Als Ausländer werden im Folgenden jene Personen bezeichnet, die nicht Deutsche im Sinne des Art. 116 Abs. 1 GG sind. Die Erwerbsbeteiligung von Ausländerinnen und Ausländern ist im Trend rückläufig. Die Erwerbsquote der Männer in der Altersgruppe von 15 bis unter 65 Jahren sank im Zeitraum von 1991 bis 1998 geringfügig von 82 Prozent auf 78 Prozent. In der Höhe unterscheiden sich die Erwerbsquoten kaum von denen der deutschen Bevölkerung. Bei den Ausländerinnen hat diese Quote ein geringeres Niveau im Vergleich zu den deutschen Frauen. Sie erreichte im Jahr 1998 lediglich einen Wert von insgesamt 49,7 Prozent (1991: 51,7 %). Ursächlich hierfür ist vor allem das Erwerbsverhalten verheirateter und lediger Frauen, die im Jahr 1998 nur zu 47,6 Prozent bzw. 51.3 Prozent am Erwerbsleben beteiligt waren. Verwitwete bzw. geschiedene Ausländerinnen liegen mit einer Erwerbsquote von 66,7 Prozent im Jahr 1998 leicht über der Erwerbsbeteiligung deutscher Frauen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren.

Die altersspezifischen Erwerbsquoten von Ausländerinnen und Ausländern weichen von denen der deutschen Erwerbsbevölkerung nur unwesentlich ab. Die Erwerbsquoten älterer Ausländer in den alten Bundesländern erreichen im Jahr 1998 Werte von 78.4 Prozent bei den 55- bis 59-Jährigen und 38,8 Prozent bei den 60- bis 64-Jährigen. Die höchste Erwerbsquote von 91,8 Prozent haben die Männer in der Altersgruppe von 45 bis 49 Jahren. Bei den Frauen insgesamt ist die altersspezifische Erwerbsbeteiligung ähnlich, wobei auch hier die Erwerbsquote in der Altersgruppe der 45- bis 49-Jährigen am höchsten ist. Lediglich 18,6 Prozent der Ausländerinnen sind in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen am Erwerbsleben beteiligt. Die Erwerbsbeteiligung von Ausländern ab 65 Jahren in den alten Bundesländern erscheint mit 9,7 Prozent im Jahr 1998 bei den Männern zwar relativ hoch, allerdings ist die geringe absolute Anzahl von ca. 6 000 Erwerbspersonen zu berücksichtigen. In Zeitverlauf seit 1991 lassen sich keine tendenziellen Entwicklungen ablesen. Die diesbezügliche Erwerbsquote schwankt um einen Wert von ca. 10 Prozent. Die Anzahl der ausländischen weiblichen Erwerbspersonen insgesamt ist so gering, dass sie von der Statistik des Mikrozensus nicht erfasst wird. Der Rückgang der Erwerbsbeteiligung von Ausländern steht nicht allein im Zusammenhang mit der Entwicklung der Arbeitslosigkeit in Deutschland, sondern auch mit migrationsbezogenen Entscheidungen. Da die betroffenen Ausländerinnen und Ausländern unterschiedlichen Herkunftsländern entstammen, müsste die Interpretation dieser Prozesse differenziert unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Kulturen erfolgen (Münz, Seifert & Ulrich 1997).

4.2.2 Erwerbslosigkeit

Im Indikator der Erwerbsquoten werden Erwerbstätige und Erwerbslose zusammengefasst. Damit geben die Erwerbsquoten Auskunft über jenen Teil der Bevölkerung, der einer Erwerbsarbeit nachgeht oder eine Arbeitsstelle sucht. Wenn man aber die Möglichkeiten älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsmarkt analysieren möchte, so ist es notwendig, Erwerbstätigen- und

Abbildung 4-7: Altersspezifische Erwerbslosenquoten der Männer und Frauen in den alten und neuen Bundesländern, November 1998 (in Prozent)



aBL = alte Bundesländer und Berlin-West; nBL = neue Bundesländer und Berlin-Ost
Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999)

Erwerbslosenquoten gesondert zu betrachten. Im Folgenden werden ausschließlich die altersspezifischen Erwerbslosenquoten betrachtet (April 1998). Wie in Abbildung 4-7 zu erkennen ist, können die Erwerbslosenquoten folgendermaßen beschrieben werden: (a) In den alten Bundesländern ist die Arbeitslosigkeit insgesamt geringer als in den neuen Bundesländern; Unterschiede zwischen Männern und Frauen finden sich in den alten Bundesländern kaum. (b) In den neuen Bundesländern ist die Arbeitslosigkeit bei den Frauen höher als bei den Männern und erheblich höher als bei den Frauen in den alten Bundesländern. Bei Frauen in den alten Bundesländern ist dagegen die Quote der Nichterwerbspersonen („Stille Reserve") höher. Hier zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Erwerbsneigung ost- und westdeutscher Frauen. (c) Trotz der erheblichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern und den Regionen Deutschlands lässt sich ein gleichförmiger Alterseffekt erkennen. In der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen steigt die Erwerbslosenquote in allen vier Gruppen steil an. In den neuen Bundesländern steigt die Erwerbslosenquote bereits ab der Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen, aber auch hier ist eine erhebliche Zunahme der Erwerbslosenquote bei den 55- bis 59-Jährigen zu verzeichnen. Bei den ab 60-Jährigen sinkt die Erwerbslosenquote dann in allen vier Gruppen unter 5 Prozent, wofür Frühverrentungsformen verantwortlich sind (siehe Abschnitt 4.5). (d) Schließlich ist anzumerken, dass die Erwerbslosenquote der 20- bis 24-Jährigen in den alten Bundesländern über dem Durchschnitt und in den neuen Bundesländern unter dem Durchschnitt liegt. Hier sind regionalspezifische arbeitspolitische Maßnahmen sowie Vorruhestandsregelungen wirksam, die für die nachwachsenden Jahrgänge in den neuen Bundesländern – gemessen am hohen Niveau der Arbeitslosigkeit in den neuen Bundesländern – eine Verbesserung des Zugangs zum Arbeitsmarkt geschaffen hat. (siehe Abbildung vorige Seite)

4.2.3 Erwerbsformen und -biografien

Die hohe Arbeitslosigkeit zeigt, dass eine stabile Phase der Erwerbstätigkeit im Erwachsenenalter keinesfalls mehr sicher ist: Arbeitslosigkeit ist zu einem allgemeinen Risiko geworden, das zu einer Fragmentierung der Erwerbsbiografie (mit entsprechenden Konsequenzen für die Alterssicherung) führen kann. Damit wird das zu Beginn skizzierte Modell von Ausbildungs-, Erwerbs- und Ruhestandsphase fraglich. In den letzten Jahrzehnten hat sich zudem in den europäischen Industrieländern die Dauer der drei Phasen erheblich verändert (OECD 1999, S. 134 f.). Längere Ausbildungszeiten und ein früher Berufsaustritt haben zu einer deutlichen Verkürzung der Erwerbsphase beigetragen.

Aber auch innerhalb der Arbeitsverhältnisse vollzieht sich ein Wandel. Dies zeigt sich in der zunehmenden Differenziertheit der Arbeitszeiten und der Vertragsverhältnisse bzw. an der Zunahme von „Nicht-Normalarbeitsverhältnissen". Definiert man „Normalarbeitsverhältnis" als unbefristete Vollzeitbeschäftigung, so umfassen „Nicht-Normalarbeitsverhältnisse" (oder „atypische" Beschäftigungsverhältnisse) sehr unterschiedliche Formen wie etwa Teilzeitarbeit, befristete Tätigkeiten, ABM-Tätigkeiten, geringfügige (sozialversicherungsfreie) Beschäftigung, Leiharbeit sowie Schein-Selbstständigkeit. Der Anteil abhängig Beschäftigter in Normalarbeitsverhältnissen an allen Erwerbstätigen hat sich zwischen 1985 und 1998 nach den Ergebnissen des Mikrozensus von 67,7 Prozent auf 62,6 Prozent verringert (Oschmiansky & Schmid 2000).[31] Zugenommen haben hauptsächlich die Teilzeit- und geringfügig Beschäftigten, aber auch etwas die befristeten Arbeitsverhältnisse und die Leiharbeit.

Die Zahl der Teilzeit-Beschäftigten nimmt seit langem zu. Zwischen 1982 und 1993 erhöhte sich ihre Zahl um fast 1,3 Millionen (Garhammer 1994). Im April 1998 waren nach den Ergebnissen des Mikrozensus rund 5,9 Mio. der 31,9 Mio. abhängig Erwerbstätigen teilzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt 1999). Von der Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung sind insbesondere Frauen betroffen: Die Zunahme der Erwerbstätigenquote der Frauen in den alten Bundesländern geht vor allem auf die Zunahme von Teilzeitarbeitsplätzen zurück.

Ein Teil dieser Zunahme geht auf das Konto der „geringfügigen" Beschäftigungen. Es gibt Schätzungen, wonach deren Zahl allein zwischen 1987 und 1992 um etwa eine Million zugenommen hat (Müller 1995). In den ersten acht Monaten nach Einführung der Sozialversicherungspflicht für diese Beschäftigungsform zum 1. April 1999 registrierten die Sozialversicherungsträger rund 4,6 Mio. Anmeldungen und 1,1 Mio. Abmeldungen, sodass Ende November 1999 rund 3,5 Mio. Menschen registriert wurden, die ausschließlich geringfügig – mit einem sozialversicherungspflichtigen Einkommen unter 630 DM pro Monat – beschäftigt waren (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000).

Auch die Zahl der in befristeten Beschäftigungsverhältnissen Arbeitenden nimmt zu. Im April 1998 hatten rund 2,5 Mio. bzw. 8,4 Prozent der 30,4 Mio. abhängig Beschäftigten, die sich in keiner Ausbildung befinden, nur einen befristeten Arbeitsvertrag (Statistisches Bundesamt 1999).

Mit der Veränderung von Arbeitszeiten und -verhältnissen verändern sich auch Arbeitsbiografien. Während einerseits die Frage debattiert wird, ob mit der Ausweitung von Teilzeitbeschäftigung ein probates Mittel gegen die strukturelle Arbeitslosigkeit zur Verfügung steht (Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, 1998; Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, o. J.), so wird andererseits als eine Voraussetzung für die Realisierbarkeit von Alterserwerbstätigkeit die Notwendigkeit betont, arbeitsorganisatorische und arbeitszeitliche Strukturen zu schaffen und das individuelle Volumen der Lebensarbeitszeit systematisch zu destan-

[31] 1985: Früheres Bundesgebiet und Berlin-West; 1998: Deutschland. Arbeiter und Angestellte in unbefristeten Vollzeit-Arbeitsverhältnissen sowie andere Formen der abhängigen Vollzeitbeschäftigung (Beamte, Soldaten, Richter).

dardisieren (durch Entdichtung, Streckung, Flexibilisierung), und zwar auch mit dem Ziel, die Synchronisation von arbeits- und lebensweltlichen Anforderungen in verschiedenen Lebensabschnitten zu ermöglichen (Barkholdt 1998 a und 1998 b).

4.2.4 Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen

In den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren ist die Erwerbsbeteiligung sehr hoch. Die geschlechtsspezifische Beteiligung am Erwerbsleben unterscheidet sich in den Regionen Deutschlands: In den alten Bundesländern sind Männer häufiger am Erwerbsleben beteiligt als Frauen, wobei der Anteil von Frauen im historischen Verlauf zunimmt. Bei den verheirateten Frauen in den alten Bundesländern geht die Erwerbsquote in der Altersgruppe zwischen 30 und 40 Jahren auffällig zurück, wofür der Eintritt in die Phase der Familiengründung und der Kindererziehung verantwortlich sein dürfte. Nach Abschluss dieser Phase verändern Frauen ihr Erwerbsverhalten und kehren verstärkt in das Erwerbsleben zurück. In den neuen Bundesländern zeigt sich eine deutlich andere Situation. Die Erwerbsbeteiligung von Frauen ist höher als jene der Frauen in den alten Bundesländern und verläuft in den jeweiligen Altersgruppen auf nahezu gleichem Niveau mit den Erwerbsquoten der Männer. Hier sind es vor allem die verheirateten Frauen, die relativ am häufigsten am Erwerbsleben beteiligt sind. Ein ausgeprägter Rückgang der Erwerbsbeteiligung im Zuge der Familiengründungsphase ist nicht festzustellen. Die hohe Erwerbsbeteiligung von Frauen in den neuen Bundesländern erklärt sich unter anderem aus der früheren staatlich gewünschten und geförderten Einbeziehung der Frauen in die Beschäftigungsverhältnisse der ehemaligen DDR. Dies ermöglichte auch eine leichtere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Diese Prägungen wirken im Erwerbsverhalten weiter fort (Hülser 1996).

Ab dem Alter von 55 Jahren zeigt sich – bei Männern wie bei Frauen – ein Rückgang der Erwerbsbeteiligung, der sich ab dem Alter von 60 Jahren drastisch verschärft. Ebenfalls ab dem Alter von 55 Jahren zeigt sich ein sprunghafter Anstieg der Erwerbslosigkeit. Beide Trends zeigen sich in beiden Regionen Deutschlands, sind aber in den neuen Bundesländern deutlich stärker ausgeprägt. Vor allem die massive Freisetzung älterer Erwerbspersonen über Vorruhestandsregelungen und Regelungen zum Altersübergang hat die Erwerbsquoten beeinflusst (Michel 1999). Zugleich sind die tradierten Altersgrenzen der ehemaligen DDR beim Erwerbsverhalten weiter wirksam. Die gesetzliche Altersgrenze für Frauen lag generell bei 60 Jahren. Besonders auffällig ist der deutliche Anstieg der Erwerbsquoten bei den 55- bis 59-jährigen Männern und Frauen in den neuen Ländern. Da der Weg des Austritts aus dem Erwerbsleben mit der Abschaffung der Vorruhestands- und Altersübergangsregelungen seit 1993 verschlossen wurde, steigt die Erwerbsbeteiligung in dieser Altersgruppe massiv an, allerdings vor allem durch die Zunahme der Zahl von Erwerbslosen. Die Erwerbsbeteiligung von Erwerbspersonen in einem Alter von über 65 Jahren ist derzeit von marginaler Bedeutung. In den neuen Bundesländern erreicht sie statistisch deutlich geringere Werte als in den alten Bundesländern, und zwar sowohl bei Männern als auch bei den Frauen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass es sich in der Mehrzahl kaum um reguläre Beschäftigungsverhältnisse handeln dürfte, die entweder ausgeübt oder angestrebt werden.

Tabelle 4-1: Erwerbstätigenquote der Frauen und Männer, 1998

Alter (in Jahren)	Frauen		Männer	
	1992	1998	1992	1998
	Prozent			
50 – 54	59,1	61,1	88,9	82,1
55 – 59	35,9	43,6	67,0	64,1
60 – 64	9,2	11,3	28,5	27,0

Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben in: Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 4.1.1: Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit, versch. Jahrgänge (Behrend 1999).

Es zeigt sich anhand dieser Daten, dass die Ressourcen des Arbeitslebens älteren Arbeitnehmern schon erheblich vor der „Regelaltersgrenze" zunehmend schwieriger zugänglich sind. Der langjährige Trend sinkender Erwerbsbeteiligung der Menschen, die das 50. Lebensjahr überschritten haben, hat sich zwar verlangsamt; eine generelle Trendumkehr ist jedoch noch nicht erkennbar. Und es sind vor allem die älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind (Bäcker 1996).

Hinzuweisen ist allerdings auch auf die deutlichen Unterschiede in der Entwicklung der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen in den letzten Jahren. Während bei zunehmend mehr Männern bereits nach Vollendung des 50. Lebensjahrs berufliche Probleme auftreten und der Anteil Erwerbstätiger unter ihnen weiter gesunken ist (insbesondere bei den 50- bis 54-Jährigen), hat sich die Erwerbstätigenquote der Frauen ab 50 Jahren erhöht (Tabelle 4-1). Besonders ausgeprägt ist diese Zunahme bei den 55- bis 59-jährigen Frauen: Der Anteil erwerbstätiger Frauen dieses Alters stieg zwischen 1992 und 1998 von 35,9 auf 43,6 Prozent (Statistisches Bundesamt 1999).

4.3. Ältere Arbeitnehmer aus betrieblicher Perspektive

Wenn über ältere Arbeitnehmer aus betrieblicher Perspektive gesprochen wird, so muss berücksichtigt werden, dass die Arbeitsbedingungen in verschiedenen Unternehmen und Betrieben außerordentlich unterschiedlich sind. In verschiedenen Branchen, Betrieben mit unterschiedlichen Produktions- und Dienstleistungsregimen und in Unternehmen unterschiedlicher Größe kann die

Arbeitssituation älterer Arbeitnehmer sehr unterschiedlich sein (Frerichs 1998a und 1998b; Klose & Ax 1998). Von besonderer Bedeutung sind zudem Veränderungen in der Erwerbsarbeit, die mit dem Schlagwort des „wirtschaftlichen Strukturwandels" bezeichnet werden. Während die Zahl der Erwerbstätigen in der Landwirtschaft (primärer Sektor) und in der industriellen Produktion (sekundärer Sektor) kontinuierlich abnimmt, wird dem Dienstleistungsbereich (tertiärer Sektor) ein hohes Potenzial für Beschäftigungswachstum zugesprochen (Hilbert 1995; Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen, 1998). Neben dem Dienstleistungssektor werden dabei auch die neuen Informations- und Kommunikationstechniken als bedeutender Innovationsmotor gesehen. Dieser Bereich wird bisweilen auch als „vierter Sektor" apostrophiert (Dostal 1995). Die Einführung neuer Informations- und Kommunikationstechnologie mit den entsprechenden neuen Berufsbildern sowie das Entstehen transnationaler, globaler Netzwerke für grenzüberschreitende Information und Kommunikation sind Indikatoren dieser Veränderung (Spinner 1998).

Der Einfluss neuer Technologien auf die Beschäftigung in den jeweiligen Wirtschaftssektoren wird auch weiterhin zu veränderten Beschäftigungsstrukturen führen. Folgt man den Projektionen der Bundesanstalt für Arbeit im Hinblick auf künftige berufliche Anforderungsprofile bis 2010, so ergibt sich für die Zukunft ein zunehmender Bedarf an technischen Dienstleistungen. Ein wachsendes Arbeitsangebot wird in den sekundären Dienstleistungen wie Management, Organisation, Forschung und Entwicklung sowie Beratungstätigkeiten gesehen (Klauder 1993). Wichtige Auswirkungen der neuen Technologien sind höhere Qualifikationsanforderungen an die Beschäftigten insgesamt, wobei dies mit einem steigenden Beschäftigungsrisiko von Geringqualifizierten einhergeht (Merk 1994). Angesichts des demographischen Wandels steht in betrieblicher Perspektive die Frage im Vordergrund, wie das Produktivitäts- und Leistungspotenzial der älter werdenden Belegschaften so gefördert werden kann, sodass der erforderliche ökonomische und technologische Strukturwandel und der Prozess der technologischen Innovationen optimiert wird. Allerdings muss auch auf die derzeit überaus angespannte Arbeitsmarktlage hingewiesen werden, in der die Nachfrage nach (älteren) Arbeitnehmern gering ist. Die Prognosen über den steigenden Bedarf an Arbeitnehmern (und zwar auch an älteren Arbeitnehmern) gehen – wie oben beschrieben – von einer allenfalls mittelfristigen Änderung der aktuellen Situation aus.

4.3.1 Betriebliche Personal- und Sozialpolitik

Die geringe Nachfrage nach älteren Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt ist auch eine Folge der Vorruhestandsstrategien von Unternehmen und Betrieben, die darauf zielten, über die Frühausgliederung älterer Beschäftigter zu einer weitgehend konfliktfreien und sozialverträglichen Regelung des Personalabbaus zu kommen (Naegele & Schmähl 1999). Die Anpassung an den technologischen Wandel wurde weniger durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen mit dem bestehenden Personal als vielmehr durch Neurekrutierung jüngerer Arbeitskräfte vorgenommen. Es ist zurzeit offen, wie Entscheidungsträger in den Unternehmen – Personalverantwortliche und Betriebsräte – mit jenen Wertentscheidungen umgehen, die alters- und soziostrukturelle Veränderungen von Belegschaften mit sich bringen, und ob adäquate Maßnahmen entwickelt werden, mit steigenden Anteilen älterer Erwerbspersonen umzugehen. Zunächst sollen die gegenwärtige Personalpolitik und anschließend zukunftsfähige Optionen beschrieben werden.

4.3.1.1 „Traditionelle" Personalpolitik hinsichtlich älterer Arbeitnehmer

Gegenwärtig bestimmt eine Personalpolitik die betriebliche Realität, die ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus personalwirtschaftlichen Maßnahmen weitgehend ausklammert oder allenfalls soziale Maßnahmen (z. B. die Einrichtungen von Schonarbeitsplätzen, Vorruhestandsregelungen) für diese Zielgruppe vorsieht. Insbesondere hinsichtlich der Frage, ob in den Unternehmen eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit als eine mögliche Option zur Bewältigung ihrer künftigen Personalprobleme angesehen wird, zeigt sich, dass derzeit noch eine gegenläufige Strategie angewendet wird. Ältere (häufig schlechter ausgebildete) Arbeitnehmer werden über den Vorruhestand aus dem Unternehmen „ausgegliedert" und durch jüngere (in der Regel hoch qualifizierte) Arbeitnehmer ersetzt (exemplarisch für die Branche der Versicherungswirtschaft: Schmähl & Gatter 1995). Besonders deutlich stellen sich die betrieblichen Ausgliederungsstrategien in den neuen Bundesländern dar, wo nach der Vereinigung beider Teile Deutschlands ein abrupter Übergang von einer ehemals integrativen, alle Teile der arbeitsfähigen Bevölkerung einschließenden, zu einer eher desintegrativen, bestimmte Gruppen wie Frauen und ältere Arbeitnehmer ausschließenden Personalpolitik zu beobachten war (Rosenow 1999; Steinhöfel, Stieler & Tügel 1992). Anzumerken ist, dass eine betriebliche Personalpolitik mit dem Ziel einer permanenten Verjüngung der Belegschaft die Gefahr mit sich bringt, die Personalentwicklung der bestehenden Belegschaft zu vernachlässigen. Fehlende personalwirtschaftliche Maßnahmen führen jedoch bei einer (älterwerdenden) Belegschaft zu fehlenden und entwerteten Qualifikationen sowie dem Absinken der Leistungsfähigkeit vor allem bei jenen Beschäftigten, die hohen Arbeits- und Überstundenbelastungen ausgesetzt sind (Behrens 1999).

4.3.1.2 Erklärungen für „traditionelle" Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern

Für diesen betrieblichen Umgang mit älteren Arbeitnehmern werden eine Reihe von Erklärungsansätzen beschrieben, die hier nur skizziert werden können (ein umfassender Überblick findet sich in Frerichs 1998 a). Aus der Perspektive des Stigmatisierungsmodells werden Be-

nachteiligungen älterer Arbeitnehmer in erster Linie auf Stereotype und Vorurteile der Verantwortlichen in den Betrieben zurückgeführt. Auch wenn Altersstereotype in der betrieblichen Praxis wirksam sind, werden innerhalb dieses Erklärungsansatzes tatsächliche Leistungsminderungen und Qualifikationsdefizite vernachlässigt und besondere Maßnahmen zur Unterstützung älterer Arbeitnehmer (etwa im Sinne altersadäquater Fortbildungsmaßnahmen oder sozialpolitischer Leistungen) als „vorurteilsfördernd" abgetan (Maier 1997). Im Humankapitalansatz werden Kosten und Produktivität eines Arbeitnehmers einander gegenübergestellt. Verschlechtert sich die Kosten-Ertrags-Relation mit zunehmendem Alter (etwa durch Leistungseinbußen oder Qualifikationseinbußen, aber auch durch höhere Arbeitskosten (Senioritätsaspekt der Entlohnung) und besondere, am Alter festmachende Arbeitsschutzvorschriften), so verringern sich die Beschäftigungschancen der betreffenden Person. Auch dieser Ansatz birgt Erklärungsprobleme in sich: Zum einen werden Leistungseinbußen als „naturgegeben" mit höherem Lebensalter verknüpft und nicht als mögliche Konsequenz der vorangegangenen Arbeitsbelastungen gesehen, denen durch geeignete Maßnahmen begegnet werden könnte (Behrens 1999). Zum anderen wird zwar der Kosten-aspekt älterer Arbeitnehmer betont, nicht aber die Möglichkeit, durch geeignete Qualifikationsmaßnahmen die Produktivität älterer Arbeitnehmer und damit den Ertrag ihrer Arbeitskraft zu steigern. Die Belastungen der Arbeitswelt werden dagegen in der polit-ökonomischen Perspektive hervorgehoben (Bäcker 1996 und 1999b): Hier wird angenommen, dass die Orientierung an der Gewinnmaximierung von Unternehmen („shareholder-value") dazu führt, dass der Arbeitskräfteeinsatz auf eine maximale Ausnutzung verfügbarer Leistungspotenziale ausgerichtet ist. Leistungsdefizite im Alter sind demnach Konsequenz ungünstiger Arbeitsbedingungen sowie einer Verengung von Qualifikationen im Zuge der Berufslaufbahn. Aufgrund des Interesses von Betrieben an „olympiareifen" Belegschaften erhöhen Leistungs- und Qualifikationsdefizite die Wahrscheinlichkeit, dass ältere Arbeitnehmer aus dem Betrieb (und damit aus dem Erwerbsleben) ausgegliedert werden. Aber auch durch diesen Ansatz werden keineswegs alle relevanten Phänome erklärt: Zum einen gehören ältere Arbeitnehmer in vielen (größeren) Betrieben zur Stammbelegschaft, zum anderen wird mit diesem Ansatz nicht erklärt, dass auch ältere Arbeitnehmer selbst an einem frühzeitigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben interessiert waren und damit in der Vergangenheit – gemeinsam mit den Personalverantwortlichen in den Unternehmen, den Gewerkschaften sowie politischen Kräften – eine „große Koalition des Vorruhestands" bildeten. Eine differenzierte Sicht auf betriebliche Strategien hinsichtlich älterer Arbeitnehmer bietet schließlich der betriebsstrukturelle Ansatz (Kohli & Wolf 1987). Hier wird Alter(n) nicht allein als Problem gesehen (aufgrund von Leistungs- und Qualifikationseinbußen), sondern es werden auch die Ressourcen in den Vordergrund gestellt, die mit zunehmendem Alter einhergehen können: Unternehmensbezogenes und extrafunktionales (z. B. soziales) Wissen über den je spezifischen Betrieb haben sich in der Regel vor allem langjährige (ältere) Beschäftigte angeeignet. Ältere Beschäftigte fungieren zudem als „Sozialisationsagenten" für die jüngeren Kollegen und Kolleginnen und sichern die Tradition des relevanten, betriebsspezifischen Wissens. Vorzeitige Verrentung wird dann eingesetzt, wenn das Ziel einer „ausgeglichenen" Altersstruktur vordringlich wird. Trotz seiner differenzierten Sichtweise passt dieser Ansatz vor allem auf Großunternehmen und gilt möglicherweise nur bei entspannter Arbeitsmarktlage.

Diese unterschiedlichen Erklärungsansätze verdeutlichen die Komplexität des Problems des betrieblichen Umgangs mit älteren Arbeitnehmern. Es scheint daher geboten, dass zukunftsorientierte Optionen betrieblicher Personalpolitik die Komplexität des Problems berücksichtigen.

4.3.1.3 Zukunftsorientierte Optionen betrieblicher Personalpolitik

Zukunftsorientiere Strategien betrieblicher Personalpolitik in Bezug auf ältere Arbeitnehmer könnten neben der verstärkten Implementation lernförderlicher Arbeitsstrukturen in einer humankapitalerhaltenden Umgestaltung der Erwerbsbiografie liegen, d. h. einer stärkeren Lebensphasenorientierung von Arbeitszeitstrukturen und der Integration kontinuierlicher Qualifizierungsprozesse. Dafür bedarf es einer vorausschauenden Personalplanung und -entwicklung. Die unterschiedlichen Voraussetzungen im Lern- und Leistungsverhalten der älteren Mitarbeiter stellen die Personalverantwortlichen vor die Herausforderung, neue Vorgehensweisen in der Personalentwicklung zu realisieren. Nicht selten wird fehlende Personalentwicklung zur Ursache der nachlassenden Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter (Uepping, Altmann & Averkamp 1997). Die geringe Bereitschaft von Personalverantwortlichen, auch ältere Arbeitnehmer in Personalentwicklungsmaßnahmen einzubeziehen, können Ausdruck von Altersstereotypien sein. Hierzu finden sich Konzepte in der personalwirtschaftlichen Literatur, die sich gegen Altersstereotype in Bezug auf ältere Arbeitnehmer wenden und deren Stärken und Ressourcen herausstellen (z. B. unter den Schlagworten „very experienced persons", Hilb 1997; „intergenerative Personalentwicklung", Uepping 1997; „differenzielle Personalpolitik", Fritsch 1994).

Aber auch gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung ist notwendig, um dem Problem akkumulierter Belastung und begrenzter Tätigkeitsdauer zu begegnen (Behrens, Elkeles & Schulz 1998): Eine Reihe von Tätigkeiten werden aus häufig gesundheitlichen Gründen von der Mehrzahl derjenigen, die mit diesen Tätigkeiten beschäftigt sind, nicht bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters ausgeübt. Durch Arbeitsgestaltung und Einstellungspolitik sollten aber verschiedene Tätigkeiten in ihren Anforderungen, Qualifizierungschancen, Anreizen und Beanspruchungen in gesundheitszuträglicher Weise so aufeinander folgen, dass sich horizontale und vertikale Laufbahnen ergeben, die mehr Beschäftigte bis zum gesetzlichen Rentenalter erwerbstätig sein lassen. Dies bedeutet auch, dass nicht allein reaktive Maßnahmen

durchgeführt werden sollten (so notwendig diese etwa bei älteren Un- und Angelernten, älteren Frauen und älteren Migrantinnen und Migranten sein können), sondern dass eine vorausschauende, präventive Personalpolitik die Entwicklung älterer Arbeitnehmer zu einer Risikogruppe verhindert.

Auf europäischer Ebene sind seit Mitte der 90er-Jahre Initiativen in Gang gesetzt worden, um Strategien für eine Verbesserung der Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer zu überprüfen. In einer europäischen Studie zu diesem Thema, an der Forschergruppen aus Belgien, Frankreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden, Großbritannien sowie Deutschland teilnahmen, werden Beispiele einer „guten Praxis" im Kampf gegen Altersbarrieren in der Arbeitswelt dargestellt (Walker 1997). Anhand von 22 betrieblichen Fallstudien aus verschiedenen Sektoren (von stahlerzeugenden Betrieben über Unternehmen der EDV-Dienstleistungsbranche bis zu Pflegediensten) werden Prinzipien und Voraussetzungen für die altersadäquate Organisationsentwicklung genannt, die durch fünf Dimensionen beschrieben werden können: Einstellungen von älteren Arbeitnehmern, Qualifizierung, flexible Arbeitspraxis, Arbeitsplatzgestaltung, Haltung gegenüber älteren Arbeitnehmern. Im Folgenden sollen einige konkrete Beispiele skizziert werden (Morschhäuser 1999; Walker 1997).

- In einem Unternehmen des Maschinenbaus mit einem hohen Anteil älterer Arbeitnehmer zeigte es sich, dass leistungsgewandelte ältere Mitarbeiter den vorgegebenen Takt des Akkordsystems nicht immer einhalten konnten (in dem betreffenden Betrieb wurden schon über 45-Jährige als „nicht ausreichend leistungsfähig" eingestuft). Es entstanden Probleme in der Produktion, aber auch Spannungen zwischen Beschäftigten unterschiedlichen Alters. Vor diesem Hintergrund wurde von der Leitung des Unternehmens ein neues Geschäftsfeld initiiert, das die kundennahe Wartung und Instandsetzung jener Spezialgeräte betraf, die in dem Unternehmen hergestellt werden. Da in der neuen Abteilung im Zeitlohn gearbeitet wird und körperliche Belastungen keine entscheidende Rolle spielen, kann diese Schaffung neuer Arbeitsplätze als altersgerecht betrachtet werden.
- Vor dem Hintergrund des absehbaren Altersstrukturwandels in einem großen Unternehmen der Stahlindustrie wurden Qualifizierungskonzepte für ältere Belegschaftsmitglieder entwickelt. So wurde für ältere technisch-gewerbliche Ausbilder eine Qualifizierungsmaßnahme entwickelt, um die Ausbilder mit altersintegrativen Aspekten pädagogisch-didaktischer Theorie und Praxis vertraut zu machen. Für angelernte ältere Mitarbeiter im Warmwalzbetrieb war eine Qualifizierungsmaßnahme zum Erwerb von Steuerqualifikationen vorgesehen, die bei der Zielgruppe auf positive Resonanz stieß. Zudem wurde ein in die Produktionsabläufe des Betriebs eingebundenes Qualifizierungssystem für ältere, leistungsgewandelte Belegschaftsangehörige eingerichtet, das die dauerhafte Wiedereingliederung von Rehabilitanden ermöglichen soll.
- In einem Unternehmen der Möbelindustrie wurden verschiedene Maßnahmen zu einer integrativen betrieblichen Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern verknüpft: Festschreibung der Integration älterer Arbeitnehmer, arbeitsplatznahe Qualifikationen, zielgerichtete Rekrutierung älterer qualifizierter Mitarbeiter sowie Regelungen zur Verdienstsicherung für ältere Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Einschränkungen. Basis dieser Maßnahmen war die Einschätzung der Unternehmensleitung, dass ältere Arbeitnehmer aufgrund ihrer großen praktischen Erfahrung über wichtige berufliche Kompetenzen verfügen. Betroffen waren Mitarbeiter der Bereiche Lager, Einkauf, Versand, Disposition und Arbeitsvorbereitung, die in Gruppen zusammenarbeiten. Die jeweiligen Gruppen arbeiten jedoch nicht nur zusammen, sondern führen auch erforderliche Qualifizierungsmaßnahmen altersintegriert durch.

Grundsätzlich ist von Interesse, dass Initiativen zur Verbesserung der Beschäftigungssituation älterer Arbeitnehmer nicht allein vor dem Hintergrund von Arbeitskräftemangel, sondern auch von Arbeitskräfteüberschuss entwickelt werden können. Für das Gelingen „guter Praxis" scheinen Faktoren sowohl auf der Ebene der Politik als auch der Ebene der Unternehmen wirksam zu sein. Zunächst ist es überaus wichtig, dass Frühverrentungsoptionen nicht (mehr) durch sozialpolitische Maßnahmen und Rentenregelungen gefördert werden, dafür jedoch Qualifizierungs- und Einstellungsbeihilfen. Daneben kommt es aber auch auf die spezifische Unternehmenskultur an: Von überaus großer Bedeutung ist es, dass in Personalpolitik und Führungsstil die Belange der Belegschaften berücksichtigt werden. Notwendige Voraussetzung für das Entstehen positiver Maßnahmen der Alterserwerbsarbeit sind die Unterstützung einer Initiative durch die Unternehmensleitung, ein günstiges personalpolitisches Umfeld (insbesondere Wertschätzung von Qualifizierung, Wertschätzung für ältere Beschäftigte), das Engagement der betroffenen älteren Beschäftigten selbst sowie sorgfältige und flexible Umsetzungsschritte, zu denen unter anderem offene Kommunikation, Beteiligung aller Akteure sowie eine stufenweise Implementierung der Maßnahmen gehören. Allerdings sollte bei der Initiierung von Maßnahmen zur Förderung der Alterserwerbsarbeit darauf geachtet werden, dass durch diese Maßnahmen ältere Arbeitnehmer nicht diskriminiert werden und andere Beschäftigtengruppen nicht benachteiligt werden sollten.

4.3.2 Betriebliche Fort- und Weiterbildung

Ein Schlüsselkonzept in der betrieblichen Sicht stellt die Qualifikation von Arbeitnehmern dar. Angesichts des technologischen Wandels werden die in der Ausbildung vermittelten Kenntnisse in vielen Berufen mehr oder weniger schnell obsolet. Wird der individuelle Wissensstand im Lauf einer Berufsbiografie nicht kontinuierlich an die

aktuellen Erkenntnisse des wissenschaftlich-technologischen Wandels angepasst, so entstehen Qualifikationsdefizite, die unter anderem zu der oben beschriebenen „jugendzentrierten" Personalpolitik beitragen. Der Gefahr von Dequalifikation kann jedoch durch kontinuierliche berufliche Weiterbildung („lebenslanges Lernen") begegnet werden. Es ist zu vermuten, dass nicht alternde Belegschaften ein Innovationshemmnis für die Unternehmen darstellen, sondern dass die betriebliche Innovationsfähigkeit in erster Linie vom Qualifikationspotenzial der Beschäftigten abhängt.

Die gegenwärtige berufliche Weiterbildungspraxis in Bezug auf ältere Arbeitnehmer ist jedoch als restriktiv und selektiv anzusehen: Ältere Beschäftigte nehmen an Qualifizierungs- und Personalentwicklungsmaßnahmen in geringerem Maß teil als jüngere Beschäftigte (Wachtler, Franzke & Balcke 1997). Es existieren zudem gruppenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Teilnahme an beruflicher Weiterbildung, wobei der berufliche Ausbildungsabschluss in beiden Regionen Deutschlands den wichtigsten Faktor darstellt: Eher „bildungsferne" Gruppen, wie zum Beispiel Arbeitnehmer mit geringer Qualifizierung, ältere Arbeitnehmer und Frauen nehmen an beruflicher Weiterbildung unterdurchschnittlich teil (Behringer 1998). Daher erscheint es geboten, insbesondere jenen älteren Beschäftigten, die als „bildungsfern" zu beschreiben sind, durch geeignete Maßnahmen die Umsetzung ihrer Weiterbildungsinteressen zu erleichtern.

Weiterbildungsangebote müssen den spezifischen Weiterbildungsbedarfen unterschiedlicher Beschäftigtengruppen und Betriebe angepasst sein. Dem naturwissenschaftlich-technischen Fachpersonal fällt bei technologischen Innovationen eine Schlüsselrolle zu. Daher ist es für Unternehmen besonders wichtig, Kompetenzdefizite dieser Beschäftigtengruppe zu überwinden, um den technologischen Wandel zu fördern. Gegenwärtig wird das berufliche Weiterbildungsangebot für diese Beschäftigtengruppe dem Bedarf aber nicht gerecht (Kröll & Brinkmann 1999). In Betrieben der industriellen Produktion werden durch langjährige Spezialisierungen auf hochgradig arbeitsteiligen Industriearbeitsplätzen Berufsqualifikationen eingeengt. Daher ist es notwendig, in diesen Bereichen durch entsprechende Schulungsmaßnahmen Kenntnisse aufzufrischen und Lerninhalte aus dem Bereich der neuen Technologien zu vermitteln.

In methodisch-didaktischer Sicht sind die spezifischen Charakteristika älterer Arbeitnehmer in der Weiterbildung zu berücksichtigen (Faulstich, Bayer & Krohn 1998; Wenke 1996). Dies bedeutet, die Lernmerkmale älterer Arbeitnehmer zu berücksichtigen (aufgaben- und fallbezogener Lernstil, Praxisbezug, Anschaulichkeit sowie sozialer Kontext- und Statusbezug). Die Methodik sollte dabei handlungsorientiert sein und die Verbalisierung latenten Wissens betonen, ohne auf die theoretische Fundierung des Stoffs zu verzichten. Den (meist jüngeren) Dozentinnen und Dozenten kommt in der beruflichen Weiterbildung mit älteren Arbeitnehmern eine äußerst wichtige Rolle zu: Nicht der traditionelle Frontalunterricht ist gefordert, sondern auch die Fähigkeit, als Moderator zu wirken und den Unterricht auf die vorhandene Qualifikation und Erfahrung der Teilnehmer abzustimmen. Gerade die Motivierung von Teilnehmern ist bedeutsam, da die Gefahr besteht, dass Weiterbildungsmaßnahmen als stigmatisierend erlebt werden. Um dies zu vermeiden, sind altersheterogene Lerngruppen sinnvoll, wobei sich jedoch in altersgemischten Gruppen das Problem unterschiedlicher Lerngeschwindigkeiten stellen kann.

Curricula der beruflichen Weiterbildung stellen einen Katalog von relevanten Wissensbeständen zusammen, die angesichts des technologischen Wandels ständig überprüft und dem neuesten Stand angepasst werden müssen. Während Vereinbarungen der Sozialpartner zur Festlegung von Fortbildungsverordnungen führen (Bundesministerium für Bildung und Forschung 1999), lässt sich unterhalb dieser Ebene ein hoher Angebotspluralismus (mit wenig vergleichbaren Abschlüssen) beobachten. Neben dem Erwerb oder der Aktivierung von Fachwissen werden in Fortbildungsmaßnahmen auch Schlüsselqualifikationen vermittelt: „Selbstgesteuertes Lernen", „Lernen" lernen sowie „soziale Kompetenzen" sollen die betroffenen Personen in die Lage versetzen, notwendiges, berufsbezogenes Wissen eigenständig zu erwerben. Allerdings gibt es nur wenig Informationen darüber, wie erfolgreich die Vermittlung sowie der praxisbezogene Transfer dieser Schlüsselqualifikationen ist.

Wenn ältere Arbeitnehmer an Umschulungsmaßnahmen teilnehmen, so ist die bisherige Praxis nicht selten dadurch charakterisiert, dass Qualifizierungsmaßnahmen für Ältere zu lange dauern und vorhandenes Erfahrungswissen nicht verwertet wird. Allerdings können Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen, die im Sinne der angestrebten arbeitsmarktpolitischen Ziele (Vermittlung von Arbeitsplätzen) erfolglos sind, dennoch nicht-intendierte Wirkungen wie soziale Integration oder Lernen als Bildung haben, die von Teilnehmern und Teilnehmerinnen als durchaus positiv eingeschätzt werden (Meier 1998).

Berufliche Weiterbildung ist ein Teil der Erwachsenenbildung, wobei häufig die (ganzheitliche) Allgemeinbildung einer (an Verwertungsinteressen orientierten) berufli-chen Weiterqualifikation gegenübergestellt wird (Brödel 1998). Dabei wird vergessen, dass Bildungsprozesse weitere, bedeutsame Funktionen aufweisen können: Politische Emanzipation in Form von Teilhabe an Wissen und Fertigkeiten; soziale Integration als Konsequenz von beruflichen Bildungsmaßnahmen, auch wenn sie nicht in eine Arbeitsstelle münden; Fertigkeiten zur Bewältigung von Alltagsanforderungen; und schließlich: Aktivität, die an sich Freude und Genuss bereitet. Auch funktionalis-tisch geplante, ökonomischen Zwängen unterworfene „Weiterbildungsmaßnahmen" können diese (allerdings dort nicht unbedingt intendierten) Ziele erreichen.

4.3.3 Zur Veränderung betrieblicher Personalpolitik

Im Rahmen betrieblicher Personalpolitik wird nicht selten der Argumentationsfigur gefolgt, dass Ältere durch die Inanspruchnahme von Vorruhestands- oder Frühverrentungsregelungen Platz für Jüngere machen sollten. Obwohl selten eine direkte Konkurrenz zwischen Jugendlichen und älteren Arbeitnehmern besteht, scheint es Zusammenhänge zwischen den Arbeitsmarktchancen jüngerer und älterer Arbeitnehmer zu geben: Während in der gesellschaftlichen Umbruchphase in Spanien Mitte der 70er Jahre (nach dem Tod Francos und im Zuge der Demokratisierung) eine stabile Beschäftigungssituation für ältere Arbeitnehmer mit einer hohen Jugendarbeitslosigkeit einherging, war in den neuen Bundesländern Deutschlands zu Beginn der 90er Jahre eine Jugendarbeitslosigkeitsrate zu beobachten, die unter dem Gesamtdurchschnitt der älteren Erwerbspersonen dieser Region lag (Sackmann 1998). Die Befundlage spricht keineswegs eindeutig für die Verwendung jener Argumentationsfigur, die Frühverrentungsoptionen mit der Solidarität zwischen den Generationen zu begründen sucht.

Der demographische Wandel wird auch die Arbeitswelt verändern. Die Situation älterer Arbeitnehmer im Betrieb wird damit zu einem bedeutsamen Problem. Angesichts einer zukünftig möglicherweise stärkeren Nachfrage nach älteren Arbeitnehmern sind präventive Konzepte notwendig, die bereits bei den mittleren Altersgruppen ansetzen und deren betriebliche Integration langfristig, auch bei fortschreitendem Alter, ermöglichen. Der Abbau von Gesundheits- und Qualifikationsrisiken ist dabei außerordentlich bedeutsam, zumal das Vorantreiben technologischer Innovation und die Bewältigung des strukturellen Wandels der Erwerbsarbeit erforderlich sein wird. Umfassende Ansätze zur Lebensarbeitszeitgestaltung sind notwendig, um Alterserwerbsarbeit mit Blick auf Arbeitnehmerbedürfnisse und betriebliche Anforderungen möglich zu machen (Naegele & Frerichs 1996).

4.4 Ressourcen, Einbußen und Kompensationsmöglichkeiten älterer Arbeitnehmer

Die betriebliche Personalpolitik gegenüber älteren Arbeitnehmern wird – wie oben dargestellt – auch durch die Kosten-Nutzen-Relation beeinflusst, wobei älteren Arbeitnehmern in der Regel eine sinkende Arbeitsproduktivität unterstellt wird. Die Literatur zu diesem Thema ist außerordentlich reichhaltig, allerdings gibt es nur wenige Studien mit längsschnittlichem Design (Zusammenfassungen in Dittmann-Kohli, Sowarka & Timmer 1997; Dittmann-Kohli & van der Heijden 1996; Maier 1997). Angesichts der methodischen Probleme ist es keineswegs einfach, ein klares Bild über die Ressourcen und Einbußen älterer Arbeitnehmer zu gewinnen. Drei Problemkomplexe kennzeichnen die Situation empirischer Studien in diesem Gebiet (Avolio 1991; Salthouse & Maurer 1996): (a) Probleme hinsichtlich des Designs lassen eine Generalisierung von Ergebnissen häufig nicht zu. So sind bei Querschnittsvergleichen die Faktoren „Lebensalter" und „Kohorte" miteinander vermischt: Unterschiede könnten daher nicht allein auf Altersveränderungen zurückführbar sein, sondern mit unterschiedlichen (Aus)bildungsniveaus der verschiedenen Geburtsjahrgänge verknüpft sein. (b) Die Messung der Arbeitsleistung ist außerordentlich schwierig. Werden Urteile von Vorgesetzten herangezogen, so können diese auch von Faktoren beeinflusst werden, die nichts mit der Arbeitsleistung zu tun haben (z. B. Erwartungen hinsichtlich älterer Arbeitnehmer). Aber auch die Verwendung von Arbeitsergebnisstichproben kann Probleme in sich bergen (etwa weil nur Einzelergebnisse, nicht aber Dauerleistungen geprüft werden). (c) Besonders problematisch ist es, dass in nur wenigen Studien altersrepräsentative Stichproben Verwendung finden, in denen auch über 50-Jährige angemessen vertreten sind. Doch selbst wenn ältere Arbeitnehmer berücksichtigt werden, könnten Probleme dadurch entstehen, dass nur eine besondere Auswahl von Personen in bestimmten beruflichen Positionen „altern" (in anspruchsvollen Tätigkeitsfeldern möglicherweise nur die besonders leistungsfähigen Arbeitnehmer, in anderen Tätigkeitsfeldern möglicherweise die wenig Leistungsfähigen).

4.4.1 Ressourcen

Meta-Analysen, in denen viele Einzelstudien zugesammengefasst werden, zeigen insgesamt keinen oder nur einen geringen Zusammenhang zwischen Alter und Produktivität (Dittmann & Heijden 1996). Betrachtet man verschiedene Tätigkeitsformen oder Berufsgruppen getrennt, so kann man positive, negative oder umgekehrt U-förmige Zusammenhänge zwischen Alter und Leistungsfähigkeit beobachten. Insgesamt klärt der Faktor „Alter" nur einen äußerst geringen Anteil der Unterschiede in den Arbeitsleistungen auf (1 % Varianzaufklärung); der Faktor „Erfahrung" dagegen einen höheren Anteil (3 % Varianzaufklärung). Die Kenntnis des Lebensalters sagt also nur wenig über die Leistungsfähigkeit der betreffenden Personen aus. Besonders betont werden sollte der Umstand, dass Unterschiede zwischen Arbeitnehmern gleichen Alters größer sind als die mittleren Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Arbeitnehmern.

Eine bedeutsame Ressource, die ältere Arbeitnehmer im Lauf ihres Berufsleben erwerben, ist berufs- und betriebsspezifische Erfahrung. Erfahrung beeinflusst die Entwicklung von Arbeitstechniken, die im Umgang mit Maschinen, Informationen und Menschen zu größerer Effizienz führen kann. Aus der Perspektive von Vorgesetzten werden ältere Arbeitnehmer zudem als gewissenhaft, zuverlässig, effektiv, bedachtsam und sozial kompetent eingeschätzt. Nicht selten wird hervorgehoben, dass ältere Arbeitnehmer langsamer, aber dafür sorgfältiger und qualitativ besser arbeiten. Insgesamt zeichnen sich ältere Arbeitnehmer – im Vergleich mit jüngeren Arbeitnehmern – durch geringen Absentismus, geringe Unfallhäufigkeiten und höhere Arbeitszufriedenheit aus (Salthouse & Maurer 1996). Untersuchungen hinsichtlich der Motivation älterer Arbeitnehmer sprechen gegen die Annahme, dass

diese generell ihr berufliches Anspruchsniveau senken. Vielmehr werden betriebliche Veränderungen als Herausforderung wahrgenommen, wobei die Erfahrung eigener Wirksamkeit und eigener Kompetenzen sowie eine vielseitige Arbeitstätigkeit wichtige Voraussetzungen für ein positives Erleben der Berufssituation als älterer Arbeitnehmer bilden (Maier 1997).

4.4.2 Einbußen

Biologisches Altern bringt eine Reduktion der meisten Organfunktionen und der Kapazität für psycho-physische Leistungen mit sich. Zu nennen sind hier Einbußen der Körperkraft, Nachlassen der Sinnesleistungen sowie Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Bei älteren Arbeitnehmern werden längere Fehlzeiten (bei einer geringeren Zahl von Krankmeldungen) beobachtet; jüngere Arbeitnehmer fehlen dagegen häufiger, aber mit jeweils kürzeren Fehlzeiten. Auch im Bereich der Fähigkeiten zeigen sich Alterseffekte: Die Bereiche der „fluiden" Intelligenz wie Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, Reaktionsgeschwindigkeit, Arbeitsgedächtnis und selektive Aufmerksamkeit nehmen mit dem Alter ab (die entsprechenden Korrelationen rangieren zwischen 0,2 und 0,5, sind mithin von mittlerer Größe). Dagegen sind die Bereiche der „kristallinen" Intelligenz – wie Wissen und Erfahrung – altersstabil oder nehmen, bis in das mittlere Erwachsenenalter sogar zu.

Der Abbau beruflicher Leistungsfähigkeit muss allerdings kein zwangsläufiges Ergebnis biologischen Alterns sein. Vielmehr kann dies durch Belastungen am Arbeitsplatz bedingt sein. Ein höheres Gesundheitsrisiko ergibt sich aus der Dauer von physisch und psychisch belastenden Arbeitsplatzanforderungen, denen Arbeitnehmer im Verlauf ihrer Berufsbiografie ausgesetzt sind. Nicht allein köperliche belastende Berufe können Gesundheitsrisiken, sondern auch emotional-motivationaler Verschleiß im Umgang mit Menschen („burn-out"-Syndrom). Indikatoren für beruflich bedingtes Gesundheitsrisiko sind beispielsweise die Rentenzugänge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Schließlich ist das (De-)Qualifizierungs-Risiko im Zusammenhang mit Einbußen bei älteren Arbeitnehmern zu diskutieren. Wissensveraltung tritt bei schnellem technologischen Wandel in verschiedensten Berufs- und Wirtschaftszweigen auf und vermindert die Produktivität älterer Arbeitnehmer, die berufsbezogenes Wissen und relevante Fertigkeiten zu Beginn ihrer Berufskarriere erworben haben. Allerdings hängt die Qualifikation älterer Arbeitnehmer auch von der kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung ab, die innerhalb von Unternehmen bislang zu wenig gefördert wird. Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit bei älteren Arbeitnehmern können in der Regel durch geeignete didaktische Maßnahmen aufgefangen werden.

4.4.3 Kompensationsmöglichkeiten

Die empirische Literatur zeigt sehr deutlich, dass Alter mit den grundlegenden Fähigkeiten einer Person negativ korreliert (Salthouse & Maurer 1996). Mit zunehmendem Alter verringern sich beispielsweise intelligenzbezogene Leistungen tendenziell. Arbeitsproduktivität (im Sinne der Leistungen, die eine Person an ihrem Arbeitsplatz erbringt) hängt in der Tat sehr stark von den Fähigkeiten einer Person ab: Altersunabhängige Korrelationen zwischen Intelligenz und Arbeitsleistungen sind ebenfalls von mittlerer Größe. Empirisch zeigt sich nun allerdings, dass zwischen Alter und Arbeitsleistung insgesamt kaum ein Zusammenhang besteht. Diese (scheinbare) Diskrepanz lässt sich auflösen, wenn man bedenkt, dass nicht allein Fähigkeiten, sondern ein Bündel weiterer Faktoren die Arbeitsleistung beeinflusst. Zu nennen sind hier die Komponenten Erfahrung (d.h. berufliches und betriebsspezifisches Wissen), Fertigkeiten (d.h. automatisierte technisch-organisatorische oder psychomotorische „skills") sowie andere Einflussgrößen (etwa Motivation). Insbesondere Erfahrung spielt ein große Rolle: Zwischen Erfahrung und Arbeitsleistung werden in der Regel positive Zusammenhänge gefunden. Da in vielen Fällen mit zunehmendem Alter auch die Erfahrung wächst, kann man davon ausgehen, dass erfahrungsgebundenes Wissen und gewachsene Fertigkeiten dazu beitragen, andere altersbedingte Einbußen zu kompensieren. Es ist jedoch darauf hingewiesen worden, dass Erfahrung nicht notwendig mit der Betriebszugehörigkeit zunimmt. Vielmehr sind herausfordernde Tätigkeiten oder Tätigkeitswechsel notwendig, um erfahrungsrelevant zu sein. Die Wiederkehr immer gleicher Tätigkeiten kann dagegen zu einem Abbau von Fertigkeiten und Wissen führen.

4.4.4 Zur Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer

Von einer generellen Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer kann nicht die Rede sein. Kompensatorische Faktoren wie etwa Berufserfahrung spielen eine erhebliche Rolle bei der Aufrechterhaltung beruflicher Leistungsfähigkeit. Besondere Bedeutung kommt aber auch den gesundheitsrelevanten Merkmalen des Arbeitsplatzes zu, da Belastungen und Stress am Arbeitsplatz die Gesundheit – und damit die Leistungsfähigkeit – älterwerdender Arbeitnehmer negativ beeinflussen können. Umgekehrt sind herausfordernde Tätigkeiten und kontinuierliche Weiterbildung der Qualifikation – und damit wiederum der Leistungsfähigkeit – älterwerdender Arbeitnehmer förderlich.

4.5 Der Übergang in den Ruhestand

Der Austritt aus dem Arbeitsleben und der Übergang in den „Ruhestand" verändert die soziale Position der betroffenen Person: Während sie zuvor für die Sicherung auf den Lebensunterhalt direkt oder indirekt auf Erwerbsarbeit (oder substituierende Zahlungen aus der Arbeitslosenversicherung) angewiesen ist, sind es nun die Rentenkassen, die durch regelmäßige Zahlungen den Lebensunterhalt der Person sichern. Altersgrenzen dienen dabei – im Sinne einer Institutionalisierung des Lebenslaufs (Kohli 1985 und 1988) – als Legitimation für die

Entpflichtung aus der Einbindung in die Arbeitswelt und für den Beginn eines „verdienten Ruhestandes". Geschichtlich ist das Rentenalter zur faktischen Grenze der Beteiligung am Erwerbssystem geworden: Ein zunehmender Teil der nachwachsenden Geburtskohorten erreicht das Rentenalter, und ein zunehmender Teil derjenigen, die das Rentenalter erreichen, geht in den Ruhestand. Altersgrenzen bedeuten aber auch, dass Unternehmen anhand eines eindeutig definierten Kriteriums die „Restarbeitszeit" von Arbeitnehmern einschätzen und Nachwuchskräfte rekrutieren können.

Allerdings haben starre Altersgrenzen den Nachteil, dass weder den individuellen Bedürfnissen von Arbeitnehmern, noch betrieblichen Anforderungen oder der wirtschaftlichen Gesamtsituation Rechnung getragen wird. Zusätzlich zum Alter von Arbeitnehmern sind daher die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Person (d. h. Gesundheitszustand) sowie ihre Erwerbsmöglichkeiten (d. h. Chancen auf dem Arbeitsmarkt) als zusätzliche Kriterien für die Berentung herangezogen worden. Neben der „Regelaltersrente" wurden verschiedene gesetzliche Regelungen etabliert, die den Übergang in den Ruhestand zu einem multifaktoriell bestimmten Entscheidungsprozess werden lassen (Behrend 1997). Rentenrechtliche Regelungen haben allerdings nicht allein für die betroffenen Personen Konsequenzen, sondern beeinflussen auch Unternehmen in ihren Entscheidungen. Die Verzahnung von Renten- und Arbeitslosenversicherung kann betriebliche Freisetzungsstrategien älterer Arbeitnehmer intensivieren (Rosenow & Naschold 1994; Rosenow 1998). Rentenrechtliche Regelungen, mit denen eine Flexibilisierung von Altersgrenzen intendiert ist, schaffen damit „soziale Wirklichkeiten": Gesetzlich festgeschriebene Altersgrenzen bedeuten auch, dass Arbeitnehmer des betreffenden Alters auf dem Arbeitsmarkt als „Kandidaten für den Rentenzugang" gelten (Alber & Schölkopf 1999). Seit den 70er Jahren zeigt sich für Männer (nicht jedoch für Frauen) ein Trend zum frühzeitigen Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (Wübbeke 1997).

Eine gegenläufige Determinante für die Regulierung von Altersgrenzen ist die Finanzlage der Rentenversicherung (Schmähl 1988 u. 1999a). Angesichts des demographischen Strukturwandels werden Altersgrenzen zunehmend auch durch die Leistungskraft der Rentenversicherungen beeinflusst (s. dazu auch Kapitel 5). Als Reaktion auf die Finanzierungsprobleme, die sich für die gesetzliche Rentenversicherung aus der zukünftigen demographischen Entwicklung ergeben, wurden in den Rentenreformgesetzen 1992 und 1999 die Altersgrenzen für den Rentenbezug angehoben und Rentenabschläge bei vorgezogenem Rentenbeginn (sowie Rentenzuschläge für hinausgeschobenen Rentenbeginn) eingeführt. Ziel dieser Regelungen ist, den Trend zur Frühverrentung umzukehren, um auf diese Weise die Beitragsdauer zu verlängern und die Rentenlaufzeiten zu verkürzen. Angesichts dieser gegensinnig wirksamen Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und bei den Regelungen des Rentenzugangs ist zu fragen, wie sich der Austritt aus dem Erwerbsleben und der Eintritt in den Rentenbezug in Zukunft entwickeln wird. Zunächst sollen jedoch die institutionalisierten Pfade des Berufsaustritts und das gegenwärtige Rentenzugangsgeschehen betrachtet werden.

4.5.1 Der Übergang in die Rente

Die Regelaltersrente gibt eine Altersgrenze von 65 Jahren vor. Die Mindestversicherungszeit („Wartezeit") für diese Rentenart beträgt fünf Jahre. Mittlerweile werden für alle seit 1992 geborenen Kinder drei Jahre Kindererziehungszeiten angerechnet. Eine erste Veränderung der Regelaltersgrenze von 65 Jahren war die im Jahr 1957 geschaffene Möglichkeit für Frauen, mit 60 Jahren eine Altersrente für Frauen zu beziehen. Diese Altersgrenze wird in den nächsten Jahre schrittweise angehoben; die gesamte Regelung wird im Jahr 2012 auslaufen. Für Männer gibt es bislang drei Möglichkeiten, vor der Regelaltersgrenze von 65 Jahren Rente zu beziehen. Eine flexible Altersgrenze ab dem 63. Lebensjahr wurde eingeführt, um langjährig Versicherten (Mindestversicherungszeit von 35 Jahren) die Altersrente für langjährig Versicherte zu ermöglichen. Diese Regelung wird fast ausschließlich von Männern genutzt, da nur wenige Frauen die geforderte Wartezeit erfüllen (und Frauen ohnehin die Altersrente für Frauen offen steht). Schwerbehinderte Menschen können ebenfalls vor der Regelaltersgrenze in Ruhestand treten: Die Altersrente für Schwerbehinderte (sowie bei Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit) ermöglicht einen Rentenbezug ab 60 Jahren. Die Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit kann mit Vollendung des 60. Lebensjahres bezogen werden, wenn die Person vor dem Rentenbezug arbeitslos war. Schließlich können Versicherte, die unter körperlichen oder geistigen Einschränkungen ihrer Arbeitskraft leiden, unter bestimmten Bedingungen unabhängig vom Alter eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente (BU/EU-Rente) in Anspruch nehmen. (siehe Übersicht nächste Seite)

Für die meisten – im Vergleich zum Regelalter von 65 Jahren vorgezogenen – Rentenarten gilt, dass aufgrund der Regelungen der Rentenreformgesetze 1992 und 1999 bei einer vorgezogenen Inanspruchnahme Abschläge zu berücksichtigen sind und dass die Möglichkeit der vorgezogenen Inanspruchnahme schrittweise abgebaut wird (eine detaillierte Übersicht findet sich in Behrend 1999). Schließlich ist noch auf die Möglichkeit hinzuweisen, dass ältere Arbeitnehmer einen gleitenden Übergang in den Ruhestand wählen können. 1996 wurde das Altersteilzeitgesetz beschlossen, nach dem Beschäftigte mit 58 Jahren (aktuell: mit 55 Jahren) die Möglichkeit erhalten können, ihre wöchentliche Arbeitszeit auf die Hälfte der regelmäßigen Arbeitszeit zu vermindern, wobei der Arbeitgeber Arbeitsentgelt und Sozialversicherungsbeiträge aufzustocken hat (und dies wiederum von der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit erstattet bekommt, wenn der freiwerdende Arbeitsplatz mit einem Arbeitslosen besetzt wird). Übersicht 4-1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Pfade des Rentenzugangs.

Übersicht 4-1: Institutionelle Möglichkeiten des Versicherten-Rentenzugangs

Regelung	Alter	seit	Rechtsänderungen
Regelaltersrente	65 Jahre	1913 AnV 1916 ArV	1984 HHBG: Wartezeit von 15 auf 5 Jahre herabgesetzt 1986 HEZG: ab Geburtsjahrgang 1921 pro Kind 1 Jahr Kindererziehungszeit* RRG 92: ab Geburten 1992 drei Jahre Kindererziehungszeit* RRG 99: additive und höhere Bewertung der Kindererziehungszeit schrittweise ab 1998*
Altersrente für langjährig Versicherte	63 Jahre	1973	RRG 92: ab 2001 Einführung versicherungsmathematischer Abschläge 1996 WFG: Vorziehen der Einführung von versicherungsmathematischen Abschlägen RRG 99: ab 2010 Rente ab 62 möglich, mit versicherungsmathematischen Abschlägen
Altersrente wegen Arbeitslosigkeit und Altersteilzeit	60 Jahre	1929	RRG 92: Anhebung der Altersgrenzen schrittweise ab 2001 1996 Gesetz zur Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand: Schnellere Anhebung der Altersgrenze, ab 2012 Abschaffung dieser Rentenart
Altersrente für Frauen	60 Jahre	1957	RRG 92: Anhebung der Altersgrenze schrittweise ab 2001 1996 WFG: Anhebung des RRG 92 vorgezogen, ab 2012 Abschaffung dieser Rentenart
Altersrente für Schwerbehinderte bzw. bei BU/EU	60 Jahre	1973	1973: ab 62. Lebensjahr 1979: ab 61. Lebensjahr 1980: ab 60. Lebensjahr RRG 99: Umwandlung in Altersrente für Schwerbehinderte, stufenweise Anhebung der Altersgrenze ab 2000 auf 63 Jahre Korrekturgesetz: Änderung RRG 99 ausgesetzt bis Jahresende 2000
BU/EU-Rente	altersunabhängig	Invalidität: 1891 ArV Berufsunfähigkeit: 1913 AnV	1957: Angleichung des Rechts ArV/AnV bezüglich BU/EU-Renten 1969 und 1976: BSHG-Urteile zur konkreten Betrachtungsweise RRG 99: für Zugänge ab 2000 neu gegliederte Erwerbsminderungsrente mit Abschlägen bei einem Rentenbeginn vor Vollendung des 63. Lebensjahres, höchstens jedoch für 3 Jahre (60. Lebensjahr) Korrekturgesetz: Aussetzung der Neuregelung RRG 99 bis Jahresende 2000

Anmerkungen: AnV = Rentenversicherung der Angestellten, ArV = Rentenversicherung der Arbeiter, BU=Berufsunfähigkeit, EU=Erwerbsunfähigkeit. HHBG = Haushaltsbegleitgesetz, RRG=Rentenreformgesetz, HEZG = Hinterbliebenen und -Erziehungszeitengesetz, WFG=Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz, Korrekturgesetz = Gesetz zur Korrektur in der Sozialversicherung und zur Sicherung der Arbeitnehmerrechte vom 19. Dezember 1998

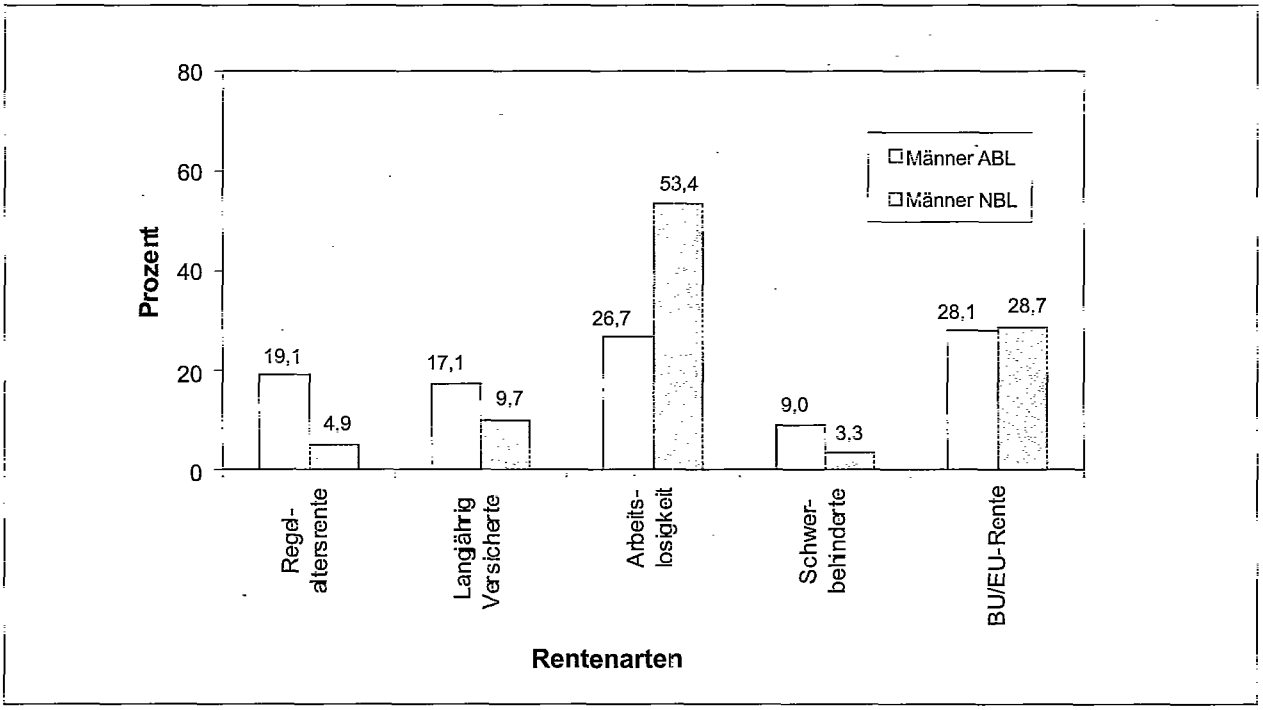
*) Die Anrechnung der Kindererziehungszeiten als Pflichtversicherungszeit erstreckt sich auch auf die anderen – vorgelagerten – Versichertenrenten. Sie wird jedoch bei der Regelaltersrente aufgeführt, da die damit verbundenen Rentenansprüche spätestens bei dieser Rentenart zum Tragen kommen.

Quelle: Rehfeld 1998 und eigene Ergänzungen

4.5.2 Entwicklung der Rentenzugangspfade

Im Jahr 1998 gingen der gesetzlichen Rentenversicherung in allen genannten Rentenarten etwa 530 000 Versichertenrenten von Männern und 520 000 Versichertenrenten von Frauen zu; dies war ein leichter Rückgang gegenüber dem Vorjahr. Aus den alten Bundesländern stammten etwa 80 Prozent der Neuzugänge, aus den neuen Bundesländern etwa 20 Prozent. Bei den Männern betrafen rund 63 Prozent der Rentenzugänge die Arbeiterrentenversicherung (ArV), bei den Frauen waren dies nur etwa

Abbildung 4-8: Rentenneuzugänge der Männer nach Rentenarten, 1998



Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang (Behrend 1999)

51 Prozent. Bemerkenswert ist ein deutlicher Rückgang der Bedeutung dieses Versicherungszweiges für Frauen seit 1970 (damals 73 % Neuzugänge in der ArV). Auffällig ist auch der Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern. In den neuen Bundesländern lag der Anteil der ArV-Renten bei 43 Prozent, während er in den alten Bundesländern fast 54 Prozent betrug (siehe Abbildung oben).

4.5.2.1 Rentenzugangsgeschehen bei Männern

Die Rentenzugänge bei Männern in den alten (aBl) und neuen Bundesländern (nBl) unterscheiden sich erheblich (s. Abbildung 4-5). Während in den neuen Bundesländern mehr als die Hälfte der Rentenneuzugänge die Altersrenten wegen Arbeitslosigkeit betrifft (53,4 %), sind es in den alten Bundesländern nur etwa ein Viertel (26,7 %). Die zweite bedeutende – in beiden Regionen Deutschlands etwa gleich vertretene – Rentenart ist die nicht an Altersgrenzen gebundene Rente wegen verminderter Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit: Rund 28 Prozent (aBl) bzw. 29 Prozent (nBl) der Rentenneuzugänge fallen in diese Kategorie. Hier ist allerdings anzumerken, dass in der ArV der relative Anteil an Renten wegen Erwerbsminderung mit 33 Prozent fast doppelt so hoch ist wie in der AnV. Bei der Regelaltersrente zeigt sich, dass etwa ein Fünftel aller Männer in den alten Bundesländern dieser Rentenart zugehen (19,1 %), aber nur eine kleine Minderheit der Männer in den neuen Bundesländern (4,9 %). Dies ist eine fast vollständige Veränderung im Vergleich mit der Situation in der DDR, in der die Regelaltersgrenze von 65 Jahren für alle männlichen Erwerbstätigen galt. Die Rentenzugänge für Altersrenten für langjährig Versicherte (17,1 % aBl, 9,7 % nBl) sowie für Altersrenten für Schwerbehinderte (9,0 aBl bzw. 3,3 % nBl) sind – trotz Unterschieden zwischen den beiden Regionen Deutschlands – von nachrangiger Bedeutung.

Im Zeitverlauf seit 1993 sind die folgenden Tendenzen festzustellen. In den alten Bundesländern nehmen die BU/EU-Renten und die Regelaltersrenten seit 1993 kontinuierlich ab. Zugenommen in der quantitativen Bedeutung haben die Rente wegen Arbeitslosigkeit und die Altersrente für langjährig Versicherte („flexible Altersgrenze"). Die Altersrente wegen Schwerbehinderung bewegt sich dagegen auf einem konstanten Niveau. In den neuen Bundesländern zeichnet sich ein davon sehr unterschiedliches Bild ab: Die Regelaltersrente (im Jahr 1993 noch fast 50 Prozent der Rentenneuzugänge ausmachend) hat an Bedeutung erheblich abgenommen. Spiegelbildlich gestiegen ist dagegen die Rente wegen Arbeitslosigkeit: Von etwa 20 Prozent der Rentenneuzugänge im Jahr 1993 stieg diese Rentenart auf ca. 60 Prozent im Jahr 1997. Hieran wird der Einfluss der zuvor geltenden Vorruhestandsregelungen deutlich, die zu einer überaus raschen Anpassung der Frühverrentungen in den neuen Bundesländer an jenes Niveau geführt hatten, das sich in den alten Ländern über einen längeren Zeitraum etablieren

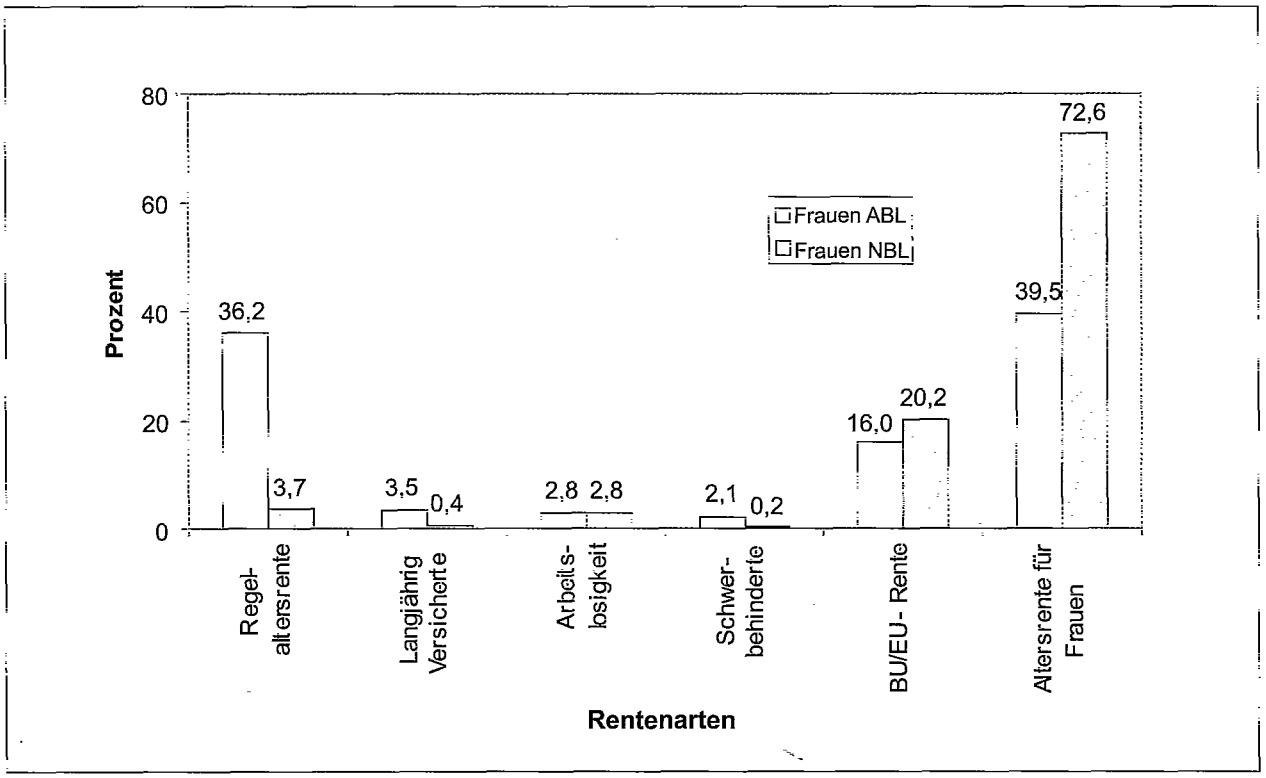
konnte (Rosenow 1999). Ebenfalls angestiegen sind Rentenzugänge wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Die Altersrente für langjährig Versicherte sowie die Altersrente für Schwerbehinderte spielen dagegen in den neuen Bundesländern nur eine untergeordnete Rolle. Da zurzeit bei der Rente wegen Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit die Bedingungen des Arbeitsmarktes bei der Rentenbewilligung noch berücksichtigt werden (der Anteil der EU/BU-Renten mit „konkrete Betrachtungsweise" betrug 1998 ca. 30 Prozent), ist der Anteil jener Rentenneuzugänge, die mit Blick auf den Situation am Arbeitsmarkt getroffen werden, außerordentlich hoch. Die Neuregelung, dass eine mindestens 24-monatige Altersteilzeit einer Arbeitslosigkeit von 12 Monaten (in einer Rahmenfrist von 18 Monaten) gleichgesetzt wird, dürfte hier noch keine Bedeutung haben (Grütz & Faik 1998: 305). Da sie erst zum 1. August 1996 in Kraft getreten ist, konnte sich diese Rechtsänderung bei den Rentenzugängen 1998 noch nicht bemerkbar machen.

Betrachtet man das langjährige Rentenzugangsgeschehen in den alten Bundesländern seit 1960 (Rehfeld 1998), so zeigen sich bei den Männern in den verschiedenen Rentenarten sehr unterschiedliche Verläufe, von denen drei herausgestellt werden sollen: Die Regelaltersrente dominierte das Rentenzugangsgeschehen bis in die frühen 70er-Jahre, ging dann bis Mitte der 80er-Jahre dramatisch zurück und gewinnt seitdem wieder an Bedeutung. Dagegen hat die Altersrente bei Arbeitslosigkeit – in den 60er- und 70er-Jahren praktisch bedeutungslos – seit Mitte der 80er erheblich an Bedeutung gewonnen. Die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten sind schließlich mit gewissen Schwankungen relativ stabil geblieben.

4.5.2.2 Rentenzugangsgeschehen bei Frauen

Das Rentenzugangsgeschehen bei Frauen unterscheidet sich deutlich von jenem der Männer (Abbildung 4-9). Insgesamt dominiert die Altersrente für Frauen, die an die Vollendung des 60. Lebensjahres geknüpft ist, wobei deutliche Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern zu Tage treten (alte Bundesländer: 39,5 %, neue Bundesländer: 72,6 %). In den alten Bundesländern nehmen über ein Drittel der Rentenneuzugänge die Regelaltersrente in Anspruch (36,2 %), die in den neuen Bundesländern in sehr viel geringerem Maß in Anspruch genommen wird (3,7 %). In etwa gleichem Maß wird in den alten und den neuen Bundesländern die BU/EU-Rente in Anspruch genommen (alte Bundesländer: 16,0 %, neue Bundesländer: 20,2 %). Die restlichen Rentenzugangsarten werden von Frauen kaum in Anspruch genommen.

Abbildung 4-9: Rentenneuzugänge der Frauen nach Rentenarten, 1998



Quelle: VDR-Statistik Rentenzugang (Behrend 1999)

Im Verlauf seit 1993 ist die Bedeutung der Regelaltersrente in den alten Bundesländern gesunken, während die Altersrente für Frauen an Bedeutung stetig zugenommen hat. In den neuen Bundesländern dominiert seit 1993 mit leichten Schwankungen die Altersrente für Frauen das Bild des Rentenzugangsgeschehens. Die Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten zeigen in beiden Regionen einen relativ stabilen Verlauf.

Im langjährigen Verlauf seit 1960 zeigt sich für die alten Bundesländer (Rehfeld 1998), dass die Altersrente für Frauen an Bedeutung deutlich zugenommen hat. Die im Jahr 1984 erfolgten Änderungen der Bestimmungen für die Zulassung zur BU/EU-Rente veränderte das Zugangsgeschehen von Frauen gravierend: Die zuvor bestehende Dominanz der BU/EU-Renten wurde durch die Regelaltersrente abgelöst (siehe Abbildung 4-9).

4.5.3 Formen des Übergangs in den Ruhestand

Bislang zeigte sich ein gesellschaftlicher Konsens hinsichtlich der frühzeitigen Beendigung des Arbeitslebens: Die staatliche Sozialpolitik schuf Auffangmöglichkeiten im Bereich der Alterssicherung, Arbeitgeber nutzten diese staatlichen Regelungen, um ihre Belegschaften zu verringern oder zu verjüngen, Gewerkschaften beton(t)en die Generationensolidarität mit jüngeren Arbeitnehmern und die betroffenen älteren Arbeitnehmer zeigten angesichts der finanziellen Absicherung eine hohe Akzeptanz für die frühzeitige Beendigung des Erwerbslebens. Mit Blick auf die betroffenen Personen wurde der Übergang in den Ruhestand in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften dagegen als ein „kritisches Lebensereignis" betrachtet, mit dem sich eine Vielzahl von Untersuchungen beschäftigte (zusammenfassend Maier 1997; Naegele 1992). In der Tat ist das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben in der Regel

Übersicht 4-2: Rentenzugangsmöglichkeiten für Versicherte ab 2012

Alter	Regelung und Rentenarten	besondere Modalitäten
vor 60	Erwerbsminderungsrente	Abschlag fiktiv, für das 60. Lebensjahr 10,8 %
60 Jahre	Erwerbsminderungsrente	Abschlag 10,8 %
	Altersrente für Schwerbehinderte	Abschlag 10,8 %
61 Jahre	Erwerbsminderungsrente	Abschlag 7,2 %
	Altersrente für Schwerbehinderte	Abschlag 7,2 %
62 Jahre	Erwerbsminderungsrente	Abschlag 3,6 %
	Altersrente für Schwerbehinderte	Abschlag 3,6 %
	Altersrente für langjährig Versicherte	Abschlag 10,8 %
63 Jahre	Erwerbsminderungsrente	ohne Abschlag
	Altersrente für Schwerbehinderte	ohne Abschlag
	Altersrente für langjährig Versicherte	Abschlag 7,2 %
64 Jahre	Erwerbsminderungsrente	ohne Abschlag
	Altersrente für Schwerbehinderte	ohne Abschlag
	Altersrente für langjährig Versicherte	Abschlag 3,6 %
65 Jahre	Regelaltersrente	ohne Abschlag
66 Jahre	Regelaltersrente	Zuschlag +6,0 %

Quelle: Rehfeld 1998

mit einer erheblich veränderten Einkommenssituation verbunden (s. dazu Kapitel 5). Hinsichtlich der individuellen Befindlichkeit zeigen sich jedoch bei den meisten Erwerbstätigen nach dem Berufsende keine negativen gesundheitlichen Folgen, auch wenn die veränderte Lebenssituation nicht unwesentliche Anpassungen der Werte, Orientierungen und des individuellen Tagesablaufs erfordert (Maier 2000). Die Antizipation des Übergangs vom Erwerbsleben in den „Ruhestand" sowie konkrete Pläne für die Gestaltung der Lebensphase nach dem Beruf sind dieser Anpassung an die veränderte Lebenssituation förderlich, wobei die Variabilität des Übergangs vom Erwerbsleben in die Rente bei Frauen sehr viel größer ist als bei Männern (Lehr & Niederfranke 1991; Niederfranke 1999; Saup & Mayring 1995). Merkmale der früheren Berufstätigkeit können die Anpassung an die veränderte Lebenssituation ebenfalls erleichtern: Höherer Handlungsspielraum sowie Entscheidungsmöglichkeiten sind also nicht allein für die Situation am Arbeitsplatz förderlich, sondern auch für die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase.

Als eine Alternative zum abrupten Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand werden in der gerontologischen und sozialpolitischen Diskussion Formen des gleitenden Übergangs in den Ruhestand diskutiert (Bäcker 1999a u. 1999b). Um sich verändernde Anforderungen des Arbeitsplatzes mit den sich wandelnden individuellen Kompetenzen und Ressourcen in Einklang zu bringen, kann es sinnvoll sein, Formen des gleitenden Ausstiegs aus dem Erwerbsleben zu ermöglichen. Aktuell sind mit Teilrente und Altersteilzeit Formen des gleitenden Ausstiegs aus dem Erwerbsleben geschaffen worden. Die Akzeptanz bezüglich der Teilrente ist allerdings äußerst gering. Hinsichtlich der Altersteilzeit sind mit den am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Reformen am Altersteilzeitgesetz Rahmenbedingungen geschaffen worden, durch die die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Altersteilzeit erhöht werden sollen. Bislang überwogen offenbar die Nachteile, die sowohl für die betroffenen älteren Arbeitnehmer (finanzielle Nachteile, antizipierter Statusverlust, wenig attraktive Teilarbeitsplätze) als auch für die Betriebe (finanzielle Belastungen sowie hoher technisch-organisatorischer Aufwand) mit diesen Modellen verbunden waren.

4.5.4 Entwicklung der Rentenzugangsmöglichkeiten

An den vorherigen Ausführungen zeigt sich die Verzahnung der rentenrechtlichen Ausgestaltung des Alterssicherungssystems mit der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Situation. Der Zugang zu Rentenarten vor dem 65. Lebensjahr wuchs in Korrespondenz zur sich verschlechternden Situation am Arbeitsmarkt: Gerade die Bedeutung der Altersrente wegen Arbeitslosigkeit (bei Männern) belegt dies. Insgesamt stellen die rentenrechtlichen Regelungen einen Rahmen für Entscheidungen über den Rentenzugang her. In der Übersicht 4-2 sind die wichtigsten Rentenzugangsmöglichkeiten für Versicherte ab 2012 aufgeführt. Hier wird deutlich, dass die versicherungsmathematischen Abschläge für einen Rentenbeginn vor dem Regelalter mit 65 Jahren die Entscheidung über den Rentenzugang mit hoher Wahrscheinlichkeit beeinflussen werden.

Zusätzlich zu den rentenrechtlichen Regelungen werden jedoch eine Vielzahl von Bedingungen bei der Entscheidung wirksam, aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Nicht allein wer von Arbeitslosigkeit betroffen ist, sondern auch, wer den Verlust seines Arbeitsplatzes antizipiert, wird eine vorgezogene Rente in sein Kalkül ziehen. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch die Argumentation der Generationensolidarität, nach der ältere Menschen aus dem Erwerbsleben ausscheiden sollten, um ihre Arbeitsplätze für Jüngere freizumachen. Aber auch die Bedingungen innerhalb des Unternehmens beeinflussen den Prozess der Entscheidung für eine Berentung: Arbeitsbelastungen, Betriebsklima sowie der innerbetriebliche Druck können die Entscheidung für eine Berentung ebenfalls beeinflussen. Ein weiterer Faktor ist die Erwerbsfähigkeit: Auch wenn medizinische Kriterien in Zukunft eine stärkere Rolle spielen werden („abstrakte Betrachtung"), ist doch die Einschränkung der Erwerbsmöglichkeit abhängig von der Lage am Arbeitsmarkt („konkrete Betrachtung"). Auf der individuellen Ebene sind es neben den materiellen Bedingungen aufgrund des zukünftigen Rentenbezugs die Arbeitsbiografie, die zukünftige Lebensplanung sowie der familiäre Kontext, die eine Berentungsentscheidung beeinflussen.

Die gegenwärtige Situation bei dem Übergang vom Erwerbsleben in den „Ruhestand" wird durch hohe Anteile von Frührenten bestimmt, und zwar sowohl durch Renten wegen Erwerbsminderung als auch durch Renten wegen Arbeitslosigkeit. Dabei ist zu beachten, dass ein tendenziell wachsender Anteil von Arbeitnehmern nach dem Ende ihrer Beschäftigung und vor dem Bezug der Rente arbeitslos waren (Wübbeke 1999). Angesichts der Situation am Arbeitsmarkt bedeutet die Heraufsetzung der Altersgrenze – sei es durch das Versperren früher Zugangspfade in vorgezogene Rentenarten oder durch Einführung versicherungsmathematischer Abschläge –, dass die prekäre Situation älterer, arbeitsloser Arbeitnehmer zwischen Erwerbsleben und Ruhestand verlängert wird, und zwar mit erheblichen negativen Konsequenzen für ihre materielle Sicherung. Diese Problematik ist angesichts des wirtschaftlich-strukturellen Umbruchs in den neuen Bundesländern besonders deutlich. In den neuen Bundesländern zeigt sich auch, wie stark die Regelungen des Vorruhestandes und des Altersübergangs auf das Rentenzugangsverhalten eingewirkt haben. Frauen waren hiervon rentenrechtlich weniger betroffen, da für sie noch die Möglichkeit des vorgezogenen Frauenaltersruhegeldes besteht.

Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, aber auch aus gerontologischer und sozial- bzw. arbeitsrechtlicher Sicht ist die Anhebung der Altersgrenzen geboten, um Rahmenbedingungen für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu setzen (Boecken 1998). Allerdings sollte dabei die Situation am Arbeitsmarkt

berücksichtigt werden. Bis eine verstärkte Nachfrage nach Arbeitskräften (auch nach älteren) einsetzt, muss nach flankierenden Maßnahmen gesucht werden, die dazu beitragen, den Übergang in den Ruhestand materiell abzustützen. Hierzu könnte ein verstärktes Angebot an Teilzeitarbeit mit der Möglichkeit eines gleitenden Übergang unterstützend wirksam werden (Schweres 1997). Zusätzlich müssen Anstrengungen unternommen werden, um ein gesellschaftliches Klima für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu schaffen.

4.6 Fazit

Die Arbeitswelt wird sich durch technologische Innovationen und den strukturellen Wandel der Wirtschaftssektoren weiter verändern. Doch nicht allein technologische Fortschritte, sondern auch langfristige demographische Entwicklungen werden die Ursache hierfür sein. Schon seit längerem nimmt die jährliche Zahl der ins Erwerbsleben eintretenden jungen Menschen ab. Diese Entwicklung wird sich in den nächsten Jahren noch verstärken, insbesondere wenn zu den langfristigen Auswirkungen des allgemeinen Geburtenrückgangs noch die Effekte des starken Geburtenrückgangs in Ostdeutschland nach der Wende hinzukommen. Das nachwachsende inländische Arbeitskräftepotenzial wird sich demographisch bedingt deutlich verringern. Dies legt durchaus nahe, ältere Arbeitnehmer in Zukunft länger im Arbeitsleben zu halten. Gegenwärtig werden die Ressourcen älterer Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt allerdings nur wenig geschätzt, und die Ressourcen der Arbeitswelt sind älteren Arbeitnehmern zunehmend schwieriger zugänglich. Die seit Jahren feststellbare Ausgliederung älterer Arbeitnehmer aus dem Berufsleben hat nicht abgenommen. Es sind vor allem ältere Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen, die überproportional von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen sind. Dabei kann von einer generellen Abnahme der Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen nicht die Rede sein. Kompensatorische Faktoren, wie etwa Berufserfahrung und im Berufsleben erworbene soziale Kompetenzen spielen eine erhebliche und positive Rolle bei der Aufrechterhaltung beruflicher Leistungsfähigkeit. Große Bedeutung kommt zudem den gesundheitsrelevanten Merkmalen des Arbeitsplatzes zu: Belastungen und Stress am Arbeitsplatz können Gesundheit und Leistungsfähigkeit älterwerdender Arbeitnehmer negativ beeinflussen. Umgekehrt sind herausfordernde Tätigkeiten und kontinuierliche Weiterbildung der Qualifikation und Leistungsfähigkeit älterwerdender Arbeitnehmer förderlich. Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, aber auch aus gerontologischer und sozial- bzw. arbeitsrechtlicher Sicht wird die Anhebung der Altersgrenzen diskutiert, um Rahmenbedingungen für einen längeren Verbleib im Erwerbsleben zu schaffen. Bis sich die Nachfrage nach Arbeitskräften (auch nach älteren Arbeitnehmern) verstärkt, müssen jedoch flankierende Maßnahmen eingesetzt werden, die dazu beitragen, die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen oder den vorgezogenen Übergang in den Ruhestand materiell abzustützen. Angesichts einer zukünftig stärkeren Nachfrage nach älteren Arbeitnehmern sind zudem präventive Konzepte notwendig, die bereits bei den mittleren Altersgruppen ansetzen und deren betriebliche Integration langfristig, auch bei fortschreitendem Alter ermöglichen.

5. Ökonomische Ressourcen im Alter

5.1 Zu den Schwerpunkten des Kapitels und zu wichtigen Datenquellen

Eine Analyse des Umfangs und der Struktur „ökonomischer Ressourcen im Alter" bedarf der Präzisierung im Hinblick darauf, welche Ressourcen in den Blickpunkt gerückt werden sowie ob es um die den älteren Menschen zur Verfügung stehenden Ressourcen geht oder auch um die Nutzung dieser Ressourcen im Sinne ihrer Verwendung für sich und andere. Die Nutzung der ökonomischen Ressourcen im Alter, beispielsweise in Form von intrafamiliären Transfers, ist nicht Gegenstand dieses Kapitels (vgl. hierzu Kapitel 5). In diesem Kapitel erfolgt eine Einschränkung hinsichtlich der im Alter verfügbaren ökonomischen Ressourcen auf Einkommen und Vermögen, also auf wichtige Elemente der materiellen Ressourcen von Personen bzw. Haushalten, die man vereinfachend als finanzielle Ressourcen bezeichnen kann. Welche Komponenten dabei zu berücksichtigen sind und welche Determinanten auf sie einwirken, wird einleitend skizziert. Dies dient insbesondere dazu, um zu verdeutlichen, dass die finanziellen Ressourcen im Alter zum erheblichen Teil geprägt sind durch Bedingungen und Entscheidungen (individuelle und gesellschaftliche) in vorgelagerten Lebensphasen, insbesondere in der Erwerbsphase, aber auch durch Bedingungen und Entscheidungen (individuelle und gesellschaftliche) in der Altersphase. Zudem soll neben dieser die Verlaufsperspektive betonenden Sicht der Tatbestand verdeutlicht werden, dass ein hohes Maß an Heterogenität hinsichtlich der finanziellen Ressourcen im Alter besteht. Diese Heterogenität bezieht sich dabei u. a.

- auf die Situation in West- und Ostdeutschland,
- zwischen Geschlechtern,
- je nach Haushalt- und Familienkonstellationen.

Heterogenität resultiert aber auch daraus, dass aufgrund gestiegener Lebenserwartung, insbesondere auch im höheren Erwachsenenalter, sich in der Lebensphase „Alter" eine immer größere Zahl von Geburtsjahrgängen befinden.

In diesem Kapitel stehen also – wie zumeist – die monetären Komponenten ökonomischer Ressourcen im Zentrum. Die Betrachtung von Realtransfers, so u. a. durch Bereitstellung von Sachleistungen im Haushaltsverbund, bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen und bei Pflegebedürftigkeit, erfolgt in den Kapiteln 3 und 5.

Für die Beurteilung der monetären Komponenten sind allerdings Umfang und Struktur der Sachleistungen (Realtransfers) aus dem System der sozialen Sicherung, z. B. bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, von erheblicher Bedeutung. Der Zusammenhang mit den monetären Größen ist unmittelbar ersichtlich, wenn z. B. bei Beeinträchtigungen der aktiven eigenständigen Lebensführung Einkommen und Vermögen eingesetzt werden können, um beispielsweise Dienstleistungen ergänzend am Markt zu kaufen[32].

In diesem Kapitel wird zunächst auf Quellen von Einkommen und Vermögen im Alter sowie dafür wichtige Einflussfaktoren eingegangen, bevor in kompakter Form ein Überblick über empirische Informationen hierzu vermittelt wird. Dieser bezieht sich auf die Neunzigerjahre, wobei die Aufmerksamkeit generell auf die Differenziertheit der Situation – auch zwischen den Geschlechtern – und insbesondere auf Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland sowie einigen hier inzwischen eingetretenen Veränderungen gelenkt werden soll. Sodann werden anhand einiger ausgewählter Informationen einige sich abzeichnende Entwicklungstendenzen dargestellt, bevor abschließend exemplarisch verdeutlicht werden soll, dass die künftige finanzielle Lage im Alter maßgebend mitgeprägt wird durch sozial- und steuerrechtliche Entscheidungen und Bedingungen.

Dieses Kapitel ist somit nicht speziell den seit langem und auch derzeit wieder intensiv diskutierten Fragen einer „Rentenreform" gewidmet. Wohl aber wird anhand einiger Beispiele zu verdeutlichen versucht, welche Konsequenzen für die künftige finanzielle Lage im Alter einige der diskutierten Maßnahmen haben könnten.

Die empirischen Befunde, die in diesem Kapitel herangezogen werden, basieren zum erheblichen Teil auf einer Expertise von U. Fachinger (1999), die für die Kommission erstellt wurde. In ihr wird auch ausführlich auf unterschiedliche Datenquellen und deren Aussagefähigkeit eingegangen.[33] Die Datenlage zur Charakterisierung der Einkommenslage im Alter hat sich in den letzten Jahren durch verschiedene spezielle Erhebungen und zusammenfassende Darstellungen verbessert. Zu nennen sind dabei im Hinblick auf die jeweils in der Altersphase befindliche Population die Untersuchungen über die „Alterssicherung in Deutschland" der Jahre 1992 und 1995 sowie die zum Teil hierauf basierenden Darlegungen im „Alterssicherungsbericht" der Bundesregierung, weiterhin die Einkommens- und Verbrauchsstichproben des Statistischen Bundesamtes, die jeweils durch hinreichend

[32] Der Umfang der hierfür erforderlichen finanziellen Mittel hängt u. a. von den immateriellen Ressourcen ab, die im Alter verfügbar sind. Hierzu zählt das immaterielle Humanvermögen im Sinne erworbener Kompetenz zur aktiven eigenständigen Lebensführung aufgrund von Erfahrungen und Bildung – also der Kompetenz, mit Situationen und Tatbeständen umzugehen. Ebenso gehören hierzu die immateriellen familialen und/oder nachbarschaftlichen Ressourcen (sozialen Ressourcen) im Sinne von Möglichkeiten, auf ein Netzwerk in Form von Zuwendung u. Ä. unterstützend zurückgreifen zu können (siehe Kapitel 5); vgl. Schmähl 1999: 7 f., zur Unterscheidung von immateriellen und materiellen Ressourcen.

[33] Vergleiche ergänzend auch den Überblicksbeitrag von Schmähl und Fachinger (1999).

großen Stichprobenumfang auch eine differenzierte Analyse von Personen- bzw. Haushaltsgruppen ermöglichen[34]. Hinzu treten weitere Quellen, zu denen insbesondere das sozio-ökonomische Panel sowie prozessproduzierte Daten u. a. der Rentenversicherungsträger und die neugestaltete Sozialhilfestatistik gehören. Schwieriger – und datenmäßig weniger gut belegt – sind bislang Aussagen über die mögliche Einkommenslage künftiger Kohorten in ihrer Altersphase. Hierzu liegen nun erstmalig durch die 1996 durchgeführte Erhebung „Altersvorsorge in Deutschland '96" (AVID '96) Informationen vor für im Jahre 1996 40- bis 60-jährige Personen und deren Ansprüche. Diese Ansprüche werden errechnet unter der Annahmen unveränderten Leistungsrechts und beziehen sich auf das Alter 65 Jahre. Es handelt sich also um Berechnungsergebnisse für Personen und Ehepaare, die zwischen 2001 und 2021 das 65. Lebensjahr vollenden. Erste Ergebnisse wurden Anfang 2000 veröffentlicht[35]. Eine tiefer gehende detaillierte Auswertung dieser umfangreichen Datenquelle stand zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts noch aus.

Trotz dieser im Vergleich zu früheren Perioden verbesserten Situation (vgl. hierzu u. a. die Aussagen der Transfer Enquête-Kommission 1981: 15) bleiben dennoch Lücken im Kenntnisstand, sowohl was die Möglichkeiten einer detaillierten Analyse für bestimmte Gruppen der Bevölkerung als auch was die Aktualität von Daten betrifft. So standen Informationen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Jahres 1998 zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichts nur begrenzt zur Verfügung, da bis dahin erst ein geringer Teil der Informationen aufbereitet worden war bzw. zur Verfügung stand. Folglich liegen Angaben über die am Ende des 20. Jahrhunderts bestehenden finanziellen Ressourcen von Haushalten älterer Menschen nur in Teilaspekten vor. Die ASID '95 enthält Informationen zur Mitte der Neunzigerjahre, wobei allerdings als wichtige Einschränkung zu beachten ist, dass die Angaben für Westdeutschland nicht auf einer repräsentativen Umfrage, sondern auf einer Fortschreibung von Ergebnissen des Jahres 1992 (ASID '92) beruhen. Für Ostdeutschland wurde dagegen 1995 aufgrund der seit 1992 eingetretenen erheblichen Veränderungen eine Erhebung durchgeführt.

Im Vergleich zur Datenlage hinsichtlich monetärer Einkommen ist die Situation bezüglich repräsentativer statistischer Daten zur Vermögenslage ungünstiger. In der Bundesrepublik Deutschland existiert keine Statistik, die auch nur annähernd den gesamten Vermögensbestand privater Haushalte erfasst. Während auf der Aggregatsebene, z. B. im Rahmen der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes oder der Finanzierungsrechnung der Deutschen Bundesbank, noch Angaben zu bestimmten Vermögensbeständen vorliegen, sind auf der Haushaltsebene keine Informationen verfügbar, die eine umfassende Darstellung der Vermögensverteilung erlauben würden[36]. Verteilungsaussagen über die Vermögensbestände privater Haushalte lassen sich bislang im Prinzip nur auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben des Statistischen Bundesamtes ableiten.

Bei der Interpretation der Informationen ist weiter zu berücksichtigen, dass dann, wenn auf unterschiedliche Datenquellen zurückgegriffen werden muss – was notwendigerweise der Fall ist –, eine mangelnde Einheitlichkeit sich allein schon aus unterschiedlichen Definitionen von Variablen ergibt. Es fehlt nach wie vor eine nach einheitlichen Gesichtspunkten aufgebaute, aktuelle und hinreichend detaillierte Verteilungsberichterstattung für die Bundesrepublik Deutschland, aus der auch Informationen über die finanziellen Ressourcen älterer Menschen bzw. von Haushalten, in denen ältere Menschen leben, abgeleitet werden können.

5.2 Quellen und Determinanten der Einkommens- und Vermögenssituation im Alter

Im Folgenden wird kurz skizziert, welche Einkommens- und Abgabearten zu beachten sind, wenn man die Einkommens- und Vermögenssituation im Alter skizzieren will. Darüber hinaus geht es um die Frage, nach wichtigen Faktoren, die für Höhe und Entwicklung der Einkommens- und Vermögenslage maßgebend sind.

5.2.1 Wichtige Arten von Einkünften und Abgaben

Auf die Einkommenslage im Alter wirken eine Vielzahl von Faktoren ein. Dies wird an ausgewählten Beispielen in Übersicht 5-1 verdeutlicht. Dort sind verschiedene Einkunfts- und Abgabearten sowie einige wichtige Determinanten für deren Höhe zusammengestellt[37]. Von besonderer Bedeutung ist die ökonomische Lage in der Erwerbsphase (Beschäftigungs-, Erwerbseinkünfte) sowie die dort geltenden sozialrechtlichen Bedingungen, da hiervon Renten und Pensionen, die die Hauptquelle des Einkommens im Alter für den größten Teil der deutschen Bevölkerung darstellen, maßgeblich bestimmt werden. Hinzu treten aber weitere Einkunftsarten im Alter, so Vermögenseinkünfte, aber auch Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten und Gebietskörperschaften (wie Wohngeld, Sozialhilfe) und anderer Sozialversicherungsträger (so Geldleistungen der Pflegeversicherung).

[34] Siehe Hauser (1999).

[35] Für einen knappen Überblick siehe Kortmann und Schatz (1999). Eine Vielzahl von tabellarisch aufbereiteten Ergebnissen ist veröffentlicht in Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000).

[36] So schreibt denn auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, dass Aussagen über die personelle Vermögensverteilung nicht möglich sind, da eine „angemessene Grundlage" fehlt; Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1998: 141). Für einen Überblick über die Datenlage siehe z. B. Bedau (1998), Fachinger (1998) sowie Hauser et al. (1997: 124 ff).

[37] Dabei steht die Situation unselbstständig Versicherter im Zentrum. Zur Absicherung von Selbstständigen – z. T. auch über Sozialversicherungen – vgl. für einen ersten Überblick Fachinger und Oelschläger (2000).

Die Einkommenslage im Alter wird sodann von den sozial- und steuerrechtlichen Bedingungen in der Altersphase mitgeprägt, da das jeweilige Leistungsrecht für die Renten, Pensionen, Transferzahlungen insgesamt, aber auch die Höhe der Abgaben bedeutsam sind. Auch die jeweiligen ökonomischen Bedingungen sind wiederum wichtig, z. B. auf den Finanz- und Kapitalmärkten als Quelle für Vermögenseinkünfte, und auf Arbeitsmärkten für die Anpassung von Renten, Pensionen und manchen anderen Transferzahlungen.

Das Leistungsrecht insbesondere der sozialen Sicherungssysteme spielt aber noch in weiterer Hinsicht eine wichtige Rolle: So bestimmt das Ausmaß der verfügbaren Sachleistungen (z. B. die Abgrenzung der von den Krankenversicherungen gewährten Leistungen im Krankheitsfall) mit darüber, was aus dem Nettoeinkommen „privat"

Übersicht 5-1: Wichtige Determinanten der Einkommenslage im Alter

Einkunfts-/Abgabenarten	Determinanten
Erwerbseinkünfte aus unselbstständiger und selbstständiger Tätigkeit	Erwerbstätigkeit im formellen und informellen Sektor
Vermögenseinkünfte (ohne Versicherungen)	Sparen, Schenkungen und Vererbung
Renten und Pensionen - Sozialversicherungen - Gebietskörperschaften - Versorgungswerke - Betriebe - Privatversicherungen	Leistungsrecht der sozialen Sicherungssysteme Art und Umfang früherer Erwerbstätigkeit im formellen Sektor, Familienstand (bei Hinterbliebenenrenten), Gesundheitszustand (bei Invalidität)
weitere Transferzahlungen aus öffentlichen Haushalten (z. B. Sozialhilfe, Wohngeld)	übrige Einkünfte; Haushaltsgröße und -struktur; Mietausgaben usw.
Interfamiliäre und andere private monetäre Transfers	Familienbeziehungen und ökonomische Situation von Familienangehörigen
∑=Bruttoeinkommen	
Lohn- und Einkommensteuer Sozialversicherungsbeiträge - Rentenversicherung - Krankenversicherung - Pflegeversicherung - Bundesanstalt für Arbeit (vergleichbare Beiträge bei Nichtversicherungspflichtigen)	Einkommen bzw. einzelne Einkunftsarten, Abgabesätze
∑=Nettoeinkommen	
Auflösung von Geld- oder/und Sachvermögen	Vermögensbestand Laufende Einkommen im Verhältnis zum „Bedarf"
nichtmonetäre Einkommenselemente u.a. aus öffentlichen Haushalten (Sachleistungen) Preisvergünstigungen Sachleistung aus Privathaushalten (z. B. intrafamiliäre Transfers)	Leistungsrecht Art der Einkommensverwendung Familienbeziehungen
Indirekte Steuern	Art der Einkommensverwendung
Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall	Leistungsrecht, Gesundheitszustand

Quelle: Ergänzte Darstellung nach Schmähl 1995: 4.

zu finanzieren ist, entweder in Form von Zuzahlungen (was gleichfalls sozialrechtlich definiert ist) oder durch den Zukauf von Waren und Dienstleistungen. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, dass unter Umständen auch Preisvergünstigungen, nicht zuletzt aber auch indirekte Abgaben (wie Verbrauchssteuern) die „reale" Einkommenslage im Alter beeinflussen.

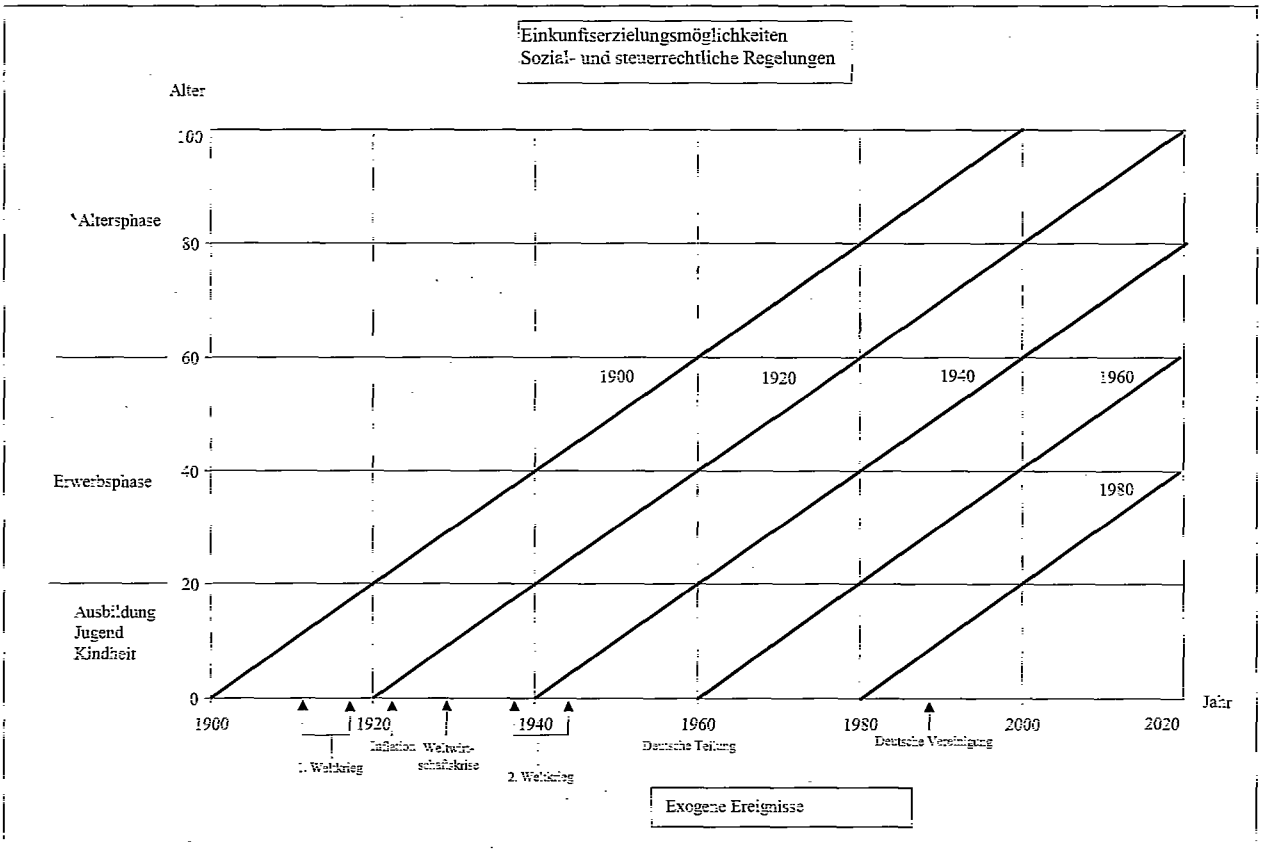
Übersicht 5-2 soll verdeutlichen, dass die verschiedenen Alterskohorten beim Durchwandern der verschiedenen Lebensphasen von unterschiedlichen Bedingungen bzw. unterschiedlich lange betroffen werden. Dies bezieht sich u. a. auf die Erwerbsmöglichkeiten, die maßgeblich von der Situation auf dem Arbeitsmarkt bestimmt werden, aber auch auf in der Erwerbsphase geltenden sozial- und steuerrechtliche Regelungen. Zu beachten ist u. a., dass in der Zeit der deutschen Teilung sich für die Menschen in den beiden deutschen Teilstaaten die maßgeblichen Umfeldbedingungen in vielfältiger Weise tief greifend unterschieden. Zum Teil ist dies – worauf noch hinzuweisen sein wird – im Prozess der deutschen Vereinigung im Hinblick auf die Alterssicherung durch sozialrechtliche Regelungen zu kompensieren versucht worden.

Auch ist zu beachten, dass die in Übersicht 5-2 schematisch eingefügten Grenzen für die drei dort unterschiedenen Lebensphasen im Zeitablauf nicht konstant waren. Das ist u. a. für die Länge der Erwerbskarrieren von Bedeutung. Zudem sind schon zum Geburtszeitpunkt die Kohorten unterschiedlich stark besetzt gewesen, und in ihrem weiteren Lebensverlauf haben sich Veränderungen in den Sterblichkeitsverhältnissen ergeben, sodass die Kohortenbesetzung in bestimmten Lebensaltern oder Kalenderjahren unterschiedlich war und ist. Dies wiederum hat Rückwirkungen auf das Leistungsrecht und den Finanzbedarf im Bereich sozialer Sicherung.

Orientiert man sich einmal an der schematischen Abgrenzungen für die drei Lebensphasen (20. Lebensjahr als Beginn der Erwerbsphase, 60. Lebensjahr als deren Beendigung, was allerdings den gegenwärtigen Bedingungen relativ gut entspricht), so befinden sich am Beginn des neuen Jahrhunderts die zwischen 1940 und 1980 Geborenen in der Erwerbsphase, während sich alle älteren noch lebenden Personen in der Altersphase befinden.

Diese wenigen Hinweise illustrieren einmal mehr, dass notwendigerweise mit einer großen Heterogenität für die Situation der jetzt Älteren zu rechnen ist, was allerdings auch nicht verwundert, da ja auch ihre Situation in der Erwerbsphase aus vielerlei Gründen heterogen war. Gleiches gilt für die künftige Entwicklung.

Übersicht 5-2: Alterskohorten im Lebensablauf



Quelle: In Anlehnung an Schmähl 1983a: 50.

Übersicht 5-3: Alterssicherung für verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen in Deutschland

Individuelle ergänzende Sicherung	**Private Alterssicherung (Lebensversicherungen, Ersparnisse usw.)**								
Zusatzsysteme						Knappschaft	Betriebliche Altersversorgung	Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst	**Beamtenversorgung**
Gesetzlich verankerte Systeme	**Altershilfe für Landwirte***	**Berufsständische Versorgungswerke****	Handwerkerversicherung (integriert in die Arbeiterrentenversicherung)	Künstlersozialversicherung	Freiwillig oder pflichtversichert (auf Antrag)		BfA und Landesversicherungsanstalten, Seekasse		
						Gesetzliche Rentenversicherung			
Personenkreis	*Landwirte*	*Freie Berufe*	*Handwerker*	*Künstler*	*Sonstige*	*Beschäftigte im Bergbau*	*Sonstige*		*Beamte****
	Selbstständige					*Arbeiter und Angestellte*			
						Abhängig Beschäftigte			
	Privater Sektor							*Öffentlicher Dienst*	

* Einschließlich mithelfender Familienangehöriger; als Teilversorgung, ergänzt durch betriebliche Maßnahmen (Altenteil).

** Teilweise auch für abhängig Beschäftigte der jeweiligen Branche.

*** Einschließlich Richter und Berufssoldaten.

Quelle: Schmähl 1986a: 686, mit Änderungen.

Dies wird zusätzlich dadurch verdeutlicht, dass Personen – u. a. je nach Art ihrer Erwerbstätigkeit – von unterschiedlichen Alterssicherungssystemen „erfasst werden" bzw. in bestimmten Formen für das Alter vorgesorgt haben. Deutschland verfügt über ein vielgestaltiges und vielschichtiges Alterssicherungssystem, wie aus Übersicht 5-3 hervorgeht. Dabei ist zu beachten, dass im Lebensablauf auch ein Wechsel zwischen verschiedenen Formen der Alterssicherung erfolgen kann (z. B. vom Angestellten- in den Beamtenstatus, aus selbstständiger Tätigkeit in unselbstständige oder ungekehrt). Somit setzen sich Einkünfte im Alter vielfach auch aus unterschiedlichen Einkunftsquellen aus Einkünften verschiedener Alterssicherungssysteme zusammen.[38]

5.2.2 Vermögensarten und deren Determinanten

Zur Kategorisierung der Vermögensarten gibt es zahlreiche Möglichkeiten[39]. Aus individueller bzw. haushaltsspezifischer Sicht ist insbesondere die funktionale Gliederung der Vermögensbestände (nach Vermögensarten) von Interesse. Hierbei wird das Gesamtvermögen üblicherweise in drei Vermögensarten untergliedert: in Geldvermögen (Finanzvermögen), Sachvermögen und Arbeitsvermögen (Humanvermögen/human capital). Während theoretische Erörterungen alle drei Arten berücksichtigen, beschränken sich die empirischen Analysen in der Regel auf die beiden erstgenannten (materiellen) Vermögensbestände und lassen das Humanvermögen, vor allem aufgrund der Bewertungsschwierigkeiten, außer Acht[40]. Da die materiellen Ressourcen im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen, konzentrieren sich die folgenden Anmerkungen auch auf die materiellen Vermögen.

In der Literatur wird eine Vielzahl an Einflussfaktoren zur Erklärung von Höhe und Entwicklung des Vermögensbestandes genannt. Diese Determinanten der Vermögensarten lassen sich zu zwei Gruppen zusammenfassen[41]: Zur ersten Gruppe werden objektive, messbare Faktoren gerechnet, die die Sparfähigkeit bedingen. Die zweite Gruppe umfasst eher als subjektiv zu bezeichnende Faktoren wie Präferenzen, Werthaltungen etc., die zur Charakterisierung der Sparbereitschaft verwendet werden.

Hinsichtlich der Faktoren, die die Sparfähigkeit determinieren, geht es im Prinzip um solche, die auch die Einkommenslage im Alter beeinflussen und in Übersicht 5-1 aufgeführt wurden. Der Grund liegt in der Interdependenz zwischen Einkommen und Vermögen: So, wie der Vermögensbestand die Einkommenslage im Alter beeinflusst – zum einen durch Einkünfte aus Vermögen, zum anderen durch Vermögensauflösung –, so wird auch die Vermögenssituation von der Einkommenslage der Haushalte beeinflusst[42]. Hinzu tritt der Transfer von Vermögen vor allem in Form von Schenkungen oder Erbschaften.

Auf einen wichtigen Aspekt sei hingewiesen: Ceteris paribus ist die Vermögensbildung um so leichter, je höher der Vermögensbestand bereits ist, da zum weiteren Vermögensaufbau auch Vermögenseinkünfte genutzt werden können.[43]

Sparprozesse vollziehen sich in der Zeit. Das bedeutet auch, dass sich Vermögensbestände bei gegebener (Perioden-) Ersparnis im Zeitablauf bzw. Lebensverlauf allmählich aufbauen. Dadurch wird unmittelbar verständlich, dass (ceteris paribus) Vermögensbestände im höheren Erwachsenenalter besonders hoch werden.

Empirische Auswertungen kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass das verfügbare Einkommen der wichtigste Faktor für die Vermögensbildung ist[44]. Die Aussagen hinsichtlich der Auswirkungen von Erbschaften auf die Vermögen ist demgegenüber nicht eindeutig, obwohl in der politischen Diskussion häufig auf die Erbschaften als zentrales Moment für die Vermögenssituation von Haushalten hingewiesen wird. Von besonderer Relevanz hierfür sind die Anzahl der Kinder sowie die steuerlichen Regelungen.

Ergänzend zu den in Übersicht 5-1 aufgeführten Einflussfaktoren sind allerdings spezifische Aspekte zu berücksichtigen, die insbesondere die zweite Determinantengruppe, Faktoren, die die Sparbereitschaft beeinflussen, betreffen[45]. So hat Claupein, herausgearbeitet, dass die Einstellungen privater Haushalte hinsichtlich Vermögensverzehr, -erhaltung und -vermehrung mit zu den wesentlichen Determinanten der Vermögensverteilung zählen. Diese Werthaltungen werden überlagert bzw. ergänzt durch gesellschaftlich-strukturelle Prozesse.

Daneben werden die Sparziele als Motiv für die Vermögensbildung als bedeutsam angesehen. Hierbei wird in der Literatur zwischen dem Vorsorgesparen, dem Zwecksparen und dem so genannten Residualsparen unterschieden. Allerdings sind die Grenzen zwischen den drei Sparzielen fließend, d. h. eine eindeutige Zuordnung des Sparvorganges zu einem der Ziele ist nicht immer möglich. So kann beispielsweise der Sparvorgang zum Erwerb von Immobilienvermögen zur Selbstnutzung sowohl dem Zwecksparen – das Ziel ist der Erwerb – als auch dem

[38] Die Kumulation insbesondere von Sozialleistungen ist in der Vergangenheit u. a. von der Transfer-Enquête-Kommission der Bundesregierung in ihren beiden Berichten (1979 u. 1981) untersucht und diskutiert worden. Einkommensvergleiche u. a. zwischen ehemalig unselbstständig Beschäftigten im Privat- und öffentlichen Sektor und Selbstständigen werfen erhebliche methodische und empirische Probleme auf, die hier nicht erörtert werden können. Vgl. hierzu Schmähl 1981.

[39] Siehe z. B. Claupein, (1990: 61 ff.), Fachinger, (1999: 7 ff.), Schlomann, (1992: 25 ff.), oder Thiele (1998: 24 ff.).

[40] Es fehlt dennoch nicht an Versuchen, Aussagen über die Höhe und die Verteilung des Humanvermögens zu treffen. Im Fünften Familienbericht wird beispielsweise darauf hingewiesen, dass sich allein der Beitrag der Familien zu einer Bildung des Arbeitsvermögens auf etwa 15,286 Billionen DM im Jahr 1990 beläuft; Senioren, , S. 145.

[41] Siehe hierzu für einen ausführlicheren Überblick auch Thiele (1998), S. 105 ff.

[42] Siehe hierzu ausführlich Fachinger, (1998). Humankapital (im weiten Sinne verstanden) gilt als die zentrale Determinante der Einkommenserzielung.

[43] Dieser Prozess wird als „Selbstalimentation" bezeichnet. Siehe ausführlich hierzu Frietsch, (1991: 125 ff.)

[44] Siehe für einen ausführlichen Literaturüberblick z. B. Schlomann, (1992).

[45] Siehe zu den folgenden Ausführungen Fachinger (1999).

Vorsorgesparen – Absicherung der materiellen Situation im Alter – zugerechnet werden.

Nicht außer Acht gelassen werden sollten auch die Wertänderungen der Vermögensbestände. Diese treten beispielsweise infolge inflationärer Prozesse auf, die zu Wertänderungen der Geldvermögen führen. Ein anderes Beispiel sind die Wertänderungen z. B. von Aktien durch Kurssteigerungen[46], die – zumindest in den vergangenen Jahrzehnten – im Durchschnitt zu positiven Vermögensänderungen geführt haben.

Da Vermögen bisher von der Mehrzahl der Haushalte auch in der Altersphase nicht abgebaut werden, kommt weiterhin

- der Haushaltsstruktur – hierzu gehören Faktoren wie die Form des Zusammenlebens, die Form der Erwerbstätigkeit oder der Grad der Selbstständigkeit der Haushaltsmitglieder –,
- der Haushaltszusammensetzung nach Alter und Geschlecht sowie
- den dem Haushalt zur Verfügung stehenden Ressourcen, die von der Anzahl der Haushaltsmitglieder, Anzahl der Erwerbstätigen etc. mit abhängen,

Bedeutung bei der Akkumulation von Vermögen zu. Hier ist hinsichtlich der zukünftigen Entwicklung der Vermögensverteilung vor allem wichtig, inwieweit die Haushalte im Zeitablauf stabil sind.

Darüber hinaus gibt es eine weitere Vermögensart, die gerade im Zusammenhang mit der Situation im Alter von großer Bedeutung, aber in konventionellen Vermögensberechnungen nicht auftaucht: das „Versorgungs- oder Rentenvermögen". Es umfasst die Akkumulation individueller Renten- und Pensionsansprüche in solchen (Alterssicherungs-) Systemen, in denen selbst keine Vermögensansammlung erfolgt, die also im Umlageverfahren finanziert werden[47]. Für den einzelnen Beitragszahler stellt jedoch auch ein einem Alterssicherungssystem, in dem die (spätere) Rentenleistung eng (zumindest relativ) mit dem früheren Versicherungsbeitrag verbunden ist, dieser Vorsorgebeitrag eine Form der Ersparnisbildung dar. Die hieraus akkumulierte Summe ergibt gleichfalls einen Vermögensbestand, der Ansprüche an künftiges Sozialprodukt bzw. Einkommen darstellt[48] und für viele Bürger von geradezu dominierender Bedeutung für ihre finanzielle Situation im Alter ist.

[46] So geht die Deutsche Bundesbank beispielsweise davon aus, dass etwa 20 Prozent der Vermögenssteigerung in den 90er-Jahren auf Wertsteigerungen einzelner Vermögensbestände zurückzuführen sind. Seit 1990 haben sich beispielsweise die Notierungen der Aktien, gemessen am DAX-Index, verdreifacht; siehe Deutsche Bundesbank (1999), S. 45.

[47] Siehe hierzu u. a. Hober (1981), Thiele (1998). Dagegen werden in den üblichen Vermögens(verteilungs)rechnungen z. B. Ansprüche auf künftige Leistungen aus Lebensversicherungen berücksichtigt.

[48] Bei den nachfolgenden empirischen Angaben werden die hieraus fließenden verrenteten periodenbezogenen Einkünfte (Rente, Pensionen) berücksichtigt und nicht explizit auf die Höhe des Vermögensbestandes eingegangen.

5.3 Zur Einkommenslage im Alter in den Neunzigerjahren – Unterschiede und Entwicklungslinien

Zuerst wird ein Überblick über die Einkommen insgesamt gegeben[49]. Dabei wird Unterschieden zwischen West- und Ostdeutschland und zwischen verschiedenen Haushaltstypen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Anschließend werden Angaben über einzelne Einkunftsarten gegeben, durch die maßgeblich die Einkommenslage im Alter bestimmt wird.

5.3.1 Haushaltseinkommen

Insbesondere die tief greifenden Einschnitte auf dem Arbeitsmarkt und im Erwerbsleben, die Anfang der Neunzigerjahre vor allem im Beitrittsgebiet zu verzeichnen waren (man denke an die massive Frühverrentung, siehe dazu Kapitel 4), haben Spuren in der Einkommensverteilung hinterlassen, aber auch die abgaben- und vor allem leistungsrechtlichen Veränderungen. Zwar wird in diesem Kapitel die Einkommenssituation in Ostdeutschland nicht mit der Lage in der DDR verglichen, doch haben die Bedingungen, die in der DDR herrschten, Auswirkungen auf die Unterschiede in der Einkommenssituation zwischen Ost- und Westdeutschland nach der Vereinigung im Jahr 1990.

Tabelle 5-1 verdeutlicht für das Jahr 1992 bereits am Beispiel der durchschnittlichen Nettoeinkommen von Personen im Alter von 55 und mehr Jahren, signifikante Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland sowie zwischen Männern und Frauen. In Westdeutschland sind die durchschnittlichen Nettoeinkommen im Vergleich zu Ostdeutschland höher, aber auch stärker ungleich verteilt.

Die Absolutbeträge der Durchschnittseinkommen liegen für alle in Tabelle 5-1 unterschiedenen Familienstandstypen durchweg in Westdeutschland über denen in Ostdeutschland. Um die unterschiedliche Haushaltsgröße beim Vergleich von Verheirateten und Alleinstehenden zu berücksichtigen, wurde das Durchschnittseinkommen der Verheirateten mit dem Faktor 1,7 gewichtet (gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen).

Die beiden hier verwendeten Ungleichheitsmaße (Variationskoeffizient und Ginikoeffizient)[50] sind durchweg in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland. Betrachtet

[49] Vgl. zum allgemeinen Überblick auch Ruland und Faik (1999).

[50] Der Variationskoeffizient berechnet sich allgemein aus der Division des arithmetischen Mittelwertes $\bar{x} = \sum_{i=1}^{n} x_i$ durch die Standardabweichung $s = +\sqrt{\sum_{i=1}^{n} [x_i - \bar{x}]^2}$, mit i = Anzahl der Personen und x = Einkommen.

Zur Berechnung des Ginikoeffizienten wurde die Boldrini-Näherung verwendet; siehe z. B. Pietsch (1975: 43).

Tabelle 5-1: Durchschnittseinkommen sowie Variations- und Ginikoeffizient der Nettoeinkommen bis unter 10 000 DM – 1992 –

Familienstand		Durchschnittseinkommen West	Durchschnittseinkommen Ost	Variationskoeffizient West	Variationskoeffizient Ost	Ginikoeffizient West	Ginikoeffizient Ost
Frauen							
alle		2.743	1.698	0,62	0,41	0,32	0,22
verheiratet	absolut	3.662	2.327	0,51	0,35	0,27	0,16
	gewichtet	2.154	1.369				
verwitwet		1.997	1.316	0,51	0,26	0,24	0,16
geschieden / getrennt lebend		1.895	1.092	0,55	0,28	0,28	0,16
ledig		2.080	1.175	0,63	0,31	0,32	0,16
Männer							
alle		3.625	2.227	0,53	0,42	0,29	0,21
verheiratet	absolut	3.865	2.399	0,52	0,36	0,32	0,17
	gewichtet	2.274	1.411				
verwitwet		2.624	1.397	0,53	0,27	0,26	0,15
geschieden / getrennt lebend		2.323	1.357	0,50	0,36	0,31	0,22
ledig		2.572	1.252	0,61	0,43	0,31	0,23

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 3, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149, B-150, B-236 und B-237.

man die jeweils vergleichbaren Familienstandstypen für Männer und Frauen, so zeigt sich bei den durchschnittlichen Nettoeinkommen von Männern – gemessen am Ginikoeffizienten – eine stärkere Ungleichverteilung als bei Frauen.

Hinter den Nettoeinkommen verbergen sich nicht nur Unterschiede in den Bruttoeinkommen, sondern auch unterschiedliche Abgabenbelastungen. Diese sind in Westdeutschland deutlich höher als in Ostdeutschland. Das wird in Tabelle 5-2 anhand der Relation von Netto- zu Bruttoeinkommen erkennbar: Die Bruttoeinkommen werden im Westen relativ mehr von direkten Abgaben (Lohn- und Einkommensteuer sowie Arbeitnehmerbeiträge zu den verschiedenen Sozialversicherungszweigen) belastet. Dazu trägt (bei progressiver Lohn- und Einkommensteuerbelastung) auch das höhere Einkommensniveau im Westen bei.

Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Familienständen sind maßgeblich durch steuerliche Regelungen geprägt einschließlich des erwähnten Progressionseffektes bei höheren Einkommen. Letzteres erklärt auch die vergleichsweise geringe Abgabenbelastung der Verwitweten im Vergleich zu den anderen Familienständen wie auch von Frauen im Vergleich zu Männern.

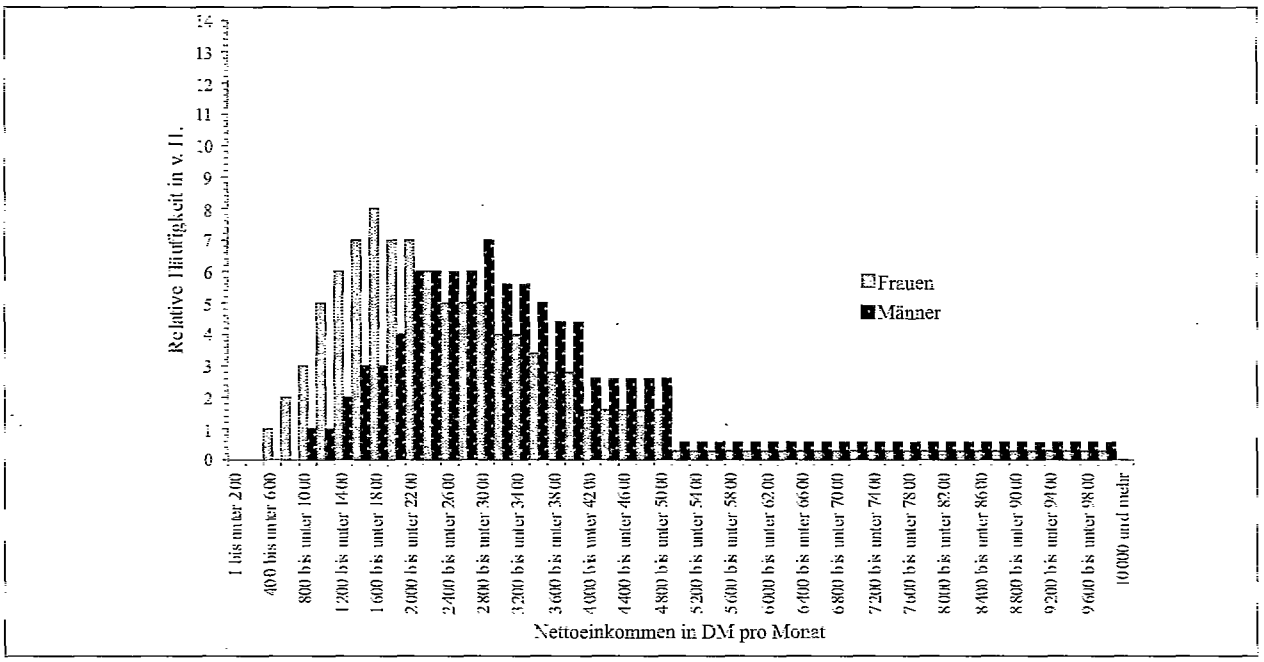
Wie bereits durch die beiden Ungleichheitsmaße angedeutet wurde, verbergen sich hinter solchen Durchschnittsangaben (wie in Tabelle 5-1 und 5-2) höchst unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen (Schichtungen).

Tabelle 5-2: Verhältnis von Netto- zu Bruttoeinkommen 1992, alle Einkommensklassen

Familienstand	Netto in % Brutto West	Netto in % Brutto Ost	Differenz der Spaltenwerte
Frauen	(2)	(3)	(3) - (2)
alle	85,3	92,8	7,5
verheiratet	83,1	92,1	9,1
verwitwet	90,8	94,1	3,3
geschieden bzw. getrennt lebend	84,1	92,3	8,2
ledig	82,9	92,8	9,8
Männer			
alle	80,2	89,8	9,6
verheiratet	80,0	89,5	9,5
verwitwet	86,7	93,9	7,2
geschieden bzw. getrennt lebend	75,1	89,2	14,1
ledig	78,9	88,0	9,1

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 4, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-144, B-145, B-149, B-150, B-233, B-234, B-236 und B-237, sowie eigene Berechnungen.

Abbildung 5-1: Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Westdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)

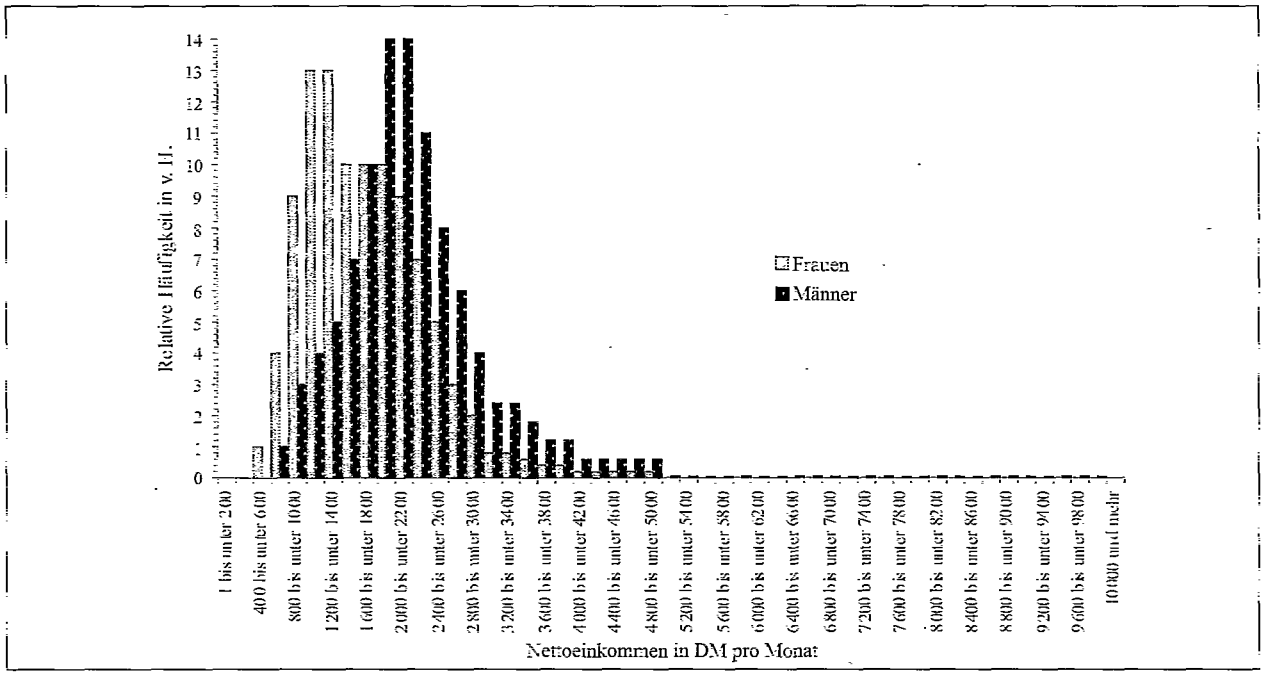


Quelle: Fachinger 1999, Abb. 3, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149 und B-150.

Dies ist aus den Abbildungen 5-1 und 5-2 für Nettoeinkommen von Frauen und Männern in West- bzw. Ostdeutschland zu erkennen.

Das Einkommensspektrum in Ostdeutschland war 1992 weitaus schmaler als in Westdeutschland.

Abbildung 5-2: Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Ostdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)



Quelle: Fachinger 1999, Abb. 4, basierend auf Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-236 und B-237.

Für die ostdeutschen Haushalte älterer Menschen spielte die gesetzliche Rentenversicherung als Einkommensquelle eine weitaus größere Rolle als in Westdeutschland, gab es doch in der DDR keine nennenswerte betriebliche Alterssicherung und auch die private Vorsorge für das Alter besaß eine höchst untergeordnete Rolle. Angesichts der Arbeitsmarktlage in Ostdeutschland fielen auch Erwerbseinkünfte von Älteren und insbesondere auch Rentnern als Einkunftsquelle weitgehend aus. In Abbildung 5-3 wird die unterschiedliche Einkommensstruktur nach Einkunftsarten für 2-Personen-Rentnerhaushalte am Beispiel des Jahres 1993 verdeutlicht.

Die Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) sind – im Durchschnitt – die bei weitem wichtigste Einkunftsquelle in West- wie Ostdeutschland. Deshalb wird nachfolgend näher auf diese Einkunftsart eingegangen. Deutlich ist in Abbildung 5-3 zu erkennen, dass die GRV-Renten im Budget ostdeutscher Haushalte eine signifikant größere Bedeutung besitzen. Veränderungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung berühren folglich im Durchschnitt ostdeutsche Haushalte (relativ) stärker als westdeutsche Haushalte.

Angesichts der höheren Erwerbsbeteiligung von Frauen treffen allerdings in ostdeutschen Haushalten häufiger als in westdeutschen Haushalten älterer Menschen zwei Versichertenrenten der beiden Ehepartner zusammen. Neben dem weitgehenden Fehlen ergänzender und zusätzlicher Formen der Alterssicherung in DDR-Zeiten wie auch von Beamtenpensionen erklärt dies mit das deutlich stärkere Gewicht von GRV-Renten in ostdeutschen Haushaltsbudgets.

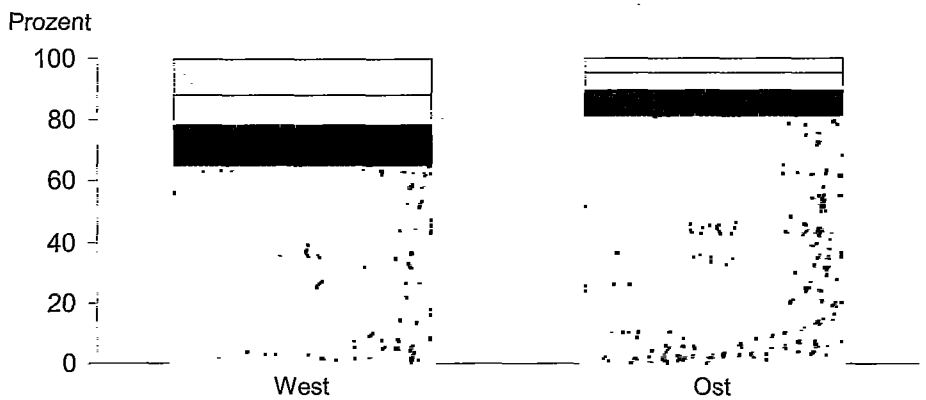
5.3.2 Renten der gesetzlichen Rentenversicherung

Am Beispiel der GRV-Renten, die zum Jahresende 1992 gezahlte werden, wird in den Abbildungen 5-4 und 5-5 auf Unterschiede zwischen Männern und Frauen in West- bzw. Ostdeutschland hingewiesen. Für Ostrenten war inzwischen die Umstellung auf das westdeutsche Leistungsrecht erfolgt, und zwar unter Berücksichtigung von beträchtlichen Rentenanpassungen, die sich an der ostdeutschen Nettolohnentwicklung orientierten. Aber auch Sondertatbestände, die sich u. a. in so genannten Auffüllbeträgen vor allem zugunsten von Frauen niederschlugen, prägen die ostdeutsche Rentenstruktur[51].

Die Daten zeigen in Westdeutschland erhebliche Unterschiede in der Höhe der Renten für Männer und Frauen. Diese Unterschiede sind in Ostdeutschland nicht so ausgeprägt. Insgesamt ist auch bei den Renten die Verteilung in Ostdeutschland weniger heterogen. Dies ist folglich angesichts der Dominanz der GRV-Renten für die Einkommenslage in Ostdeutschland auch ein maßgeblicher Grund für die geringere Heterogenität der ostdeutschen Einkommen insgesamt.

[51] Mit der Einführung der D-Mark in der noch bestehenden DDR wurde zugleich eine Umstellung der DDR-Renten auf das westdeutsche Rentenrecht vorgenommen. Dieser komplexe Prozess kann hier nicht nachgezeichnet werden. Näheres zur Umstrukturierung der DDR-Renten und den unterschiedlichen rentenrechtlichen Konzeptionen in den beiden deutschen Teilstaaten bei Schmähl (1991), und Maydell et al. (1996: 369 ff.) mit weiteren Verweisen sowie Hauser et al. (1996: 81-87).

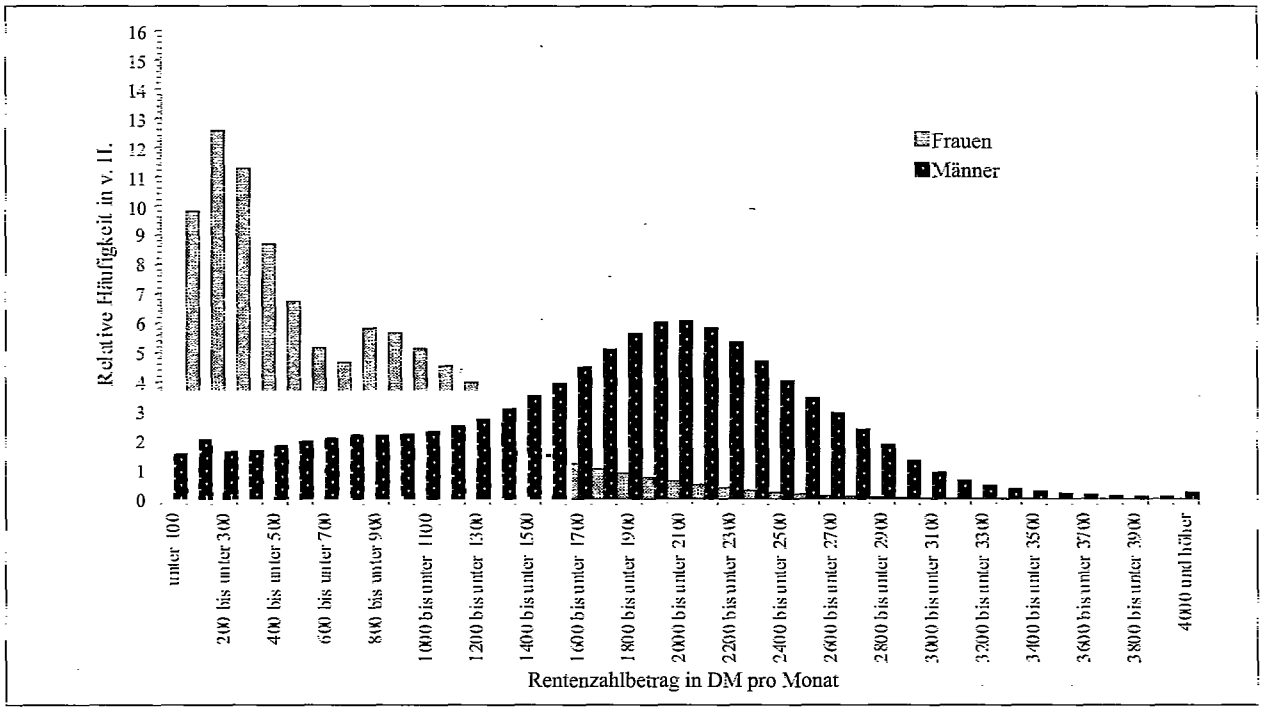
Abbildung 5-3: Einkommensstruktur nach Einkunftsarten bei 2-Personen-Rentner-Haushalten, 1993



Bruttoeinkommen*	West	Ost
☐ Vermögenseinkünfte	11.7	4.5
☐ Erwerbseinkünfte	9.9	5.5
■ sonstige Transferzahlungen	12.9	8.6
▩ GRV	65.2	81.3

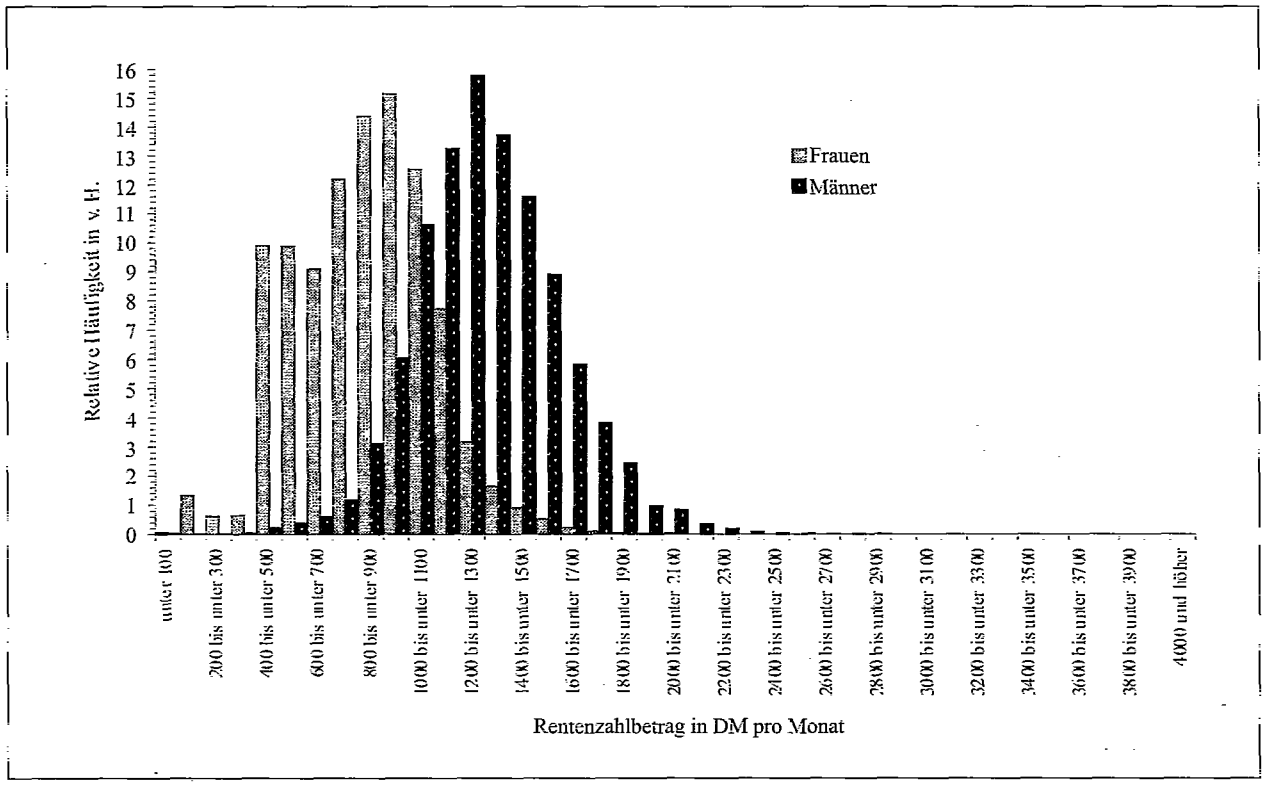
* ohne zugerechnete Mieterträge von Eigentumswohnungen
Quelle: EVS 1993

Abbildung 5-4: Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Westdeutschland



Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 144.

Abbildung 5-5: Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Ostdeutschland



Quelle: Verband deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 200.

Dass die Unterschiede zwischen Männer- und Frauenrenten in Ostdeutschland weitaus weniger ausgeprägt sind als in Westdeutschland ist eine Folge der unterschiedlichen Erwerbsbiografien von Frauen, also der höheren Erwerbsbeteiligung ostdeutscher Frauen. Der Blick auf die Höhe der durchschnittlichen monatlichen Rentenzahlbeträge (Altersrenten) unterstreicht dies; siehe Tabelle 5-3. Hierbei ist zu beachten, dass die Renten in West- und Ostdeutschland auf einem unterschiedlich hohen „aktuellen Rentenwert" basieren, der an den unterschiedlichen Lohnniveaus der beiden Teilbereiche orientiert ist.

Die Berechnung der Renten basiert vor allem auf der im Erwerbsleben erreichten relativen Lohnposition (den so genannten Entgeltpunkten, definiert als jeweiliger individueller Bruttolohn zum durchschnittlichen Bruttolohn in den einzelnen Jahren der Erwerbstätigkeit)[52] sowie dem so genannten „aktuellen Rentenwert", der den DM-Betrag für einen Entgeltpunkt (im Monat) angibt. Ende 1992 lag der ostdeutsche aktuelle Rentenwert bei 62,3 Prozent des westdeutschen. Dennoch übertrafen bereits zu diesem Zeitpunkt ostdeutsche Frauenrenten im Durchschnitt die in Westdeutschland an Frauen gezahlten Altersrenten. Bei den Männerrenten lagen die Durchschnittsbeträge in Westdeutschland noch um ein Drittel über den in Ostdeutschland gezahlten Beträgen. Wären allerdings zu diesem Zeitpunkt die „aktuellen Rentenwerte" gleich hoch gewesen, so hätten die ostdeutschen Männerrenten (mit durchschnittlich 2103 DM) die westdeutschen Durchschnittsrenten um rund 20 Prozent übertroffen.

Die Integration ostdeutscher Rentner in das westdeutsche Rentenversicherungssystem im Juli 1990 führte zu einer beträchtlichen Verbesserung der Einkommenslage, vor allem für diejenigen, deren Rentenbeginn schon mehrere Jahre zurücklag. Der Grund war, dass in dem statisch konzipierten ostdeutschen System – in dem nur in größeren Abständen Ad-hoc-Anpassungen der Rentenhöhe erfolgten – selbst bei vergleichbarer Erwerbsbiografie eine große Kluft in der Rentenhöhe bestand, je nach dem Kalenderjahr, in dem die Rente erstmals bezogen wurde.

[52] Hinzu treten auf weiteren Tatbeständen basierende Rentenansprüche.

Diese Unterschiede wurden beseitigt und zugleich eine Anhebung der Renten in der DDR zum Zeitpunkt der Einführung der D-Mark am 1. Juli 1990 durchgeführt. Vor allem erfolgte nun auch eine zunächst im halbjährigen Abstand durchgeführte Anpassung der Renten auf der Basis der Entwicklung des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts in Ostdeutschland, das hohe Zuwachsraten aufwies.

Im Laufe der Zeit hat sich für vergleichbare Rentenfälle (bei einer gleichen Zahl an Entgeltpunkten) eine beträchtliche Angleichung der Rentenhöhe vollzogen. Dies wird aus Abbildung 5-6 unmittelbar deutlich: Lag bei gleicher Zahl an Entgeltpunkten die ostdeutsche Rente zum Zeitpunkt der Einführung der D-Mark im Juni 1990 bei 40,3 Prozent der Westrente, so hat sich bis Juli 1999 der Abstand mehr als halbiert: Die Ostrente betrug nun 86,7 Prozent der vergleichbaren Westrente.

Der Angleichungsprozess, der in Abbildung 5-6 dargestellt ist, beruht allein auf der unterschiedlichen Entwicklung der durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelte in Ost- und Westdeutschland (da eine identische Zahl von Entgeltpunkten unterstellt ist). Berücksichtigt man darüber hinaus die aus den jeweiligen Erwerbsbiografien (und den sozialrechtlichen Bestimmungen) resultierenden tatsächlichen Rentenzahlbeträge, so liegen im Durchschnitt die Männer-Renten (Altersruhegelder und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit) bereits seit Mitte 1997, die der Frauen seit Anfang 1991 über den entsprechenden Renten, die in Westdeutschland gezahlt werden; vgl. hierzu Tabelle 5-4.

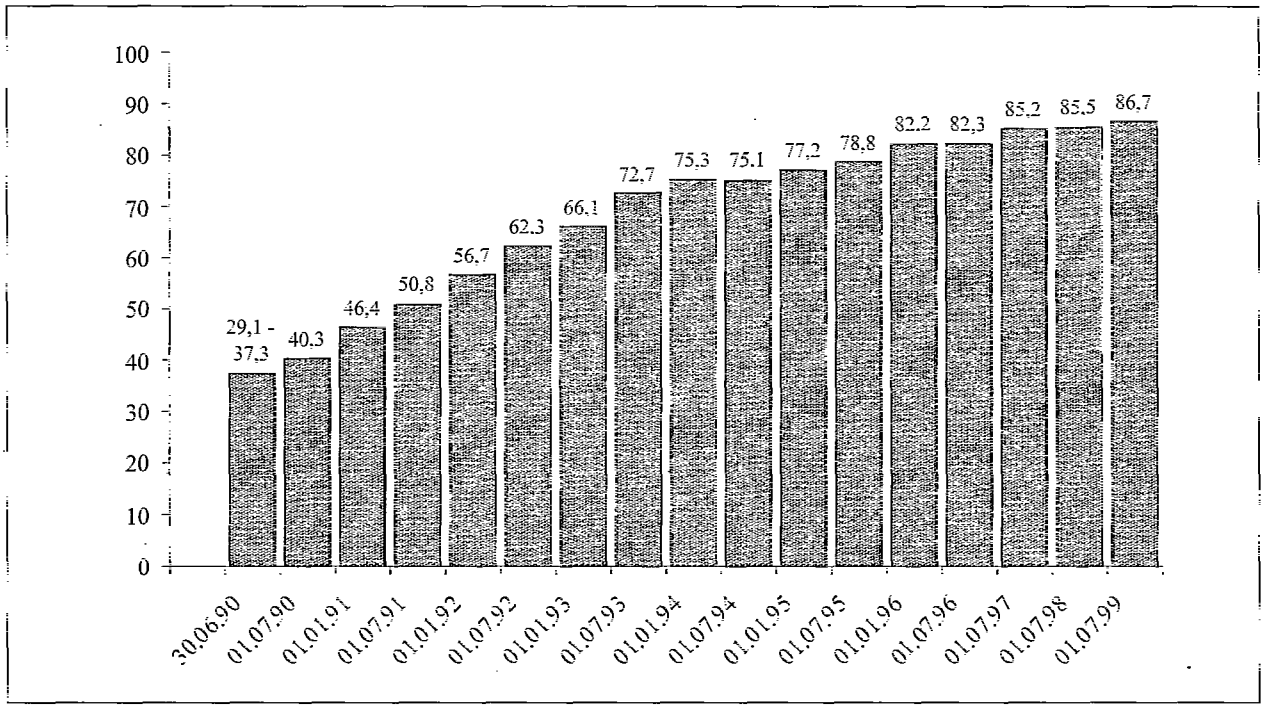
Insbesondere mit Blick auf die weitere Entwicklung der Renten in West- und Ostdeutschland ist zu unterscheiden zwischen denjenigen, die sich bereits im Rentenalter befinden und deren Renten im Zuge der Dynamisierung angehoben und dem westdeutschen generellen Leistungsniveau weiter angeglichen wurden und – was insbesondere für die Zukunft bedeutsam wird – den neu zugehenden Rentnern, die zumindest gegen Ende ihrer Erwerbsphase tief greifenden Veränderungen in ihrem Erwerbsleben ausgesetzt waren, auch wenn dies durch spezifische sozialpolitische Regelungen im Hinblick auf die Alterseinkünfte zum erheblichen Teil abgefedert wird (durch Berücksichtigung von Phasen mit Leistungsbezug der

Tabelle 5-3: Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbetrag von Altersrenten zum 31. Dezember 1992 sowie Angaben zu dessen Streuung

	Durchschnittswert	Relation West / Ost	Variationskoeffizient	Ginikoeffizient	Aktueller Rentenwert
Frauen					2. Halbjahr 1992
West	718	86,3	0,72	0,39	42,63
Ost	832		0,32	0,18	26,57
Männer					
West	1.744	133,0	0,48	0,26	
Ost	1.311		0,22	0,12	

Quelle: Fachinger 1999. Berechnungen auf der Grundlage von Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1994a: 144 und S. 200.

Abbildung 5-6: Vergleich der verfügbaren Eckrenten in den alten und neuen Bundesländern seit 1990



GIT = Gastrointestinaltrakt; UGT = Urogenitaltrakt

Bundesanstalt für Arbeit – Vorruhestand, Arbeitslosigkeit – bei der Rentenberechnung)[53].

Hinsichtlich des Angleichungsprozesses zwischen Ost- und Westdeutschland im Gesamtbereich der Alterssicherung ist zu beachten, dass kapitalfundierte, auf vorheriger Ersparnisbildung beruhende Formen der Alterssicherung (seien sie betrieblicher oder individuell zusätzlicher Art) stets längere Ansparphasen benötigen, bevor sie von

[53] Ein Überblick über die regelmäßige spezifische Berichterstattung über Ostdeutschland – vor allem auch zur Einschätzung der Lage – findet sich in Winkler (1999).

Tabelle 5-4: Entwicklung der Angleichung der verfügbaren laufenden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters der neuen Bundesländer an die in den alten Bundesländern seit 1990

Stichtag	Verhältniswert der verfügbaren Renten in den neuen zu den in den alten Bundesländern	
	Frauen	Männer
30.6.1990	67,8	37,9
1.7.1990	79,6	47,4
1.1.1991	94,2	55,9
1.7.1991	103,4	60.6
1.1.1992	110,3	70,0
1.7.1992	113,5	73,4
1.1.1993	118,2	76.6
1.7.1993	125,2	83,8
1.1.1994	129,5	87,7
1.7.1994	128,2	88,5
1.1.1995	130,2	90,4
1.7.1995	133,0	93,7
1.1.1996	136,3	98,2
1.7.1996	134.4	98,1
1.7.1997	135,4	101,2
1.7.1998	134,6	102,4
1.7.1999	134,7	103,3

Quelle: Rentenversicherungsbericht 1999, Übersicht A 12. 1999 BMA, vorläufige Werte (Stand 28.9.1999)

quantitativer Bedeutung für die Alterseinkommen werden. Die Unterschiede zwischen Ost und West hinsichtlich der Struktur der Einkunftsquellen werden sich folglich erst allmählich und dann für Kohorten in unterschiedlichem Ausmaß verändern.

5.4 Heterogenität der Einkommenslage in Westdeutschland

Sowohl die ergänzenden Formen der Alterssicherung – betriebliche Alterssicherung im öffentlichen und privaten Sektor – als auch die zusätzliche private Vorsorge besaß und besitzt – wie erwähnt – in Westdeutschland beträchtlich größere Bedeutung als in Ostdeutschland. In Westdeutschland kommt es vielfach zu einer Kumulation solcher Einkunftsarten in Haushalten älterer Menschen mit GRV-Renten.

Die auf freiwilligen Entscheidungen beruhenden betrieblichen Alterssicherungseinrichtungen der Privatwirtschaft haben einen unterschiedlichen Deckungsgrad je nach Betriebsgröße und Wirtschaftszweig. Dies hat auch Folgen für die geschlechtsspezifische Verteilung von Betriebsrenten. Dies ist aus Tabelle 5-5 für das Jahr 1995 deutlich zu erkennen.

Insgesamt erhielten 1995 knapp 50 Prozent aller männlichen Bezieher einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung zusätzlich eine Betriebsrente, während es bei Frauen nur 13 Prozent waren. Der Verbreitungsgrad der Betriebsrenten für Arbeiter und Angestellte im öffentlichen Sektor ist allerdings deutlich höher, nahezu flächendeckend, da hier die Zusatzrenten auf kollektivvertraglichen Regelungen basieren.

Bemerkenswert ist, dass die Kumulation von GRV-Renten und Betriebsrenten zu einer größeren Ungleichverteilung von Alterseinkünften beiträgt, da tendenziell höhere Betriebsrenten von denjenigen GRV-Rentenbeziehern empfangen werden, die auch über höhere Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung verfügen. Hierfür gibt es verschiedene Gründe, so die im Durchschnitt oft höheren Löhne in Großunternehmen (was zum Teil auch mit der Qualifikationsstruktur zusammenhängt), wie auch die Tatsache, dass für Personen, deren Arbeitsentgelt über der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung liegt (und die folglich für diese Lohnbestandteile keine Sozialbeiträge abführen, aber hierfür auch keine Rentenansprüche erwerben) vielfach ein Ausgleich über die Zuerkennung von Betriebsrentenansprüchen (als aufgeschobene Lohnbestandteile) erfolgt, um den Abstand der Renten vom früheren Arbeitsentgelt nicht zu groß werden zu lassen.

5.5 Armut im Alter

Die Leistungsfähigkeit eines Alterssicherungssystems wird grundsätzlich auch daran gemessen, wie gut die angestrebten Ziele realisiert werden. Für das Alterssicherungssystem in Deutschland gilt, dass durch die Versicherungspflicht präventiv auch einem Eintreten von materieller Armut im Alter entgegen gewirkt werden soll, neben dem – zumindest für die GRV und die Beamtenversorgung im Vordergrund stehenden – Ziel, eine Verstetigung

Tabelle 5-5: Alterssicherung von Beschäftigten in der Privatwirtschaft 1995[1] – Westdeutschland –

	Männer		Frauen	
	GRV-Rente[2] in Tsd.	Betriebsrente[3] in %	GRV-Rente[2] in Tsd.	Betriebsrente[3] in %
insgesamt	2746	48	3546	13
nach Beschäftigtengrößenklassen von ... bis unter ... Beschäftigten				
1 bis 9	195	8	949	2
10 bis 99	592	22	787	5
100 bis 499	479	42	528	19
500 bis 999	265	57	194	34
1000 bis 9999	593	70	313	43
10000 und mehr	424	82	129	50
nach Wirtschaftsbereichen				
Handwerk	250	13	340	4
Handel	202	35	739	12
Baugewerbe	383	39	53	17
Industrie / Energiewirtschaft	1405	66	1131	23
Banken / Versicherungen	81	70	115	32
Land- / Forstwirtschaft	75	14	214	2
Bergbau	164	8	22	22
Sonstige / Keine Angabe	186	27	932	4

[1] Basis: Bezieher einer eigenen GRV-Rente, die zuletzt Arbeitnehmer in der Privatwirtschaft waren, Männer und Frauen ab 60 Jahren.
[2] Anzahl der Rentenfälle.
[3] Anteil der Bezieher einer GRV-Rente, die zugleich eine Betriebsrente erhalten.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998a: 123 f.

der Einkommensentwicklung beim Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand zu erreichen und einer Teilnahme von Rentnern und Pensionären am Einkommensfortschritt während der immer länger werdenden Phase des „Ruhestandes".

Es ist auch für die Akzeptanz eines Pflichtsicherungssystems, das eine verhältnismäßig hohe Beitragsbelastung der Arbeitseinkommen mit sich bringt, wichtig, inwieweit es in der Lage ist, die an das System gestellten Erwartungen der Beitragszahler zu erfüllen. Aus diesem Grunde wurde in der öffentlichen Diskussion über die Reduzierung des Leistungsniveaus in der gesetzlichen Rentenversicherung immer wieder auf die Gefahr einer Zunahme von Altersarmut, die Verringerung des Abstandes zwischen Renten nach langer Phase der Beitragszahlung und Sozialhilfeleistung, und damit die Gefahr einer dadurch bedingten Reduzierung der Akzeptanz hingewiesen.

Ein grundsätzliches Problem bei Analysen der materiellen Armut stellt die Wahl des Messkonzeptes dar. Hierbei gibt es keine allgemein akzeptierte Vorgehensweise zur Operationalisierung materieller Armut. In der Regel orientiert sich die Messung der Armut an den Daten über die Einkommenssituation. Oftmals wird – insbesondere auch bei international vergleichenden Studien – das Medianeinkommen als Referenzgröße gewählt und ein Bruchteil davon, z. B. die Hälfte des Medianeinkommens, als Armutsgrenze gewählt. Eine andere Vorgehensweise ist, sich an einer so genannten „offiziellen" Armutsgrenze zu orientieren, die bei der Feststellung der Bedürftigkeit und zur Berechtigung von Transferleistungen aus dem sozialen Sicherungssystem verwendet wird. In Deutschland ist dies beispielsweise die Einkommenshöhe, ab der ein Haushalt zum Bezug von Leistungen nach dem BSHG berechtigt ist – ohne diese Sozialhilfezahlungen verbliebe er also nach diesem Verständnis in Armut.

Unabhängig von der absoluten Höhe einer solchen konkreten Einkommensgrenze zeigen die oben herangezogenen Informationen, dass ein nicht unbeträchtlicher Anteil älterer Menschen – vor allem in Westdeutschland lebende allein stehende Frauen – über ein vergleichsweise niedriges Einkommen verfügt: 9,1 Prozent der allein stehenden Frauen und 5,2 Prozent der allein stehenden Männer hatten 1995 ein Nettogesamteinkommen von weniger als 1 000 DM pro Monat. Aus diesen, auf der Basis der ASID '95 ermittelten Prozentzahlen lassen sich allerdings nur sehr eingeschränkt Aussagen über das Lebenshaltungsniveau dieser Personen ableiten, da in diesen Daten nicht der jeweilige Haushaltszusammenhang berücksichtigt worden ist. Dies ist jedoch wesentlich für die Beurteilung der materiellen Situation, ist doch mittlerweile hinlänglich bekannt, dass allein stehend nicht mit alleinlebend gleichgesetzt werden darf. So leben rund 28 Prozent der alleinstehenden Frauen und 33 Prozent der alleinstehenden Männer in einem Mehrpersonenhaushalt[54].

Daten zur Abschätzung der Altersarmut, in denen auch der Haushaltszusammenhang berücksichtigt wird, liefert die Sozialhilfestatistik. Die Armut älterer Menschen war, gemessen anhand der Bezieher von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt, verglichen mit anderen Altersgruppen, für West- und insbesondere für Ostdeutschland relativ niedrig, wie die folgende Tabelle 5-6 aufzeigt.

Wie Tabelle 5-6 entnommen werden kann, sind ältere Personen verglichen mit anderen Altersgruppen unterproportional unter den Beziehern der Hilfe zum Lebensunterhalt

[54] Die Zahlen entstammen der ASID 92.

Tabelle 5-6: Anzahl und Altersstruktur der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1996

Alter	Westdeutschland		Ostdeutschland	
in Jahren	absolut	in %	Absolut	in %
unter 7	395.133	16,58	63.332	20,67
7 bis 14	379.769	15,94	45.483	14,85
15 bis 17	112.873	4,74	14.153	4,62
18 bis 24	205.583	8,63	43.334	14,15
25 bis 29	197.320	8,28	31.161	10,17
30 bis 39	415.523	17,44	52.770	17,23
40 bis 49	247.144	10,37	29.798	9,73
50 bis 59	190.027	7,98	15.444	5,04
60 bis 64	81.365	3,42	4.524	1,48
ab 65	157.745	6,62	6.324	2,06
insgesamt	2.382.482	100,00	306.323	100,00

Quelle: Breuer & Engels 1999. Schaubild 11.

Tabelle 5-7: Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1998, Anzahl sowie Anteil an der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe (in Prozent)

Alter in Jahren	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
unter 7	479054	146127	232927	8,6	8,6	8,6
7 bis 14	461113	136759	224354	6,2	6,2	6,2
15 bis 17	135113	67803	67310	4,9	4,8	5,0
18 bis 20	113296	45720	67576	4,1	3,3	5,1
21 bis 24	162888	57098	105790	4,6	3,1	6,0
25 bis 29	227978	82282	145696	4,1	2,9	5,4
30 bis 39	494541	188143	306398	3,5	2,6	4,5
40 bis 49	313034	142528	170506	2,7	2,4	3,0
50 bis 59	221733	103545	118188	2,2	2,0	2,3
60 bis 64	106383	48237	58146	2,0	1,9	2,1
ab 65	188147	53276	134871	1,4	1,1	1,6
insgesamt	2903280	1271518	1631762	3,5	3,2	3,9

Quelle: Schriftliche Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung auf der Grundlage einer Sonderauswertung der Sozialhilfestatistik.

außerhalb von Einrichtungen vertreten. Aber auch der Anteil der Bezieher der Hilfe zum Lebensunterhalt an der entsprechenden Altersgruppe ist relativ niedrig. Dies zeigt Tabelle 5-7, in der Angaben zusammengefasst sind, die sich auf die Situation zum Jahresende 1997 für Deutschland beziehen.

Tabelle 5-7 zeigt gemessen am Sozialhilfebezug, inwieweit die einzelnen Altersgruppen von Armut betroffen sind. Im Prinzip sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der Empfänger von Sozialhilfe in der jeweiligen Altersgruppe – die Ausnahme bildet die Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen. Von den Personen, die 65 Jahre und älter sind, waren Ende 1998 nur 1,4 Prozent „sozialhilfeabhängig", wobei der Anteil der Frauen mit 1,6 Prozent den der Männer (1,1 %) überstieg. Frauen stellen in dieser Altersgruppe (mit gut 70 %) die bei weitem größte Zahl an Sozialhilfeempfängern.

Dabei bestehen erhebliche Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. Wie der Tabelle 5-8 entnommen werden kann, in der neben den absoluten Zahlen auch die Anteilswerte bezogen auf die jeweilige Altersgruppe angegeben ist, tritt die Sozialhilfeabhängigkeit bei den 65 Jahre und älteren Personen in knapp 95 Prozent aller Fälle in Westdeutschland auf. Auch von der Gruppe der Personen, die sich in der Endphase ihrer Erwerbstätigkeit befinden, den 50- bis 59-Jährigen, sind etwa 91 Prozent aller Personen in Westdeutschland ansässig. Die höheren absoluten Zahlen beruhen allerdings auch auf der größeren jeweiligen Bevölkerungszahl in Westdeutschland. Jedoch ist auch die altersspezifische „Armutsquote" in Westdeutschland (bezogen auf die jeweilige Zahl der Personen in der Altersgruppe in West- bzw. Ostdeutschland) deutlich höher als in Ostdeutschland. „Gemessene" Altersarmut in Ostdeutschland war Ende 1997 verschwindend gering (so bedeutsam sie auch im jeweiligen Einzelfall ist)[55].

Diese Angaben beruhen auf einer „offiziellen" Armutsstatistik, die als „Armutsschwelle" die Einkommensgrenzen nach BSHG verwendet. Aber auch auf der Basis einer alternativen Operationalisierung von Armut ergeben sich vergleichbare Ergebnisse. Verwendet man 50 Prozent des durchschnittlichen Nettoäquivalenzeinkommens als Armutsgrenze[56], so ergibt sich auf der Grundlage der EVS '93, dass bei den westdeutschen Haushalten mit einer Bezugsperson im Alter von 65 Jahren oder älter die Armutsquote nur bei den allein stehenden Frauen geringfügig überdurchschnittlich ist. Ansonsten liegen die Armutsquoten deutlich unterhalb des Durchschnitts für alle Haushalte Ende der 90er-Jahre. Für ältere Haushalte in Ostdeutschland gibt es „... keine nachweisbare relative Einkommensarmut."[57]

Grundsätzlich ist somit festzuhalten, dass Altersarmut innerhalb der deutschen Bevölkerung im Vergleich zu anderen Gruppen quantitativ gering war. Dies ist überwiegend auf das bisherige Leistungsniveau der Alterssicherungssysteme zurückzuführen.

[55] Über die Höhe der so genannten „verschämten" Altersarmut – also der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe – liegen nur Vermutungen vor. Die Schätzungen reichen aber nicht über eine Verdoppelung der Zahlen hinaus; für einige Angaben siehe Neumann (1999).

[56] Becker (1999: 213). Um die unterschiedliche Haushaltsgröße zu berücksichtigen, wurde das Nettoeinkommen der Haushalte mit einem entsprechenden Faktor gewichtet. Dieses so ermittelte Einkommen wird als Nettoäquivalenzeinkommen bezeichnet.

[57] Becker (1999: 213).

Tabelle 5-8: Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren in West- und Ostdeutschland und Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung am 31.12.1997

Alter in Jahren	Westdeutschland			Ostdeutschland		
	Bezieher absolut	in Prozent aller Bezieher*	in Prozent der Altersgruppe**	Bezieher absolut	in Prozent aller Bezieher*	in Prozent der Altersgruppe**
50 bis 59	200.284	91,0	1,9	19.841	9,0	0,2
60 bis 64	90.221	93,4	1,8	6.329	6,6	0,1
ab 65	162.569	94,4	1,2	9.643	5,6	0,1

* Anteil der westdeutschen und ostdeutschen Empfänger an allen Empfängern
** Empfänger je 100 Gleichaltrige in West- und in Ostdeutschland.

Quelle: Statistisches Bundesamt 1999b: 34 u. 40, sowie eigene Berechnungen.

5.6 Vermögensbestände

Der folgende Abschnitt enthält einige Informationen über den Vermögensbestand von Haushalten älterer Menschen. Da das arithmetische Mittel von so genannten „Ausreißern" stark beeinflusst wird[58], findet im Folgenden der Median[59] als Mittelwert zur Beschreibung der zentralen Lage der Vermögensverteilung Verwendung.

In der Tabelle 5-9 sind die (durchschnittlichen) Nettogeldvermögensbestände west- und ostdeutscher Haushalte, deren Bezugsperson 55 Jahre und älter ist[60], nach Familienstatus und Geschlecht differenziert dargestellt[61]. Um einen Eindruck von der Ungleichheit der Verteilung der Geldvermögensbestände zu vermitteln, ist zusätzlich der Variationskoeffizient angegeben.

Mehr noch als bei den Einkommen liegt für Vermögen eine beträchtliche Streuung vor: „So entfielen 1993 auf die Hälfte der Senioren-Haushalte nur 10 Prozent (Westdeutschland) bzw. 19 Prozent (Ostdeutschland) des jeweiligen Geldvermögens sowie 1998 knapp 27 Prozent bzw. gut 20 Prozent des Immobilienvermögens."[62]

Deutlich sind die erheblichen Unterschiede in der durchschnittlichen Höhe der Nettogeldvermögensbestände zu erkennen. So divergieren die Medianwerte zwischen den

[58] Ausreißer bei der Verteilung der Vermögensbestände sind einzelne, atypisch sehr hohe Werte.

[59] Als Median wird jener Wert bezeichnet, „der eine nach ihrer Größe geordnete Reihe von Meßwerten halbiert" (Benninghaus, 1996: 125).

[60] Dies geschieht, um dieselbe Untersuchungseinheit, die auch den Erhebungen ASID und AVID zugrunde liegt, zu verwenden.

[61] Um die unterschiedliche Haushaltsgröße zu berücksichtigen, wurden die Werte mit Äquivalenzziffern gewichtet. Da es keine allgemein anerkannte Äquivalenzskala gibt, wurden die Werte verwendet, die auf einer Empfehlung der OECD beruhen; siehe Eggen (1998: 66).

[62] Bedau, 1999: 676.

Tabelle 5-9: Durchschnittlicher Nettogeldvermögensbestand (Median) 1993 und Variationskoeffizient, gewichtet, Bezugspersonen ab 55 Jahren

Familienstand	Median		Variationskoeffizient	
	West	Ost	West	Ost
Frauen				
alle	17.976	9.169	1,64	1,11
verheiratet	34.941	10.000	1,34	0,94
verwitwet	15.750	9.865	1,57	1,15
geschieden/getrennt lebend	11.074	5.400	2,24	1,27
ledig	31.688	11.520	1,37	0,90
Männer				
Alle	29.036	12.275	1,69	1,14
Verheiratet	29.515	12.242	1,57	0,99
Verwitwet	25.945	12.500	2,11	1,63
Geschieden/getrennt lebend	10.594	(10.257)	1,99	(1,05)
Ledig	40.111	/	1,81	/

/ = Keine Aussage möglich, da die Zellenbesetzungen mit n < 25 unzureichend ist.
( ) = Der Aussagewert ist eingeschränkt, da die Zellenbesetzung mit 25 ≤ n < 100 unzureichend ist.
Quelle: Fachinger 1999, Tab. 54, auf der Basis des Grundfiles der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993.

Tabelle 5-10: Bestand des Nettogeldvermögens nach Alter auf der Grundlage der EVS '93 – inklusive Versicherungsguthaben –

	Frauen Median		Relation	Männer Median		Relation	Relation Männer zu Frauen	
	West	Ost	(1) zu (2)	West	Ost	(4) zu (5)	West	Ost
Alter	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
unter 25	5.958	7.000	0,9	10.261	4.816	2,1	1,7	0,7
25 bis 29	10.663	5.192	2,1	15.858	5.447	2,9	1,5	1,0
30 bis 34	12.427	7.901	1,6	27.850	10.418	2,7	2,2	1,3
35 bis 39	16.755	11.231	1,5	36.862	16.152	2,3	2,2	1,4
40 bis 44	22.500	12.934	1,7	48.061	18.897	2,5	2,1	1,5
45 bis 49	26.485	13.000	2,0	62.937	23.769	2,6	2,4	1,8
50 bis 54	34.467	15.189	2,3	65.750	26.940	2,4	1,9	1,8
55 bis 59	26.731	12.500	2,1	64.698	20.666	3,1	2,4	1,7
60 bis 64	24.503	12.500	2,0	57.500	23.292	2,5	2,3	1,9
65 bis 69	18.864	12.500	1,5	48.750	20.379	2,4	2,6	1,6
70 bis 74	19.025	10.000	1,9	42.712	19.000	2,2	2,2	1,9
75 und älter	13.905	8.750	1,6	38.380	12.500	3,1	2,8	1,4

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 50, auf der Basis des Grundfiles der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1993.

Familienständen beträchtlich, besonders deutlich bei den westdeutschen Männern. Allerdings gilt für West- und Ostdeutschland gleichermaßen, dass die geschieden bzw. getrennt Lebenden über die geringsten Vermögensbestände verfügen, ein im Prinzip nicht überraschender Befund, wie auch, dass die westdeutschen Haushalte im Durchschnitt erheblich höhere Vermögensbestände akkumuliert hatten als ostdeutsche Haushalte.

Deutliche Unterschiede bestehen auch in der Höhe der Vermögensbestände zwischen den Altersgruppen: Es wurde schon darauf hingewiesen, dass dies mit der sich im Zeitablauf vollziehenden Akkumulation begründet werden kann. Allerdings zeigt sich bei einer Zeitpunktbetrachtung nicht, dass je älter die Personen sind, umso höher auch die Vermögensbestände sind; vgl. Tabelle 5-10.

Die Höhe der Vermögensbestände nach einzelnen Altersklassen zeigt für 1993, dass die Bestände bis zu einem mittleren Erwachsenenalter ansteigend sind. Dies wird häufig als Alterseffekt interpretiert. Aber man darf neben den Alters-, die Perioden- und Kohorteneffekte bei der Interpretation derartiger Angaben nicht vernachlässigen. So weist Fachinger (1998) in einem Vergleich der Vermögensbestände für Kohorten über mehrere Erhebungen der Einkommens- und Verbrauchsstichproben hinweg nach, dass mit zunehmendem Alter bei allen Kohorten der Vermögensbestand ebenfalls zugenommen hat[63]. Auch zeigt sich trotz der Begrenztheit der Aussagefähigkeit von Angaben über Vermögensbestände, dass in der Nacherwerbsphase mit zunehmendem Alter die Vermögensbestände nicht wieder abgebaut werden. Dies bezieht sich hier zwar nur auf die Geldvermögen, dürfte aber tendenziell auch für die in konventionellen Vermögensrechnungen einbezogenen Gesamtvermögen gelten. Das Versorgungs- bzw. Rentenvermögen nimmt dagegen ab.

5.7 Entwicklungstendenzen der Einkommenslage I: Einige Ergebnisse der AVID '96

5.7.1 Allgemeine Informationen

Die Erhebung AVID '96 liefert eine Vielzahl interessanter Informationen über die Ansprüche bzw. Anwartschaften der im Jahre 1995 vierzig bis unter sechzig Jahre alten Frauen und Männer, die in der gesetzlichen Rentenversicherung versichert sind. Diese Ansprüche werden auf das 65. Lebensjahr hochgerechnet, also für einen Rentenbeginn zwischen 2000 und 2020.

Im Folgenden wird auf einige markante Ergebnisse dieser Untersuchung hingewiesen. Um sie besser beurteilen zu können, werden sie Resultaten der Erhebungen „Alterssicherung in Deutschland", die in Abschnitt 5.3 dargestellt wurden, gegenübergestellt. Beim Vergleich mit den Ergebnissen dieser Erhebungen ist zu beachten, dass sich die AVID '96 nur auf die Grundgesamtheit der in der GRV im Jahre 1995 Versicherten bezieht und nicht auf alle Personen der jeweiligen Kohorten[64]. Weiterhin muss beachtet

[63] Die Vermengung von Alters-, Perioden und Kohorteneffekten in der Literatur führt immer wieder zu Fehlschlüssen über die Vermögensakkumulation im Lebenszyklus; siehe als ein Beispiel aus jüngster Zeit Thiele (1998: 154 ff.)

[64] Dies hat beispielsweise zur Folge, dass die Anwartschaften aus Alterssicherungssystemen der Personen, die im Jahr 1995 verbeamtet oder selbstständig waren, nicht erhoben wurden und daher die projizierten Anwartschaften auf das Netto-Alterseinkommen der jeweiligen Gruppen tendenziell zu niedrig ausgewiesen wird.

Tabelle 5-11: Relative Höhe der Durchschnittswerte von Nettoeinkommen 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr

Familienstand		Relation Ost zu West* ASID '92	AVID '96
Frauen		in %	
Alle		61,9	106,2
Verheiratet	absolut	63,5	122,7
	Gewichtet**	63,6	122,8
Verwitwet		65,9	98,9
Geschieden / getrennt lebend		57,6	77,9
Ledig		56,5	61,2
Männer			
Alle		61,4	63,7
Verheiratet	absolut	62,1	61,6
	Gewichtet**	62,0	61,6
Verwitwet		53,2	70,1
Geschieden / getrennt lebend		58,4	74,4
Ledig		48,7	70,3

* Einkommen und Anwartschaften ostdeutscher Männer bzw. Frauen in Prozent des Einkommens und der Anwartschaften westdeutscher Frauen bzw. Männer (je nach Familienstand)

** Division der den Berechnungen zugrunde liegenden Beträge durch 1,7.

Quelle: Fachinger 1999, Tab. 3, auf der Grundlage von Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-149, B-150, B-236 und B-237, sowie Verband Deutscher Rentenversicherungsträger & Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 107 u. 180.

werden, dass die Berechnung der GRV Anwartschaften auf den „aktuellen Rentenwerten" des Jahres 1996 beruhen, die 46,67 DM für West- und 38,38 DM für Ostdeutschland je Entgeltpunkt betragen haben. Eine Angleichung der Werte zwischen West- und Ostdeutschland erfolgte in den Modellrechnungen nicht. Ginge man von einer weiteren Angleichung aus, so würde dies entweder eine deutliche Erhöhung der Anwartschaften für ostdeutsche Personen oder eine ebenfalls deutliche Reduzierung der Anwartschaften für westdeutsche Personen mit sich bringen. Weiterhin ist bei der Beurteilung der AVID-Angaben zu beachten, dass hierbei vom Rechtsstand des Jahres 1996 ausgegangen wird. Auch ist darauf hinzuweisen, dass in der GRV zwar für ab dem 1. Januar 1992 geborene Kinder drei Jahre Kindererziehungszeit angerechnet werden, davon profitieren die der Untersuchung zugrunde liegenden Kohorten aufgrund der Altersstruktur allerdings nur selten. In der Regel wird den Personen ein Jahr Kindererziehungszeit angerechnet.

In Tabelle 5-11 sind die Relationen zwischen West- und Ostdeutschland der jeweilig ausgewiesenen Durchschnittseinkommen aus der ASID für 1992 und der Ergebnisse der AVID '96 zusammengestellt.

Betrachtet man die Relationen zwischen West- und Ostdeutschland, so zeigt sich nach den Angaben der AVID '96 bei Männern und allein stehenden Frauen eine beträchtliche Angleichung im Vergleich zu den für 1992 nachgewiesenen Werten, bei den verheirateten Frauen sogar ein höheres Niveau in Ostdeutschland[65].

Neben diesen allgemeinen Angaben ist der Entwicklungstrend der (errechneten Alters-) Einkommen von der ältesten zur jüngsten AVID-Kohorte von Interesse. In der Tabelle 5-12 sind die entsprechenden Angaben für die projizierten Netto-Alterseinkommen wiedergegeben.

Es zeigt sich, dass es bei den Frauen zu einer Zunahme der Anwartschaften für die jeweils jüngeren Geburtskohorten kommt und dass sich insgesamt tendenziell die Anwartschaften von Frauen zwischen West- und Ostdeutschland annähern. Dies resultiert daraus, dass tendenziell die altersgruppenspezifischen Anwartschaften westdeutscher Frauen stärker zunehmen als die ostdeutscher Frauen: bei den Frauen in Westdeutschland von der ältesten zur jüngsten Kohorte um etwa 17,5 Prozent, in Ostdeutschland um rund 11,2 Prozent. Demgegenüber sind die Differenzen zwischen den Kohorten bei den Männern – mit Ausnahme der zwischen 1946 und 1950 Geborenen, Westdeutschland – eher unbedeutend. Dies führt im Endergebnis auch zu einer „Angleichung" der Anwartschaften zwischen Frauen und Männern bei den jüngeren Kohorten.

[65] Die den Relationen zugrunde liegenden absoluten Beträge sind allerdings auf Grund methodisch anderer Abgrenzungen nicht ohne weiteres vergleichbar. So sind unter anderem in der AVID '96 Erwerbseinkommen – insbesondere des Ehepartners – nicht berücksichtigt. Da Männer im Durchschnitt höhere Erwerbseinkünfte erzielen als Frauen, führt dies zu größeren Differenzen bei verheirateten Frauen.

Tabelle 5-12: Projizierte Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Alle	1.245	1.322	2.618	1.668
1936 bis 1940	1.136	1.246	2.622	1.652
1941 bis 1945	1.257	1.329	2.659	1.690
1946 bis 1950	1.269	1.334	2.555	1.661
1951 bis 1955	1.335	1.386	2.634	1.669
	Relation Ost zu West, in %		Relation Frauen zu Männern, in %	
	Frauen	Männer	West	Ost
Alle	134,0	63,7	47,6	79,3
1936 bis 1940	145,4	63,0	43,3	75,4
1941 bis 1945	134,4	63,6	47,3	78,6
1946 bis 1950	130,9	65,0	49,7	80,3
1951 bis 1955	125,0	63,4	50,7	83,0

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 92 u. 162, sowie eigene Berechnungen

5.7.2 Die Anwartschaften in der GRV und ihre Bedeutung im Gesamteinkommen

Wie die Analysen der Alterseinkommen von Haushalten zeigten, basiert ein Großteil der Einkünfte auf den Zahlungen der Regelsicherungssysteme, insbesondere denen der GRV. Aus diesem Grund wird im Folgenden näher auf die projizierten Anwartschaften auf Versichertenrenten aus der GRV eingegangen. Dabei wird zunächst wiederum auf die relative Höhe im West-Ost- sowie Frau-Mann-Vergleich eingegangen. Anschließend wird die Frage gestellt, wie sich die Bedeutung der GRV-Renten im Haushaltseinkommen insgesamt nach den Daten und Berechnungen der AVID '96 entwickeln.

Vergleicht man die durchschnittlichen Renten in West- und Ostdeutschland untereinander, so deuten die Angaben der AVID im Vergleich zu den ASID '92-Zahlen auf eine weitere Angleichung der beiden Teilgebiete hin. Dabei ist

Tabelle 5-13: Durchschnittswerte der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) sowie Verhältnis von Renten im West-Ost-Vergleich 1992 und 1996

	AVID '96		Relation Ost zu West	
Familienstand	West	Ost	West	Ost
Frauen	DM / Monat		in %	
Alle	964	1.113	129,0	115,5
Verheiratet absolut	856	1.105	135,2	129,1
gewichtet	504	650		
Verwitwet	907	1.101	162,5	121,4
Geschieden / getrennt lebend	1.339	1.123	85,9	83,9
Ledig	1.716	1.230	74,3	71,7
Männer				
Alle	1.939	1.424	68,4	73,4
Verheiratet absolut	2.015	1.445	68,1	71,7
gewichtet	1.185	850		
Verwitwet	2.084	1.453	68,1	69,7
Geschieden / getrennt lebend	1.627	1.298	72,1	79,8
Ledig	1.644	1.345	65,4	81,8

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-6, B-163. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 95 u. 168, sowie eigene Berechnungen.

Tabelle 5-14: Verhältnis der Durchschnittswerte der eigenen GRV-Leistung 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag)

Familienstand	Relation Frauen zu Männern, in %			
	ASID '92		AVID '96	
	West	Ost	West	Ost
Alle	34,3	64,6	49,7	78,2
Verheiratet	31,7	62,9	42,5	76,5
Verwitwet	26,1	62,3	43,5	75,8
Geschieden / getrennt lebend	69,1	82,3	82,3	86,5
Ledig	84,3	95,8	104,4	91,4

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1994a, Tabellen B-6, B-163, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 95 u. 168, sowie eigene Berechnungen

– wie erwähnt – zu beachten, dass hier die Differenz der aktuellen Rentenwerte für West und Ost des Jahres 1996 konstant gehalten wurden. Der Angleichungsprozess verläuft nach diesen Informationen für Frauen und Männer unterschiedlich: Während bei Frauen die West-Rentnerinnen im Vergleich zu den Ost-Rentnerinnen aufholten sind es bei den Männern die Ost-Rentner, die sich eher dem West-Niveau annähern. Dies ist u. a. auf die Pflichtversicherung von Pflegezeiten (seit dem 1. April 1995) zurückzuführen. In Westdeutschland weisen rund 14 Prozent der Frauen Pflegezeiten mit einer durchschnittlichen Dauer von 3,7 Jahren auf, während in Ostdeutschland nur bei 3 Prozent der Frauen Pflegezeiten vorliegen, deren durchschnittliche Länge allerdings mit etwa 4,8 Jahre höher ist. Die sich daraus ergebenden Anwartschaften betragen 590 DM/Monat für westdeutsche und 900 DM/Monat für ostdeutsche Frauen (siehe Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 180 ff.).

Tabelle 5-14 verdeutlicht, dass es im Durchschnitt auch zu einer weiteren Angleichung der Rentenzahlbeträge zwischen Frauen und Männern kommt. Bei den Ledigen ist für Westdeutschland sogar zu konstatieren, dass sich das Verhältnis umkehrt. Ledige Frauen haben höhere projizierte Anwartschaften als ledige Männer. ein Ergebnis, dass auch bei den projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr auftrat.

Die kohortenspezifische Betrachtung der projizierten Netto-Alterseinkommen ergab im Prinzip eine Steigerung der Einkommen bei den Frauen bei jüngeren Kohorten, während die Netto-Alterseinkommen bei den Männern in etwa dasselbe Niveau aufweisen. Bei den Anwartschaften auf Versichertenrenten der GRV spiegelt sich diese Entwicklung nur zum Teil wider, wie die Tabelle 5-15 zeigt.

Tabelle 5-15: Projizierte Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96

	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Alle	964	1.113	1.939	1.424
1936 bis 1940	882	1.086	1.985	1.529
1941 bis 1945	982	1.146	1.994	1.461
1946 bis 1950	980	1.110	1.878	1.351
1951 bis 1955	1.026	1.110	1.891	1.346
	Relation Ost zu West, in %		Relation Frauen zu Männern, in %	
	Frauen	Männer	West	Ost
Alle	115,5	73,4	49,7	78,2
1936 bis 1940	123,1	77,0	44,4	71,0
1941 bis 1945	116,7	73,3	49,2	78,4
1946 bis 1950	113,3	71,9	52,2	82,2
1951 bis 1955	108,2	71,2	54,3	82,5

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 66, sowie eigene Berechnungen.

Tabelle 5-16: Anteil GRV-Anwartschaften am Netto-Alterseinkommen – Projizierte Werte im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht- AVID '96

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
Alle	77,4	84,2	74,1	85,4
1936 bis 1940	77,6	87,2	75,7	92,6
1941 bis 1945	76,5	86,2	75,0	86,4
1946 bis 1950	77,3	83,2	73,5	81,3
1951 bis 1955	76,9	80,1	71,8	80,6

Quellen: Errechnet nach Angaben in den Tabellen 5-12 und 5-15

So zeigt sich bei den Frauen prinzipiell die gleiche Entwicklung wie bei den projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr: es kommt zu einer Zunahme der Anwartschaften bei den jeweils jüngeren Geburtskohorten und zugleich tendenziell zu einer Annäherung der Anwartschaften zwischen West- und Ostdeutschland. Demgegenüber werden danach bei den Männern die jüngeren Kohorten im Durchschnitt über niedrigere Anwartschaften verfügen als die Angehörigen älterer Kohorten. Im Ergebnis resultiert hieraus bei den Rentenanwartschaften eine „Angleichung" zwischen Frauen und Männern. Schließlich sei noch der Frage nachgegangen, wie sich die relative Bedeutung der GRV-Renten im Alterseinkommen insgesamt bei den verschiedenen Kohorten nach diesen Informationen entwickeln dürfte.

Dies lässt sich durch einen Vergleich der in Tabelle 5-12 enthaltenen kohortenspezifischen Angaben der Netto-Alterseinkommen und den in Tabelle 5-15 wiedergegebenen GRV-Renten ermitteln. Die Ergebnisse enthält Tabelle 5-16. Zwar zeigt sich – nicht überraschend – insbesondere in Ostdeutschland eine leichte Zunahme anderer Einkünfte im Alter, doch bleibt die GRV-Rente mit rund 75 bis 80 Prozent die bei weitem wichtigste Einkunftsquelle. Sie bleibt in Ostdeutschland von noch größerer Bedeutung, da auf vorherige Vermögensakkumulation beruhende Alterssicherung Zeit benötigt, bevor sie einkommensmäßig wirksam werden kann. Mit diesen Befunden steht in Übereinstimmung, dass nach den AVID-Informationen die ergänzenden Formen der Alterssicherung weiterhin – zumindest im Durchschnitt und für einen Großteil der Bevölkerung – quantitativ von nachrangiger Bedeutung bleiben.

5.7.3 Die Anwartschaften aus ergänzenden Sicherungssystemen

In der AVID '96 sind Informationen zu den folgenden Formen ergänzender Alterssicherung enthalten:

- Betriebliche Altersversorgung in der Privatwirtschaft,
- Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst sowie
- Private Vorsorge.

Zu bedenken ist hier, dass sich diese Angaben nur auf die in der Stichprobe enthaltenen Personen beziehen und daher weder ein Gesamtbild aller Anwartschaften aus diesen Systemen liefern können noch vergleichbar sind mit den Ergebnissen der ASID-Erhebungen. Im Folgenden wird auf die freiwilligen Sicherungssysteme näher eingegangen, wobei die Zusatzversorgung im öffentlichen Dienst, da es sich um ein Pflichtversicherungssystem handelt, dessen Leistungshöhe in einem engen Zusammenhang mit den Leistungen aus der GRV steht, aus der Betrachtung ausgeschlossen bleibt.

Die betriebliche Altersversorgung in der Privatwirtschaft bleibt danach sowohl was die erfassten Personen als auch die Höhe der Anwartschaften anbelangt sehr unterschiedlich verteilt zwischen West und Ost sowie Frauen und Männern. In Tabelle 5-17 ist sowohl der Erfassungsgrad als auch die durchschnittliche Höhe von Anwartschaften angegeben.

Tabelle 5-17: Erfassungsgrad und durchschnittliche Höhe der Anwartschaft in der betrieblichen Altersversorgung – projizierte Anwartschaften auf Leistungen, AVID '96 –

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
Anteil der Personen mit Anwartschaften in Prozent	12	2	36	4
Betrag je Bezieher/in in DM / Monat	369	347	588	506

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 72.

Tabelle 5-18: Projizierte Anteile von Personen in der Privatwirtschaft mit Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung sowie deren durchschnittliche Höhe, AVID '96

	Anteil				Betrag DM / Monat	
	Frauen		Männer		Frauen	Männer
	West	Ost	West	Ost	West	
1936 bis 1940	14	0	46	2	302	599
1941 bis 1945	16	3	46	4	348	551
1946 bis 1950	14	3	40	7	432	570
1951 bis 1955	17	7	37	7	397	636

Quellen: Kortmann 2000.

Von den in der AVID '96 erfassten Personen sind lediglich die westdeutschen Männer zu einem beträchtlichen Anteil von 36 Prozent in einer betrieblichen Altersversorgung erfasst. Auch die Höhe differiert erheblich. So belaufen sich 45 Prozent der westdeutschen und 40 Prozent der ostdeutschen Frauen sowie 27 Prozent der westdeutschen und 36 Prozent der ostdeutschen Männern auf Ansprüche unter 200 DM/Monat. Andererseits haben 9 Prozent der Männer in West- und 12 Prozent der Männer in Ostdeutschland Ansprüche erworben, die über 1400 DM/Monat betragen[66].

Was die Entwicklung in Kohortendifferenzierung betrifft, so geht danach der Anteil der Bezieher von Betriebsrenten bei den Männern im Westen sogar noch zurück. Bei den anderen Gruppen ergibt sich ein leichter Anstieg – allerdings auf sehr niedrigem Niveau. Die Durchschnittsbeträge werden steigen. Diese Aussage gilt für Westdeutschland, während in dieser Differenzierung in der AVID '96 keine Aussagen für Ostdeutschland möglich sind: siehe Tabelle 5-18.

Allerdings ist einschränkend darauf hinzuweisen, dass alle Angaben – wie auch zur privaten Vorsorge – mit erheblichen Unsicherheitsmargen behaftet sind – im Unterschied zu den Angaben über GRV-Renten, die aus dem Versichertenkonto der Rentenversicherungsträger übernommen werden konnten. Bei diesen und den folgenden Beträgen handelt es sich immer um Personen, die auch tatsächlich entsprechende Anwartschaft haben

[66] Siehe Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000: 72).

Bei den Angaben zur privaten Altersvorsorge ist einschränkend zu erwähnen, dass lediglich die auf Lebensversicherungs- und Rentenversicherungsverträgen beruhenden Ansprüche erfasst werden[67]. Aber immerhin verfügen 40 Prozent der Frauen und 64 Prozent der Männer in Westdeutschland sowie 52 Prozent der Frauen und 59 Prozent der Männer in Ostdeutschland über entsprechende Anwartschaften. Die Leistungshöhe – allerdings ohne die vom Gewinn des Versicherungsunternehmens abhängigen Zahlungen – ist im Durchschnitt allerdings relativ niedrig, wie der Tabelle 5-19 zu entnehmen ist.

5.8 Entwicklungstendenzen der Einkommenslage II: Ergebnisse der Simulationsstudien

Während die im letzten Abschnitt dargestellten Berechnungsergebnisse und daraus abgeleitete Tendenzaussagen auf der Annahme unveränderter rechtlicher Regelungen beruhen, soll im Folgenden anhand zweier Beispiele darauf hingewiesen werden, dass durch rechtliche Änderungen gleichfalls (z. T. beträchtliche) Veränderungen der Einkommenslage im Alter erfolgen können.

Die beiden herangezogenen Beispiele sind nicht als Empfehlungen der Kommission zu verstehen, sondern bezie-

[67] Insbesondere bei Lebensversicherungsverträgen kann keinesfalls davon ausgegangen werden, dass diese alle auch tatsächlich der Alterssicherung dienen. Sie werden u. a. zu Konsumzwecken oder zur Finanzierung von Haus- und/oder Wohneigentum verwendet oder auch an die nachfolgende Generation übertragen. Siehe Verband Deutscher Rentenversicherungsträger / Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000: 90 ff.)

Tabelle 5-19: Durchschnittliche Höhe der Anwartschaft von Personen mit Ansprüchen, projizierte Anwartschaften auf Leistungen aus einer privaten Altersvorsorge, AVID '96

	Frauen		Männer	
	West	Ost	West	Ost
	DM / Monat		DM / Monat	
Lebensversicherung	221	127	389	211
Private Rentenversicherung	372	577	722	474
Private Vorsorge insgesamt	237	163	419	246

Quelle: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2000: 91.

hen sich auf zwei (z. T. seit längerem) in der Diskussion befindliche Ansätze.

Die Beschreibung von Entwicklungstendenzen der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland wurde bisher hauptsächlich auf der Basis von hoch aggregierten Daten oder wenigen Indikatoren vorgenommen. Im Vordergrund stand dabei vor allem die Abschätzung der Entwicklung des Beitragssatzes in der GRV unter den sich ändernden demographischen Rahmenbedingungen bei gegebenen und alternativen institutionellen bzw. gesetzlichen Regelungen. Derartige Berechnungen lassen jedoch keine Aussagen über die Wirkungen von gesetzlichen Änderungen auf die personelle Verteilung von Einkommen und damit auf die Lebenslage von Haushalten älterer Menschen zu. Zu einer Beurteilung der weiteren Entwicklung, aber auch von Reformvorschlägen ist es daher aus wirtschafts-, sozial- und verteilungspolitischen Gründen erforderlich, ergänzend zu den dominierenden Analysen auf der Makroebene auch die Effekte auf der Mikroebene (der Haushalts- und Individualebene) aufzuzeigen, um anhand differenzierter Verteilungsaussagen zu einer Beurteilung der Auswirkungen von Maßnahmen beizutragen.

Die im Folgenden herangezogenen Berechnungen illustrieren eine Vorgehensweise, die bisher relativ wenig benutzt wurde. Sie basieren auf dem Analysesystem Alterssicherung (AsA)[68]. Zur Abschätzung von renten- und steuerrechtlichen Veränderungen wurden Simulationsrechnungen zu den Auswirkungen auf Gesamteinkommen von Haushalten durchgeführt. Exemplarisch wird auf folgende Änderungen eingegangen:

1) eine Reduzierung des Eckrentenniveaus[69] von 70 Prozent auf 64 Prozent des durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelts und

2) eine Veränderung der Besteuerung von Altersrenten.

5.8.1 Reduzierung des Eckrentenniveaus

Eine generelle Senkung des Eckrentenniveaus trifft die Haushalte nicht gleich stark. In der Tabelle 5-20 sind exemplarisch die Schichtungen der Nettoeinkommen für Ehepaare und allein stehende Frauen und Männer angegeben, getrennt nach West- und Ostdeutschland.

Die Reduzierung des Eckrentenniveaus um sechs Prozentpunkte führt zu einer „Verschiebung" der Nettoeinkommen in untere Einkommensklassen, allerdings nicht

[68] Die Benutzung von AsA wurde durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie durch die GMD-Forschungszentrum Informationstechnologie GmbH ermöglicht.

[69] Also der Rente eines Eckrentners (mit 45 Entgeltpunkten) in Relation zum durchschnittlichen Nettoarbeitsentgelt.

Tabelle 5-20: Die Schichtung der Nettoeinkommen bei einem Eckrentenniveau von 70 Prozent und 64 Prozent

Einkommensschicht in DM pro Monat	Ehepaare		Alleinstehende Frauen		Alleinstehende Männer		Alleinstehende insgesamt	
	70 %	64 %	70 %	64 %	70 %	64 %	70 %	64 %
Westdeutschland								
unter 1.000	0,3	0,4	7,4	9,6	6,4	8,0	7,2	9,3
1.000 bis unter 2.000	7,8	11,0	43,2	47,8	27,4	32,4	40,0	44,7
2.000 bis unter 3.000	26,6	31,2	32,7	28,5	37,0	34,7	33,5	29,8
3.000 bis unter 4.000	29,4	26,3	10,8	9,0	17,0	15,3	12,1	10,3
4.000 bis unter 5.000	16,9	14,8	3,5	3,0	6,7	4,5	4,1	3,3
5.000 bis unter 6.000	8,9	7,4	1,4	1,2	3,2	3,1	1,8	1,5
6.000 bis unter 7.000	4,3	3,7	0,5	0,5	0,8	0,7	0,6	0,5
7.000 und mehr	5,9	5,2	0,5	0,4	1,4	1,3	0,7	0,6
Ostdeutschland								
unter 1.000	0,0	0,2	5,6	7,2	2,2	2,8	4,9	6,3
1.000 bis unter 2.000	3,0	4,5	52,6	63,0	39,7	51,1	50,1	60,6
2.000 bis unter 3.000	32,9	45,7	38,1	27,3	52,3	43,0	41,0	30,4
3.000 bis unter 4.000	45,8	36,9	3,4	2,4	4,6	2,2	3,7	2,4
4.000 bis unter 5.000	13,0	8,7	0,2	0,2	0,6	0,3	0,2	0,2
5.000 bis unter 6.000	3,5	2,4	0,0	0,0	0,3	0,3	0,1	0,1
6.000 bis unter 7.000	1,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1
7.000 und mehr	0,8	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0

Quelle: Sonderauswertung anhand von AsA.

gleichförmig für die einzelnen Gruppen. So ist beispielsweise die Veränderung in Westdeutschland nicht so stark wie in Ostdeutschland. Entscheidend für die Auswirkungen ist die anteilsmäßige Bedeutung der Renteneinkommen am Gesamteinkommen der Haushalte. Je größer der Anteil der Einkünfte aus der gesetzlichen Rentenversicherung ist, desto größer ist folglich auch die Reduzierung des Gesamteinkommens. Da die Zusammensetzung des Einkommens bei den Haushalten – wie dargestellt – stark divergiert, führt eine Reduzierung des Rentenniveaus nicht nur zu einer Reduzierung des Gesamteinkommens, sondern auch zu beträchtlichen Verschiebungen innerhalb der Einkommensverteilung. Diese hängen, neben den unterschiedlich hohen Anteilen der GRV-Renten an den Gesamteinkommen, auch von der unterschiedlichen Haushaltsstruktur und der Steuerprogression ab.

Weiterhin kommt es durch die allgemeine Senkung des Rentenniveaus zu einer Erhöhung der Empfänger von Sozialhilfeleistungen. In Westdeutschland beträgt die Zunahme etwa ein Viertel und in Ostdeutschland etwa ein Drittel[70].

5.8.2 Veränderung der Besteuerung

Die Besteuerung von Alterseinkünften wird seit langem insbesondere unter (steuer-) systematischen Aspekten wissenschaftlich diskutiert[71] und war und ist Gegenstand höchstrichterlicher Erörterungen. Differenzierte Verteilungsanalysen wurden hierzu dagegen vergleichsweise selten vorgelegt[72]. Für die Kommission wurden verschiedene Simulationsrechnungen durchgeführt[73]. Dabei zeigt sich prinzipiell, bei einer verstärkten Besteuerung der GRV-Renten: In den höheren Einkommensschichten ist die anteilsmäßige Mehrbelastung tendenziell geringer als in den niedrigeren Einkommensschichten. Dabei werden westdeutsche Haushalte in den jeweiligen Einkommensschichten stärker betroffen als ostdeutsche Haushalte. Allerdings steigt mit zunehmendem Einkommen der Absolutbetrag der steuerlichen Belastung. Wie bei einer Senkung des Eckrentenniveaus hängt die Wirkung dieser institutionellen Veränderung vom Anteil der GRV-Renten an den Gesamteinkommen ab.

Das Ausmaß der Mehrbelastung ist allerdings auch von der Form der Besteuerung abhängig. Es wurden insgesamt sechs verschiedene Besteuerungsvarianten gerechnet, wobei die „Vollbesteuerung" als Extremszenario ge-

[70] Fachinger (1999: 186–187)

[71] Siehe u. a. Littmann (1983), Wissenschaftlicher Beirat (1971), abweichend von der finanzwissenschaftlichen Mehrheitsmeinung Schmähl (1986b). Vgl. auch Birk (1986), Bertuleit und Binne (1996), Birk und Wernsmann (1998).

[72] Vgl. Schmähl et al. (1980), Schmähl (1983b), Müller und Bork (1998).

[73] Fachinger (1999: 187 f.).

Tabelle 5-21: Auswirkung einer Vollbesteuerung

Einkommensschicht in DM pro Monat Bruttoeinkommen	Steuerpflichtige insgesamt in Tsd. (2)	davon steuerbelastet in % (3)	davon mit Mehrbelastung in % (4)	Durchschnittliche Belastungsänderung in DM pro Monat (5)
Westdeutschland				
unter 1.000	416	0,0	0,0	0
1.000 bis unter 2.000	2.644	40,2	99,3	80
2.000 bis unter 3.000	3.314	59,9	97,7	190
3.000 bis unter 4.000	2.183	81,4	96,9	256
4.000 bis unter 5.000	1.224	87,4	93,1	370
5.000 bis unter 6.000	587	96,2	89,5	461
6.000 bis unter 7.000	357	96,7	79,6	504
7.000 und mehr	646	99,5	84,1	612
Insgesamt	11.371	65,5	94,4	279
Ostdeutschland				
unter 1.000	55	0,0	0,0	0
1.000 bis unter 2.000	705	58,7	97,3	84
2.000 bis unter 3.000	1.036	73,4	97,1	194
3.000 bis unter 4.000	716	78,8	98,2	225
4.000 bis unter 5.000	237	89,3	92,4	362
5.000 bis unter 6.000	64	94,6	84,6	465
6.000 bis unter 7.000	25	100,0	55,9	495
7.000 und mehr	40	99,2	74,7	539
Insgesamt	2.878	72,1	95,7	211

Quelle: Sonderauswertung anhand von AsA.

wählt wurde[74], anhand dessen die Wirkungen am deutlichsten zutage treten. Hierauf wird zur Illustration kurz eingegangen.

In der Tabelle 5-21 sind, getrennt nach West- und Ostdeutschland, in Spalte 2 die Steuerpflichtigen nach Bruttoeinkommensklassen angegeben. In der Spalte 3 sind die Prozentsätze derjenigen angegeben, die tatsächlich Steuern zahlen. Bei diesen erhöht sich die steuerliche Belastung durch die Einführung der Vollbesteuerung, allerdings nicht für alle. Dies ist Spalte 4 zu entnehmen, der Anteil derjenigen (pro Einkommensschicht), die von einer Mehrbelastung nach Übergang zur Vollbesteuerung betroffen werden. Die durchschnittliche Mehrbelastung dieses Personenkreises in der jeweiligen Einkommensschicht ist in der fünften Spalte angegeben.

Tabelle 5-21 verdeutlicht, dass die durchschnittliche steuerliche Mehrbelastung (in DM pro Monat) in Westdeutschland höher ist als in Ostdeutschland. Ferner ist in Westdeutschland (bis auf die Einkommensschicht 3 000 bis unter 4 000 DM) in den einzelnen Einkommensschichten der Anteil der steuerlich Mehrbelasteten durch die Einführung einer Vollbesteuerung höher als in Ostdeutschland. Weiterhin ist bemerkenswert, dass die Vollbesteuerung zu einer anteilsmäßig stärkeren Belastung unterer Einkommensschichten führt. Die durchschnittliche Belastungserhöhung in DM pro Monat nimmt allerdings mit steigendem Einkommen zu, mit einem Betrag, der in der Regel unter zehn Prozent des durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommens liegt.

Auch wenn anhand von Simulationsstudien die Realität nur angenähert erfasst werden kann, was auch von der Qualität der verfügbaren Daten abhängt, so können derartige Analysen doch Hinweise liefern auf Wirkungen gesetzlicher Änderungen, die für die materielle Situation der Haushalte älterer Menschen bedeutsam sein können und damit Verteilungseffeke aufdecken, die nur durch solche auf der Mikroebene ansetzenden Analysen erkennbar werden. Eine weitere – in Verteilungsanalysen – wenig beachtete Dimension betrifft regional unterschiedliche Wirkungen. Dies ist allerdings vor allem im Zusammenhang mit Sachleistungen des sozialen Sicherungssystems u. a. der Versorgung im Krankheits- und Pflegefall)[75], weniger bei den in diesem Kapitel behandelten Geldleistungen und finanziellen Ressourcen von Bedeutung[76].

5.9 Fazit

Das Jahrzehnt seit der deutschen Vereinigung hat insbesondere die Einkommenslage ostdeutscher älterer Menschen beträchtlich verbessert. Es bleiben aber vor allem noch strukturelle Unterschiede in der Zusammensetzung der Alterseinkommen zwischen West- und Ostdeutschland. In Deutschland sind für den größten Teil der Bevölkerung die Renten der gesetzlichen Rentenversicherung die quantitativ bedeutendste Einkunftsart. In Ostdeutschland gilt dies noch mehr als in Westdeutschland. Auf vorheriger Vermögensansammlung basierende Formen von Alterseinkünften, die in Ostdeutschland kaum verbreitet waren, erfordern eine beträchtliche „Vorlaufzeit" bevor sie von signifikanter Bedeutung werden können. Dies gilt aber auch allgemein für Veränderungen der Einkommensstruktur im Alter nach unterschiedlichen Formen der Vorsorge

Angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren für die Finanzlage im Alter ist es nicht erstaunlich, das ein hohes Maß an Heterogenität hinsichtlich der im Alter verfügbaren finanziellen Ressourcen besteht. Diese ist auch für die Zukunft zu erwarten und könnte sich noch verstärken. Dies ist insbesondere abhängig von Entwicklungen in der Erwerbsphase[77] – Ausmaß und Art der Erwerbstätigkeit und daraus fließender Einkünfte, Sparfähigkeit und Sparbereitschaft – sowie institutionellen Regelungen – hier insbesondere im Steuer- und Sozialversicherungsrecht. Wie sich in Zukunft die finanzielle Situation im Alter entwickeln wird, ist unterschiedlich zu betrachten, je nachdem, ob es sich um Personen handelt, die noch in der Erwerbsphase stehen bzw. wie nahe sie „dem Rentenalter" sind oder ob sie bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Im letztgenannten Fall wird die Entwicklung ihrer finanziellen Ressourcen weitgehend von den sozial- und steuerrechtlichen Bedingungen abhängen (z. B. der Dynamisierungsregel und Besteuerung von Renten, den Zuzahlungsregelungen im Falle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit[78]) wie auch von der ökonomischen Entwicklung. Dies betrifft alle Formen der „Verzinsung" bzw. Dynamisierung von Alterseinkünften, und zwar bei kapitalfundierten Formen z. B. Marktzinssätzen, aber auch Anpassung von Betriebsrenten. Und bei Renten der gesetzlichen Rentenversicherung sowie Beamtenpensionen die Lohnentwicklung der jeweils Beschäftigten.

Für künftige (neue) Rentner werden sich Einschränkungen des Leistungsrechts auswirken, die in den letzten Jahren beschlossen wurden, was in der öffentlichen Diskussion angesichts der dort dominierenden Sicht auf die Eckrente bislang nicht recht wahrgenommen wird[79].

Wie in diesem Kapitel dargelegt, werden bei gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen nach wie vor die Renten

[74] In der Realität würde eine volle Einbeziehung der GRV-Renten in die steuerliche Bemessungsgrundlage (und nicht nur eines „Ertragsanteils" wie gegenwärtig) nur allmählich erfolgen können. Auf diesen Übergangsprozess wird hier nicht eingegangen.

[75] Siehe hierzu Schmähl (1999).

[76] Zu räumlichen Aspekten siehe Kapitel 7.

[77] Dabei kommt es allerdings darauf an, wie Personen in ihrem Lebensablauf von Veränderungen betroffen werden. Dies kann nicht einfach aus Querschnittsangaben über Erwerbsunterbrechungen, Höhe der Arbeitslosigkeit usw. abgeleitet werden. Vgl. zu Längsschnittbefunden im Unterschied zu Querschnittsinformationen z. B. Strengmann-Kuhn (1999).

[78] So sind ja bislang die Leistungen der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung in ihrer absoluten Höhe unverändert geblieben und die Frage ihrer Dynamisierung (bei zudem steigenden Pflegekosten) ist bislang offen gelassen worden.

[79] Da die Eckrente stets auf der Basis von 45 Entgeltpunkten berechnet wird, schlagen sich Änderungen, die sich auf die individuelle Höhe der Entgeltpunkte auswirken, nicht in der Eckrente nieder. Zu Leistungsrechtsänderungen siehe Eitenmüller (1999).

aus der gesetzlichen Rentenversicherung die dominierende Einkunftsquelle im Alter in den nächsten Jahrzehnten bleiben. Wie sich jedoch die rechtlichen Bedingungen verändern, das wird beträchtliche Konsequenzen haben. Angesichts der erfreulichen Tatsache gestiegener und hoffentlich weiter steigender Lebenserwartung kommt den Dynamisierungsregelungen große Bedeutung zu. Dies gilt nicht nur für diejenigen, die sich bereits „im Rentenalter" befinden, sondern auch für alle Jüngeren, da hierdurch auch die Entwicklung der Bemessungsgrundlagen für ihre eigenen Rentenanwartschaften mitbestimmt wird.

Die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt und die strukturellen Veränderungen im Erwerbsleben – die im voranstehenden Kapitel erörtert wurden – haben für den Anspruchserwerb große Bedeutung. Hiervon wird aber auch abhängen, ob es gelingt, dass angesichts steigender Lebenserwartung schrittweise eine Wiederverlängerung der Erwerbsphase erreicht werden kann. Hierdurch würden dann ältere Arbeitnehmer längere Zeit Arbeitseinkünfte erzielen und der Anstieg von Sozialversicherungsbeiträgen würde reduziert. Der frühere Beginn der Erwerbsphase würde nicht nur die Möglichkeit früheren Bezugs eigenen Einkommens ermöglichen, sondern – sofern damit auch Sparfähigkeit verbunden ist und Sparbereitschaft besteht – Vorsorgeaufwendungen für das Alter unter Ausnutzung von Zins- und Zinseszinseffekten tendenziell zu einer wichtigeren Quelle von Alterseinkünften werden lassen.

Die Erhaltung des lohnbezogenen Rentenversicherungssystems – und nicht seine Transformation in ein stark interpersonell umverteilendes Transfersystem auf vergleichsweise niedrigem Niveau – setzt allerdings voraus, dass hierfür in der Bevölkerung auch die nötige Akzeptanz herrscht. Diese wiederum ist u. a. von der Ausgestaltung des Systems wie auch dem Umgang mit diesen Einrichtungen in der politischen und öffentlichen Diskussion abhängig.

6. Soziale Ressourcen

Alte Menschen erhalten aus informellen und formellen Netzwerkbezügen emotionale und kognitive, instrumentelle und materielle Unterstützung sowie Anerkennung und Selbstwertgefühl. Ältere und alte Menschen sind aber auch aktive Netzwerkgestalter und Ressourcengeber. In Form von familialer und nachbarschaftlicher Hilfe, materieller und immaterieller Unterstützung sowie bürgerschaftlichem Engagement bilden ältere Menschen Ressourcen, die den privaten Netzen aber auch der Gesellschaft zur Verfügung stehen.

Die zentrale soziale Ressource älterer Menschen ist ihr privates Netzwerk: Menschen, mit denen sie enge soziale Kontakte und Beziehungen pflegen, denen sie sich emotional verbunden fühlen, von denen sie sich bei Bedarf Rat, Hilfe, Trost und Anerkennung versprechen und denen sie gleiches geben bzw. zu geben bereit sind. Ergebnisse von Forschungen zeigen, dass dies in erster Linie die nächsten Angehörigen, vor allem der Partner oder die Partnerin, die Kinder und Schwiegerkinder (mit Enkeln – sofern vorhanden –) und – bei Jüngeren – Eltern und Schwiegereltern sind.[80] Daneben sind im allgemeinen auch Freunde, Geschwister und Nachbarn bedeutsame soziale Ressourcen im Netz der privaten Beziehungen älterer Menschen.

Die familialen Beziehungen sind nicht nur bestimmt durch Solidarität und Sympathie, sondern auch durch Ambivalenzen (Lüscher & Pillemer 1996 u. 1998; Lang 2000), die auf Grund unterschiedlicher Werte, Normen und Interessen der interagierenden Generationen und unterschiedlicher, teils widersprüchlicher Anforderungen und Erwartungen an den Einzelnen im Alltag bestehen, als auch den gestiegenen Handlungsfreiheiten und Entscheidungszwängen einer individualisierten Gesellschaft. Der Begriff Ambivalenz wird verwendet, um erfahrene Widersprüche als prinzipiell unauflösbar zu bezeichnen. In neuen familiensoziologischen Diskussionen wird die Ambivalenz von Generationenbeziehungen als ein Potenzial gesehen. Ambivalenzen verweisen auf die Offenheit von Entscheidungen und somit auf die Notwendigkeit ständiger Gestaltung (Lüscher & Pajung-Bilger 1998: 31). Die Kennzeichnung von Generationenbeziehungen als ambivalent erlaubt normative Unvoreingenommenheit und verdeutlicht, dass es nicht die eine „richtige" Form familialer Generationenbeziehungen gibt, sondern eine Reihe möglicher, sinnvoller Formen.

Der demographische und familiale Wandel hat dazu geführt, dass Eltern heute für durchschnittlich mehr als ein halbes Jahrhundert gleichzeitig mit ihren Kindern leben (Lauterbach 1995a). Die gemeinsame Lebenszeit der Großeltern mit ihren Enkeln dauert im Durchschnitt mehr als 20 Jahre (Lauterbach 1995b; Lauterbach & Klein 1997). Es gibt Minoritäten von Großeltern, die selber noch Großeltern haben. Eine solche Bevölkerungsweise wird historisch erstmalig von Menschen erlebt. Die Bedeutung der vertikalen Verwandtschaftsstruktur als

[80] Vgl. hierzu aus der Vielzahl der Literatur exemplarisch die Literaturübersicht von Kruse & Wahl (1999), Ergebnisse des Alters-Surveys (Kohli & Kühnemund 1999; Kohli et al. 1998; Kühnemund & Hollstein 2000), der Berliner Altersstudie (Wagner, Schütze & Land 1996); Lang & Schütze 1998), des DJI-Familien-Surveys (Bien 1994; Dannebeck 1995; Bertram 1996) und des SIMA-Projekts (Töpfer, Stosberg & Oswald 1998).

soziale Ressource hat zugenommen. Gleichzeitig findet ein Wandel der Familienstruktur statt, der zu einer Pluralisierung von Lebensformen und -stilen führt.

Die aus diesen Entwicklungen gezogenen soziologischen Folgerungen für das Zusammenleben familialer aber auch gesellschaftlicher Generationen sind gegenwärtig keineswegs eindeutig. Es gibt keinen linearen Zusammenhang zwischen der Transformation demographischer Strukturen und sozialer Beziehungsformen. Demographisch gewachsene Chancen der gemeinsamen Lebenszeit können, müssen aber nicht sozial genutzt werden. Zeitliche Koexistenz sagt zunächst nur wenig über Interaktion, Empathie, gegenseitige Hilfe und Unterstützung aus.

Die strukturellen demographischen und familialen Veränderungen sind per se weder mit einem Abbau oder Verlust von Netzwerkressourcen für das Alter gleichzusetzen, noch mit der Zunahme sozialer Bezüge zu identifizieren. Eher ist zu vermuten, dass aus den Strukturveränderungen qualitative Verschiebungen im Ressourcenaustausch innerhalb familialer Netze stattfinden, neue Funktionsteilungen zwischen informellen und formellen Netzen nötig sind und Funktionsgewinnen Ressourcenverluste gegenüberstehen. So gesehen könnten sowohl neue Risiken für bestimmte soziale Gruppen älterer und alter Menschen aus den gewandelten sozialen Bezügen entstehen, als auch neue Chancen für das familiale und gesellschaftliche Miteinander prognostiziert werden. Für die Risikoabsicherung werden professionelle Ressourcen voraussichtlich in anderer Art als bislang und für andere Gruppen alter Menschen kompensatorisch wirksam werden müssen.

Kapitel 6 befasst sich mit der Gegenwart und dem Wandel informeller und formeller Systeme des sozialen Austauschs. Es widmet sich der Betrachtung gegenwärtiger und voraussehbarer Entwicklungen und ihrer Konsequenzen für politische Einflussnahme und Gestaltung. Diese Betrachtung beinhaltet insbesondere Fragen zur Leistungsfähigkeit und Leistungsgrenze familialer Netzwerke, umfasst die Entwicklung außerfamilialer Beziehungsgefüge als sozialer Ressource ebenso wie die Ausdifferenzierung formeller Hilfe- und Unterstützungsangebote als flankierende und eigenständige Netzwerkressourcen. Die Bedeutung der Selbsthilfe alter Menschen und ihr eigenes Potenzial an formellem und informellem Engagement wendet den Blick von der Bedeutung sozialer Ressourcen für den alten Menschen hin zu dem Aspekt, dass alte Menschen selbst eine wichtige soziale Kraft im familialen und gesellschaftlichen Generationengefüge sind. Erst bei Betrachtung der Nutzer- und Geberperspektive werden kohortenspezifische Veränderungen des Handelns alter Menschen ausreichend sichtbar. Diese sich ändernden Handlungsmuster lassen Rückschlüsse auf das gegenwärtige und zukünftige Passungsgefüge zwischen der Ressourcenentwicklung in den sozialen Netzen und den Bedürfnisentwicklungen ihrer Mitglieder zu. Nur in diesem Kontext können angemessene Zukunftsszenarien entwickelt werden.

In die Betrachtungen werden sowohl geschlechtsspezifische Fragen einbezogen als auch die unterschiedlichen Perspektiven der alten und neuen Bundesländer und Spezifika der sozialen Ressourcen von Migranten. Deren soziale Netze werden in der öffentlichen Diskussion häufig entweder als idyllisches Gegenbild zu den vermeintlich zerfallenden deutschen Familien beschrieben oder einseitig problematisiert als zerrissen und entfremdet.

6.1 Haushalts- und Familienstrukturen

In diesem Abschnitt werden die Lebensformen und Familienkonstellationen älterer Menschen beschrieben und Aussagen zur vorhersehbaren zukünftigen Entwicklung getroffen. Insbesondere wird der Frage nachgegangen, ob demnächst eine Erosion des familialen Netzwerkpotenzials in Form abnehmender Paarbindung und fehlender Kinder und Enkel zu erwarten ist.

Zum privaten Netzwerk eines Menschen gehören an erster Stelle Mitglieder des eigenen Haushalts. Sie besitzen eine hervorgehobene Position im Gefüge der privaten Beziehungen, besonders im Hinblick auf die Intimität der Beziehung und die Gestaltung des Alltags.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus lebten im April 1998 in Deutschland 18,5 Millionen Menschen im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten[81] und etwa eine halbe Million in Einrichtungen, zu denen auch die der stationären Altenhilfe zählen.[82] Dies bedeutet, dass rund 97 Prozent der älteren Menschen im eigenen Haushalt oder im Privathaushalt von ihnen nahe stehenden Personen leben.

Erst im hohen Alter gewinnt das Leben im Heim quantitativ an Bedeutung. Im Jahr 1998 waren von den Frauen im Alter von 75 und mehr Jahren zwischen 10,3 Prozent (alte Bundesländer) und 11,5 Prozent (neue Bundesländer) in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht, von den Männern dieses Alters jedoch nur rund 4,3 Prozent (vgl. Mai 2000). Von den über 90-jährigen Männern und Frauen befindet sich nach den Ergebnissen der Pflegeversicherung ein knappes Viertel in stationären Einrichtungen (siehe Kapitel 3.1.4).

Auch die Lebenssituation der weitaus meisten Hochaltrigen ist dadurch gekennzeichnet, allein oder zusammen mit anderen im privaten Haushalt zu leben.

6.1.1 Haushaltsgröße und -zusammensetzung

Wie aus Tabelle 6-1 hervorgeht, leben 32 Prozent der Älteren allein im Haushalt, knapp drei Viertel davon nach Verwitwung. 56 Prozent führen einen Zweipersonenhaushalt. In neun von zehn Fällen handelt es sich bei der anderen Person um den Ehepartner. Hinzu kommen knapp 2 Prozent, die ohne Trauschein mit einem Partner im gemeinsamen Haushalt zusammenleben.[83] Die restlichen 12 Prozent

[81] Bevölkerung am Hauptwohnsitz; nicht zur Bevölkerung in Privathaushalten zählen die in Heimen und anderen Gemeinschaftsunterkünften wohnenden Menschen ohne eigene Haushaltsführung.

[82] Die aus dem Mikrozensus hochgerechneten 0.5 Millionen Menschen ab 60 Jahren, die nicht mehr in einem privaten Haushalt wohnen, entsprechen in etwa den aus der Pflegeversicherungsstatistik zu entnehmenden Zahlen (vgl. Kapitel 3.1.4).

[83] Darüber hinaus gibt es eine kleine Minderheit nichtehelicher Lebensgemeinschaften mit getrennten Wohnungen. Nach den Ergebnissen einer Sonderauswertung des Alters-Surveys lebten 1996 0,8 Prozent der 55- bis 69-Jährigen in einer festen nicht ehelichen Paarbeziehung ohne gemeinsame Haushaltsführung.

Tabelle 6-1: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Haushaltsgröße und Familienstand, April 1998

Alter (in Jahren) und Geschlecht	Bevölkerung	davon: in Haushalten mit ... Personen								
		1				2				3 u.m.
		insg.	ledig	geschieden/ verh. getr.lebend	verwitwet	insg.	mit Ehepartner	in nicht-ehel. LG	Sonstige	insg.
	Tsd. (=100%)	in %								
						Deutschland				
						insgesamt				
60 und älter	18 519	31,9	4,1	4,6	23,2	56,4	51,0	1,7	3,7	11,7
60-64	5 318	17,2	3,8	5,7	7,7	65,0	59,6	2,2	3,0	17,8
65-69	4 207	22,8	3,8	4,6	14,4	65,6	60,6	1,9	3,1	11,6
70-74	3 632	32,6	4,5	4,1	24,1	59,4	54,4	1,4	3,5	8,0
75-79	2 716	46,4	4,6	4,2	37,6	46,9	41,5	1,3	4,1	6,7
80 u.m.	2 646	60,0	4,2	3,4	52,4	29,9	22,9	1,2	5,8	10,0
Deutsche, 60 u.m	18 095	32,1	4,1	4,5	23,5	56,6	51,2	1,7	3,7	11,3
Ausländer, 60 u.m.	425	23,1	4,7	7,6	10,8	48,7	43,5	1,8	3,4	28,2
						Frauen				
60 und älter	10 795	43,9	5,0	5,2	33,6	46,3	39,9	1,4	5,1	9,8
60-64	2 713	22,2	3,6	6,4	12,3	63,3	57,1	2,0	4,1	14,5
65-69	2 244	32,3	4,7	5,3	22,3	58,5	52,4	1,6	4,5	9,2
70-74	2 178	45,1	6,0	5,1	34,0	48,4	42,3	1,2	4,9	6,5
75-79	1 796	60,7	6,2	5,0	49,5	33,0	26,8	1,0	5,2	6,3
80 u.m.	1 864	71,5	5,1	3,8	62,6	17,6	9,7	0,7	7,1	10,9
						Männer				
60 und älter	7 724	15,2	2,8	3,7	8,7	70,4	66,4	2,2	1,7	14,4
60-64	2 606	11,9	4,0	5,0	3,0	66,8	62,6	2,4	1,8	21,2
65-69	1 963	11,9	2,7	3,7	5,5	73,8	70,1	2,2	1,5	14,3
70-74	1 455	13,9	2,1	2,7	9,2	75,8	72,6	1,7	1,5	10,2
75-79	920	18,6	1,6	2,7	14,3	73,9	70,0	2,0	1,9	7,5
80 u.m.	781	32,7	2,0	2,7	28,0	59,4	54,3	2,5	2,7	7,9
						Früheres Bundesgebiet				
60 und älter	15 039	31,9	4,2	4,5	23,2	55,8	50,4	1,7	3,7	12,2
60-64	4 273	17,4	4,1	5,7	7,7	63,7	58,5	2,2	3,1	18,9
65-69	3 371	22,8	3,9	4,5	14,4	64,9	60,0	1,8	3,1	12,3
70-74	2 979	32,5	4,5	4,1	23,9	59,2	54,3	1,3	3,5	8,3
75-79	2 229	45,8	4,6	4,0	37,2	47,2	41,8	1,3	4,1	6,9
80 u.m.	2 187	59,6	4,3	3,3	52,0	30,5	23,5	1,1	5,8	9,9
Frauen, 60	8 714	43,8	5,0	4,9	33,8	46,1	39,6	1,3	5,1	10,1
Männer, 60 u.m.	6 325	15,6	3,1	3,9	8,6	69,3	65,3	2,1	1,9	15,2
						Neue Länder und Berlin-Ost				
60 und älter	3 480	31,8	3,5	5,0	23,2	58,8	53,4	2,0	3,4	9,5
60-64	1 046	16,3	2,7	5,8	7,9	70,3	65,4	2,4	2,5	13,4
65-69	836	23,0	3,2	5,0	14,8	68,4	63,4	2,1	2,9	8,6
70-74	654	33,3	4,1	4,4	24,7	60,2	54,8	1,8	3,5	6,6
75-79	487	48,3	4,7	5,3	38,3	45,1	39,7	1,3	4,0	5,6
80 u.m.	458	62,2	3,6	4,0	54,6	27,4	20,0	1,7	5,8	10,4
Frauen, 60	2 081	44,0	4,9	6,4	32,7	47,6	41,2	1,5	4,9	8,4
Männer, 60	1 399	13,5	1,4	3,0	9,2	75,4	71,5	2,6	1,3	11,1

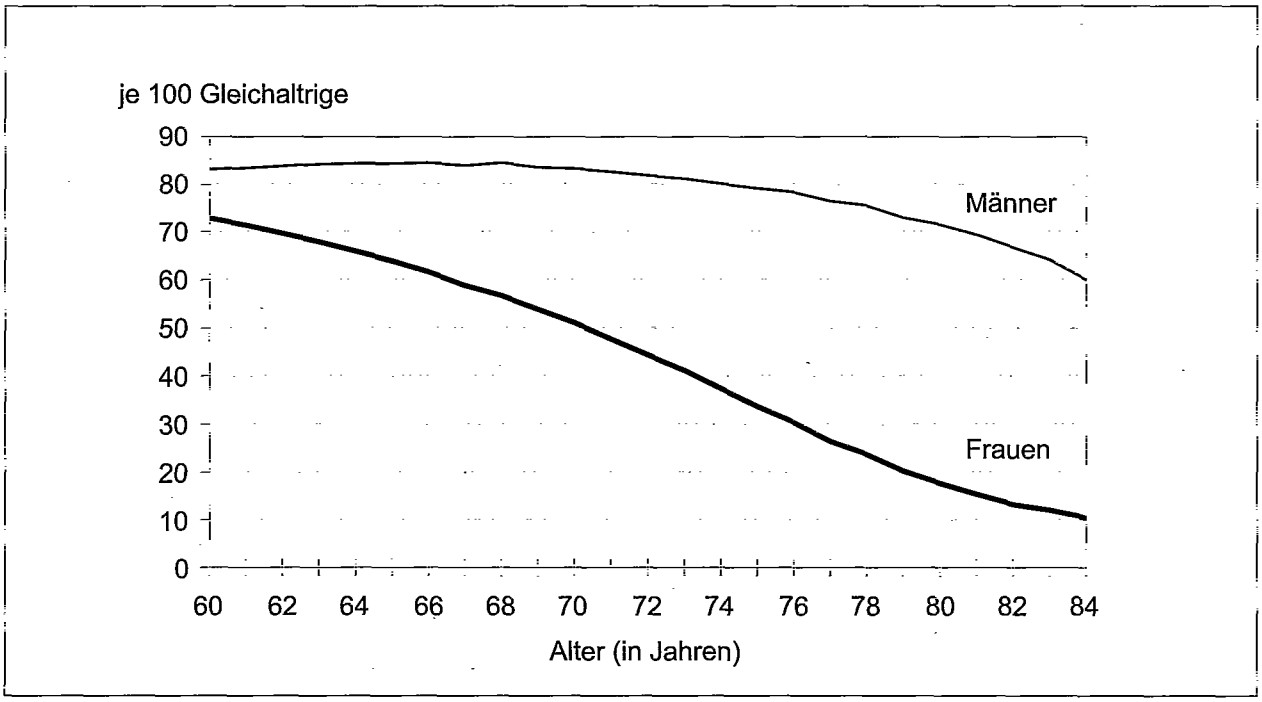
Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus – Bevölkerung in Privathaushalten.

der Älteren leben in Haushalten mit drei und mehr Personen. Die vorherrschenden Haushaltsformen im Alter sind demnach der Einpersonenhaushalt und das Leben als Paar in einem Zweipersonenhaushalt.

Im Osten und Westen Deutschlands gibt es nur geringe Unterschiede in der Verteilung älterer Menschen auf die einzelnen Haushaltstypen. In beiden Landesteilen führen 32 Prozent der Menschen ab 60 Jahren einen Einpersonenhaushalt. Einzig das Leben in Haushalten mit drei und mehr Personen ist im früheren Bundesgebiet mit 12,2 Prozent gegenüber 9,5 Prozent geringfügig mehr verbreitet als im Osten Deutschlands. Verantwortlich dafür ist der im Westen höhere Anteil junger Seniorinnen und Senioren (60 bis 69 Jahre), die noch Kinder im Haushalt haben (vgl. Tabelle 6-2).

Weit bedeutsamer als die Ost-West-Unterschiede der Haushaltsformen im Alter sind die zwischen den Geschlechtern und den einzelnen Altersgruppen. Aufgrund der höheren Lebenserwartung von Frauen und der Tatsache, dass bei Ehepaaren die Frau meist jünger ist als der Mann, haben verheiratete Frauen im Durchschnitt ein weit höheres Verwitwungsrisiko als verheiratete

Abbildung 6-1: Anteil verheirateter Männer und Frauen im Alter von 60 bis 84 Jahren, Jahresende 1997



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Grundlage von Daten der Statistik der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamts.

Männer.[84] Dies führt dazu, dass ältere Männer auch im hohen Alter noch mehrheitlich mit ihrer Ehefrau zusammenleben, während von den Frauen mit zunehmendem Alter immer mehr allein im Haushalt wohnen. Hinzu kommen die demographischen Nachwirkungen zweier Weltkriege, die die Zahl der verwitweten Frauen hat steigen lassen und auf Grund des damaligen Männermangels für einzelne Altersgruppen auch die Erst- und Wiederheiratschancen der Frauen beeinträchtigt hat.

Insgesamt führten 1998 44 Prozent der Frauen ab 60 Jahren einen Einpersonenhaushalt, gegenüber nur 15 Prozent der Männer. Je älter sie sind, desto häufiger leben sie allein im Haushalt (vgl. Tabelle 6-1). Hauptursache dafür ist der vorwiegend durch Verwitwung bedingte Rückgang der in ehelicher Gemeinschaft lebenden Frauen mit zunehmendem Alter.

Der Anteil geschiedener[85] Alleinlebender liegt zwischen 3,8 Prozent bei den Frauen ab 80 Jahren und 6,4 Prozent der Frauen im Alter von 60 bis 64 Jahren. Bei den Männern reicht ihre Quote von 2,7 Prozent (ab 80 Jahren) bis 5,0 Prozent (60 bis 64 Jahre).

Die Zahl und der Anteil geschiedener älterer Alleinlebender wird in Zukunft zunehmen, da die Scheidungshäufigkeit in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gestiegen ist, dies auch bei langjährigen Ehen (Fooken & Lind 1996), die Wiederheiratshäufigkeit Geschiedener hingegen abgenommen hat (Dorbritz 1998; Engstler 1998a).

Alles in allem ist gegenwärtig vor allem bei den Frauen mit steigendem Alter ein deutlicher Rückgang des Anteils Verheirateter zu erkennen. Zwischen dem 61. und 85. Lebensjahr verringet sich der Anteil verheirateter Frauen von 73 auf 10 Prozent, der der Männer bleibt etwa bis zum 70. Lebensjahr konstant bei rund 83 Prozent und verringert sich bis zum 85. Lebensjahr auf 60 Prozent (vgl. Abbildung 6-1).[86]

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass vor allem Frauen den Tod ihres Ehepartners erleben und damit zentrale soziale Ressourcen – möglicherweise aber auch pflegebedingte Belastungen – schwinden.

Mehrgenerationenhaushalte

Neben der Frage nach dem Zusammenleben mit einem (Ehe)Partner ist für das Potenzial sozialer Ressourcen Äl-

[84] Im Jahr 1997 wurden rund 348 Tausend Ehen durch den Tod eines Ehegatten beendet. In fast drei von vier Fällen (72 %) geschah dies durch den Tod des Mannes.

[85] einschl. verheiratet Getrenntlebende.

[86] Für die Bevölkerung ab dem 86. Lebensjahr weist das Statistische Bundesamt aufgrund der wachsenden sta-tistischen Unsicherheit der Bevölkerungsfortschreibung bei den hohen Altersjahren keine Zahlen zum Familien-stand der einzelnen Altersjahre aus. Von den Männern und Frauen im Alter von 85 und mehr Jahren waren Ende 1997 38,7 % (Männer) und 4,9 % (Frauen) verheiratet.

Tabelle 6-2: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Anzahl der Generationen im Haushalt, April 1998

Alter (in Jahren) und Geschlecht	Bevölkerung	darunter: in folgenden Haushaltstypen[1]						
		im 1-Gener. haushalt [2]	im Mehrgenerationenhaushalt			in sonstigen Haushalten		
			insg.	im 2-Gener. haushalt [3]	im 3-u.m.Gener haushalt [4]	mit Seiten-verwandten[5]	mit Nicht-verwandten[6]	im Ein-Personen-Haushalt
	Tsd. (=100%)	in %						
					Deutschland			
					insgesamt			
60 und älter	18 519	51,4	13,9	12,0	1,9	0,7	2,0	31,9
60-64	5 318	60,2	19,7	18,3	1,4	0,4	2,5	17,2
65-69	4 207	61,1	13,4	12,1	1,3	0,7	2,1	22,8
70-74	3 632	54,8	10,1	8,4	1,7	0,8	1,7	32,6
75-79	2 716	41,8	9,1	6,8	2,3	0,9	1,7	46,4
80 u.m.	2 646	23,4	13,9	9,8	4,1	1,1	1,6	60,0
Deutsche, 60 u.m.	18 095	51,6	13,5	11,7	1,8	0,7	2,0	32,1
Ausländer, 60 u.m.	425	44,2	29,7	23,7	6,0	/	2,5	23,1
					Frauen			
60 und älter	10 795	40,3	13,2	10,9	2,3	1,0	1,7	43,9
60-64	2 713	57,5	17,5	16,1	1,4	0,5	2,3	22,2
65-69	2 244	52,8	12,2	10,7	1,5	0,8	1,9	32,3
70-74	2 178	42,6	9,6	7,6	2,0	1,1	1,6	45,1
75-79	1 796	27,1	9,7	6,9	2,8	1,1	1,4	60,7
80 u.m.	1 864	10,3	15,7	11,1	4,6	1,4	1,2	71,5
					Männer			
60 und älter	7 724	66,9	15,0	13,6	1,4	0,4	2,4	15,2
60-64	2 606	63,0	21,8	20,5	1,3	0,4	2,7	11,9
65-69	1 963	70,6	14,6	13,6	1,0	0,4	2,4	11,9
70-74	1 455	73,1	10,6	9,4	1,2	/	1,9	13,9
75-79	920	70,5	8,1	6,6	1,5	/	2,3	18,6
80 u.m.	781	54,6	9,4	6,7	2,7	/	2,8	32,7
					Früheres Bundesgebiet			
60 und älter	15 039	50,9	14,4	12,4	2,0	0,8	2,0	31,9
60-64	4 273	58,9	20,7	19,3	1,4	0,5	2,5	17,4
65-69	3 371	60,4	14,0	12,7	1,3	0,7	2,1	22,8
70-74	2 979	54,8	10,3	8,6	1,7	0,9	1,6	32,5
75-79	2 229	42,2	9,3	6,9	2,4	1,0	1,7	45,8
80 u.m.	2 187	24,0	13,6	9,5	4,1	1,2	1,6	59,6
Frauen, 60 u.m.	8 714	40,0	13,5	11,1	2,4	1,0	1,7	43,8
Männer, 60 u.m.	6 325	65,8	15,8	14,3	1,5	0,5	2,4	15,6
					Neue Länder und Berlin-Ost			
60 und älter	3 480	53,6	12,0	10,2	1,8	0,5	2,2	31,8
60-64	1 046	65,6	15,2	14,0	1,2	/	2,5	16,3
65-69	836	63,7	10,6	9,5	1,1	/	2,3	23,0
70-74	654	55,0	9,2	7,4	1,8	/	2,1	33,3
75-79	487	40,0	8,3	6,3	2,0	/	1,8	49,3
80 u.m.	458	20,2	15,0	10,9	4,1	/	1,9	62,2
Frauen, 60 u.m.	2 081	41,4	12,2	10,0	2,2	0,6	1,8	44,0
Männer, 60 u.m.	1 399	71,7	11,6	10,4	1,2	/	2,8	13,5

Quelle: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus - Bevölkerung in Privathaushalten; / = kein Nachweis wegen zu geringer Stichprobengröße

1) in den Generationenhaushalten können auch Personen vorkommen, die außerhalb der Generationenfolge stehen.

2) Ehepaare ohne Kinder

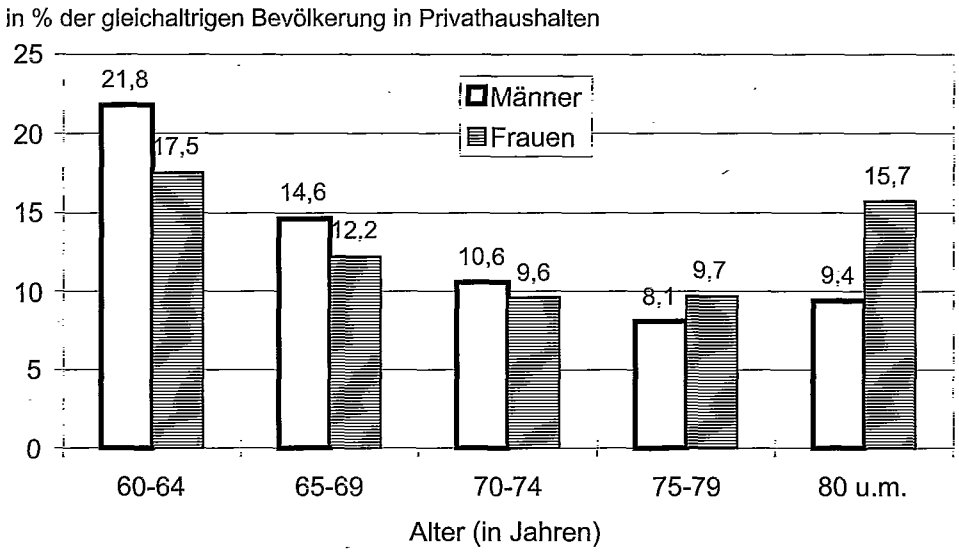
3) Ehepaare oder Alleinstehende mit Kindern (oder Enkeln)

4) Großeltern mit verheirateten oder alleinstehenden Kindern und Enkeln

5) mit Geschwister, Onkel/Tante, Nichte/Neffe etc., einschl. weiterer nicht verwandter Personen

6) in nichtehelicher Lebensgemeinschaft, Wohngemeinschaft etc.

Abbildung 6-2: Anteil älterer Menschen in Haushalten mit zwei und mehr Generationen, 1998



Datenbasis: Statistisches Bundesamt, Mikrozensus

terer besonders das Vorhandensein, der Kontakt und der Austausch mit den eigenen Kindern und Schwiegerkindern und – sofern noch vorhanden – zu den alten Eltern und Schwiegereltern von Bedeutung. Nach den Ergebnissen mehrerer Studien (vgl. Fußnote 80 und Kohli et al. 1997) haben Eltern zu den meisten ihrer Kinder auch nach deren Auszug aus dem Elternhaus regelmäßigen Kontakt, zumal bei rund 80 Prozent mindestens eines der Kinder im selben Ort lebt (siehe Seite 275 ff.). Zugleich wohnen auch die eigenen Eltern oder Schwiegereltern – sofern noch am Leben – häufig im gleichen Ort [87], sodass strukturell gute Chancen für direkte familiale Kontakte und Hilfeleistungen über die Generationen hinweg bestehen.

Einen gemeinsamen Haushalt mit ihren erwachsenen Kindern oder ihren hochbetagten Eltern führen allerdings relativ wenig ältere Menschen. 14 Prozent der Menschen ab 60 Jahren in Privathaushalten wohnen mit einem oder mehreren ihrer Kinder oder mit anderen geradlinig verwandten Personen (Eltern, Kinder, Enkel, Urenkel) zusammen. Größtenteils handelt es sich dabei um 2-Generation-Haushalte mit Angehörigen der Eltern- und Kindergeneration (siehe Tabelle 6-2). Nur knapp 2 Prozent der älteren Menschen leben in 3-Generationen-Haushalten mit einem ihrer Kinder und einem oder mehreren Enkelkindern zusammen. Sowohl die Eltern als auch die erwachsenen Kinder bevorzugen die „Nähe auf Distanz", das selbstständige Wohnen mit der Möglichkeit des regelmäßigen Kontakts.

Es gibt einen leicht u-förmigen Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und dem Zusammenwohnen mit den Kindern, der bei den Frauen stärker ausgeprägt ist als bei den Männern (siehe Abbildung 6-2). Ab Mitte Siebzig nehmen vor allem bei den Frauen die Mehrgenerationenhaushalte wieder zu: Während im Alter von 75 bis 79 Jahren nur 9,7 Prozent der Frauen in einem Mehrgenerationenhaushalt wohnen, sind es bei denjenigen ab 80 Jahren 15,7 Prozent. Auch wenn es sich dabei um keine Längsschnittdaten handelt, deuten diese Zahlen darauf hin, dass nach der „emptynest"-Phase, die in den alten Bundesländern aufgrund des höheren Alters bei der Familiengründung und des längeren Verbleibs der Kinder im Elternhaus später als im Osten Deutschlands beginnt, ein Teil der Menschen im hohen Alter – insbesondere im Falle entstehender Hilfsbedürftigkeit oder nach Verwitwung – wieder mit einem der Kinder zusammenzieht.(siehe Abbildung oben)

In den neuen Bundesländern wohnen Hochbetagte (ab 80 Jahren) zudem mit einem Anteil von 15,0 Prozent – gegenüber 13,6 Prozent in den alten Bundesländern – allgemein etwas häufiger mit einem ihrer Kinder zusammen (ohne Abbildung).

[87] Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys 1996 hat die Hälfte der deutschen Bevölkerung im Alter von 40 und mehr Jahren mit noch lebenden Eltern mindestens ein Elternteil im selben Wohnort (Kohli et al. 1997: 165).

6.1.2 Haushaltsformen älterer Ausländerinnen und Ausländer

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtheit der Bevölkerung ab 60 Jahren betrug 1995 2,3 Prozent. Nach Modellrechnungen des Bundes (Bundesminister des Innern 1996) ist zu erwarten, dass er bis zum Jahr 2020 auf 7,8 bis 8,7 Prozent steigen und im Jahr 2040 zwischen 11,4 und 14,2 Prozent liegen wird.[88]

Die Haushalts- und Familiensituation älterer Ausländer weicht bei einigen Merkmalen von denen der alten Menschen mit deutscher Staatsangehörigkeit ab. Ausländische Senioren und Seniorinnen leben insgesamt häufiger als Deutsche in Haushalten mit drei und mehr Personen bzw. in Haushalten mit Familienangehörigen aus zwei und mehr Generationen (1998: 29,7 % gegenüber 13,5 %). Entsprechend selten wohnen sie in Einpersonenhaushalten (23,1 % gegenüber 32,1 %). Dies dürfte sich jedoch in Zukunft ändern, wenn der jetzt noch geringe Anteil hochaltriger Ausländerinnen und Ausländer steigt und der etwas überdurchschnittliche Anteil lediger Männer im Alter von Mitte bis Ende 50 demnächst ins Rentenalter kommt.

Gleichwohl ist der Anteil Verheirateter unter den älteren Ausländerinnen und Ausländern deutlich höher und der Anteil der Verwitweten niedriger als bei den Deutschen; wobei 7,8 Prozent der verheirateten Älteren vom Ehepartner getrennt leben (Deutsche 1,7 %).

Charakteristisch ist der hohe Männeranteil an der älteren ausländischen Bevölkerung. Ende 1998 betrug er bei den 60-Jährigen und Älteren 55 Prozent (bei den Deutschen: 40 %). In der Altersgruppe der 70-Jährigen und Älteren überwiegen dann jedoch auch bei den Ausländern die Frauen.[89]

6.1.3 Generationenkonstellationen

Die große Mehrzahl älterer Menschen hat Kinder und somit die strukturelle Voraussetzung für Kommunikation, Austausch und Unterstützung seitens der Kinder. Nach den Ergebnissen des Alters-Surveys[90] von 1996 haben nur 14 Prozent der 70- bis 85-Jährigen und nur 12,5 Prozent der 55- bis 69-Jährigen in Privathaushalten wohnenden Menschen keine Kinder[91] (Kohli & Künemund 1999). Da die 40- bis 54-Jährigen noch etwas seltener kinderlos sind (11,8 %) und der Anteil derer mit mindestens zwei Kindern über die drei betrachteten Altersgruppen hinweg relativ konstant ist, wird sich an dem Vorhandensein erwachsener Kinder als wichtige soziale Ressource im Alter in den nächsten zwei Jahrzehnten nur wenig ändern.

Im früheren Bundesgebiet nimmt allerdings der Anteil kinderlos bleibender Männer und Frauen kohortenspezifisch ab den Geburtsjahrgängen der Fünfzigerjahre zu. Seit der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten steigt auch in den neuen Bundesländern der Anteil kinderlos Bleibender. Nach Schätzungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung werden von den 1965 geborenen Frauen im Westen Deutschlands mehr als 30 Prozent, im Osten mindestens 26 Prozent keine Kinder gebären (Dorbritz & Gärtner 1999). Zugleich hat sich die Zunahme der Kinderlosigkeit beschleunigt und diejenigen, die Kinder bekommen, tun dies in einem immer höheren Alter. Verheiratete Frauen sind heute bei der Geburt des ersten Kindes der bestehenden Ehe im Durchschnitt schon 28½ Jahre alt. Für die Eltern dieser jüngeren Kohorten werden sich diese beiden Entwicklungen mittelfristig in einem wieder zunehmendem Altersabstand zwischen Enkeln und Großeltern und einer schrumpfenden Zahl an Enkelkindern auswirken. Die zunehmende Kinderlosigkeit ihrer erwachsenen Kinder führt jedoch nicht im selben Umfang zu einem Anstieg der Enkellosigkeit bei den Männern und Frauen, die gegenwärtig und in nächster Zukunft ins Rentenalter kommen. Denn sie gehören zu den Generationen mit den höchsten durchschnittlichen Kinderzahlen der Nachkriegszeit. Mit der Zahl der eigenen Kinder steigt auch die Wahrscheinlichkeit, Enkel zu bekommen. Daher führt die zunehmende Kinderlosigkeit der nachfolgenden Generationen noch nicht zu einem entsprechenden Anstieg der Enkellosigkeit.

Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung erleben heutige Kinder ihre Großeltern – trotz des inzwischen wieder merklich steigenden Altersabstands der Generationen – immer noch weit häufiger und länger als dies früher der Fall war. Die Großelternphase nimmt inzwischen fast ein Drittel der durchschnittlichen Lebensdauer ein. Die überwiegende Mehrheit der Frauen und Männer über 60 Jahren sind Großeltern. Für die Frauen beginnt die Großmutterschaft durchschnittlich mit ca. 50 Jahren, in etwa mit dem Auszug des jüngsten Kindes. Im Schnitt können sie dann im Laufe der Jahre noch zwei weitere Enkelkinder erwarten (Herlyn et al. 1998).

Insgesamt hatten 1996 rund 60 Prozent der 55 bis 69-Jährigen und 75 Prozent der 70- bis 85-Jährigen Enkelkinder, 23 Prozent der 70- bis 85-Jährigen auch Urenkel (Kohli et al. 2000: 183). Diese hohe Häufigkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins von vier Generationen in der Familienabfolge und der langen gemeinsamen Lebenszeit von älterer Menschen mit ihren Kindern, Enkeln und Urenkeln ist eine Folge des jungen Alters beim Übergang zur Elternschaft und Großelternschaft in den ersten drei Nachkriegsjahrzehnten und der verlängerten Lebenserwartung. Zusammen mit dem säkularen Rückgang der Kinderzahlen in den Familien hat dies die Vertikalisierung der Familienstrukturen und die Herausbildung der „Bohnenstangenfamilie" beschleunigt. Diese historisch einma-

---

[88] Ergebnisse der beiden Varianten A und B (für die ausländische Bevölkerung), kombiniert mit Variante I (für die deutsche Bevölkerung).

[89] Diese Angaben stammen aus dem Informationssystem GeroStat des Deutschen Zentrums für Altersfragen, in dem zentrale Daten der amtlichen Statistik und des Alters-Surveys zur Lebenssituation älterer Menschen für die interessierte Öffentlichkeit zusammengestellt und per Internet frei zugänglich sind (http://www.dza.de).

[90] Der Alters-Survey ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend von der Forschungsgruppe „Altern und Lebenslauf" der Freien Universität Berlin unter der Leitung von Prof. Martin Kohli durchgeführte repräsentative Interview-Erhebung mit knapp fünftausend Befragten der Geburtsjahrgänge 1911 bis 1956.

[91] einschl. Kinder des (Ehe-)Partners, Pflege- und Adoptivkinder.

lige Generationentiefe wird sich jedoch auf Grund des Trends zum biografischen Hinausschieben der Elternschaft und der wachsenden Kinderlosigkeit nicht fortsetzen.

In den neuen Bundesländern sind die Mehrgenerationenkonstellationen wegen der seit Jahrzehnten selteneren Kinderlosigkeit sowie des niedrigeren Familiengründungsalters (und damit des kürzeren Generationenabstands) häufiger als in den alten Bundesländern. So haben im Osten Deutschlands 36 Prozent der 70- bis 85-Jährigen Urenkel, im Westen nur 17 Prozent. Dieser Ost-West-Unterschied in der Generationentiefe wird noch länger erhalten bleiben. Denn in den neuen Bundesländern waren 1996 von den 55- bis 69-Jährigen 76 Prozent Großeltern, im früheren Bundesgebiet nur 52 Prozent, und von den 40- bis 54-Jährigen hatten im Osten 94 Prozent, im Westen nur 86 Prozent Kinder (Künemund & Hollstein 2000). Der abrupte Geburtenrückgang und das stark gestiegene Gebäralter nach der Wende wird in Ostdeutschland erst in zwei Jahrzehnten voll auf die Generationentiefe und Familienkonstellation alter Menschen durchschlagen. Gegenwärtig und in nächster Zukunft sind die Chancen für eine familiale Integration älterer Menschen rein morphologisch im Osten Deutschlands noch höher als im Westen. Allerdings darf nicht übersehen werden, dass insbesondere aus strukturschwachen Gebieten der neuen Bundesländer Angehörige der jüngeren Generationen arbeitsmarktbedingt weggezogen sind oder pendeln und oft nur noch an den Wochenenden zu Hause sind. Alte Menschen werden in diesen Fällen mit beträchtlichen räumlichen Entfernungen zu erwachsenen Kindern und Enkelkindern und/oder zeitlichen Beschränkungen persönlicher Kontaktmöglichkeiten konfrontiert (Haupt 1999: 65).

6.1.4 Familienstandsentwicklung

Mit Blick auf den abnehmenden Anteil der durch die Kriegseinflüsse früh verwitweten oder unverheiratet gebliebenen Frauen in der Altenpopulation ist für ältere Frauen zu erwarten, dass der Anteil Verheirateter unter ihnen künftig zunehmen wird (siehe Kapitel 6.1.5). Dazu trägt auch die historisch überaus hohe Erstheiratshäufigkeit der in den Dreißigerjahren Geborenen bei. Nach Berechnungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung haben von den 1930 bis 1940 geborenen westdeutschen Frauen 95 bis 96 Prozent geheiratet.[92] Auch der Anstieg der Lebenserwartung trägt zu einem wachsenden Anteil von Ehepaaren unter den alten Menschen bei. Wenn immer mehr Männer und Frauen ein hohes Alter erreichen, steigt die Wahrscheinlichkeit, zusammen alt zu werden. So ist es im Verlauf dieses Jahrhunderts zu einem wesentlichen Anstieg der mittleren Ehedauer gekommen. Ein Paar, das 1870 die Ehe einging, lebte im Durchschnitt 23,4 Jahre zusammen. Partner, die sich um 1970 das Jawort gaben und sich nicht scheiden lassen, können damit rechnen, dass ihre Ehe im Durchschnitt erst nach 43 Jahren durch den Tod eines Partners endet (Lutz 1985, zit. in Beck-Gernsheim 1993: 159).

[92] Von diesen Frauenjahrgängen sind im Westen 5 bis 6 Prozent, im Osten jedoch fast doppelt so viele ledig geblieben. Den höchsten Erstheiratsumfang erzielten dort die um 1950 geborenen Frauen.

Bei den Geburtsjahrgängen nach 1940 hat der Anteil derer, die unverheiratet bleiben, wieder zugenommen. Besonders unter den Männern in den alten Bundesländern steigt der Anteil dauerhaft Lediger. Während vom Jahrgang 1935 nur 6,5 Prozent ledig blieben, werden von den 1950 geborenen Männern voraussichtlich 19 Prozent nicht heiraten (Engstler 1998b: 85).

Die Wahrscheinlichkeit, unverheiratet ins Rentenalter zu kommen, nimmt auch auf Grund der gestiegenen Scheidungshäufigkeit der Ehen und der rückläufigen Wiederheiratsrate Geschiedener zu. Während von den 1950 geschlossenen Ehen im früheren Bundesgebiet bis zum 25. Ehejahr nur rund 10 Prozent geschieden wurden, waren es von den 1975 im Westen und Osten Deutschlands geschlossenen Ehen bereits 30 Prozent (Dorbritz & Gärtner 1998: 423). Auch langjährige Ehen werden immer öfters geschieden. Zwar sind Ehescheidungen nach dem 25. Ehejahr immer noch vergleichsweise selten (1995: 2,5 Promille der 30-jährigen Ehen); aber auch das Scheidungsrisiko nach der „Silberhochzeit" hat sich seit Beginn der 80er-Jahre verdoppelt (ebd.). Zugleich ist die Wahrscheinlichkeit, nach einer Scheidung nochmals zu heiraten, gesunken; bei Frauen und Scheidungen im höheren Alter stärker als bei Männern und jünger Geschiedenen (Dorbritz 1998; Engstler 1998a).

Es ist zu erwarten, dass die rückläufige Heiratshäufigkeit, die stark gestiegene Zahl der Scheidungen (zusammengefasste Scheidungsziffer 1996: 32,4 %) bei zunehmendem Scheidungsrisiko langjähriger Ehen und die abnehmende Wiederheiratsneigung Geschiedener langfristig wieder zu einer Zunahme partnerlos alternder Menschen führen wird. In nächster Zukunft wird jedoch die Elterngeneration der Baby-Boomer die Lebensformen im Alter prägen. Von diesen haben – historisch betrachtet – sehr viele geheiratet und werden auch als ältere Menschen sehr viele verheiratet sein.

6.1.5 Zukünftige Entwicklung der Lebensformen älterer Menschen

Eine aktuelle Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) gibt einen Eindruck von den kommenden Veränderungen der Lebensformen im dritten und vierten Lebensalter. Es handelt sich dabei um eine Makrosimulation auf der Grundlage von Annahmen zu den alters- und geschlechtsspezifischen Familienstandswechseln, demographischen Ereignissen und Haushaltszugehörigkeiten, wie sie für das Basisjahr 1996 aus verschiedenen Datenquellen der amtlichen und halbamtlichen Statistik zusammengestellt werden konnten. Für die Zukunft wird dabei überwiegend von einer Fortgeltung der zuletzt festgestellten Profile der einzelnen familiendemographischen Ereignisse ausgegangen.[93] Bezüglich der Lebenserwartung wurde von einem weiteren

[93] So etwa hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Muster der Heirats- und Scheidungshäufigkeit, der Bildung und Trennung nichtehelicher Lebensgemeinschaften, der Fertilität, des Auszugs der Kinder aus dem Elternhaus und des Wohnens in einer Gemeinschaftsunterkunft.

Tabelle 6-3:Lebensformen der Männer im Alter von 65 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in Prozent)

Alter und Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000 - 2040
	in Prozent			in %-Punkten
65 bis 79 Jahre:				
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	1,2	2,6	5,6	+ 4,4
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	16,6	23,3	35,1	+ 18,5
darunter: ledig oder geschieden	6,6	16,5	30,8	+ 24,2
verwitwet	9,9	6,8	4,3	- 5,7
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder[1)]	70,5	61,1	47,5	- 23,0
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	1,5	2,3	4,8	+ 3,3
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)	10,2	10,0	7,0	- 3,2
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)	1,4	0,9	0,7	- 0,7
Sonstige Lebensform	0,2	2,1	4,1	+ 3,9
Insgesamt (in Tsd.)	4 631,2	5 736,4	6 585,2	+ 42,2
80 und mehr Jahre:				
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	5,3	5,4	7,4	+ 2,1
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	33,8	35,5	39,0	+ 5,2
darunter: ledig oder geschieden	3,8	10,3	20,2	+ 16,5
verwitwet	30,0	25,2	18,8	- 11,3
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder	51,7	50,5	43,5	- 8,2
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	1,7	2,0	3,5	+ 1,8
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)	4,7	5,5	6,9	+ 2,2
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)	4,4	3,1	3,2	- 1,2
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	792,7	2 080,6	2 691,4	+ 239,5

1) eigene Kinder oder die des Partners im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.
Quelle: eigene Zusammenstellung aus Daten der Lebensformen-Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (Mai 2000; Hullen 2000).

Anstieg gemäß der niedrigen Variante bei Birg et al. (1998) ausgegangen.[94] Das zu erwartende Migrationsgeschehen wurde in der Modellrechnung des BiB aus datenökonomischen Erwägungen ausgeblendet, indem ein ausgeglichener jährlicher Migrationssaldo in jeder Altersgruppe unterstellt wurde. Die für Männer und Frauen getrennt durchgeführte Simulation beschränkt sich daher im Aggregat auf die weitere Entwicklung der Lebensformen der Bevölkerung von 1996 und deren Nachkommen. Die Aussagekraft für die oberen Altersgruppen dürfte durch das Ausklammern des Migrationsgeschehens nicht wesentlich eingeschränkt sein.

Wie aus Tabelle 6-3 und Tabelle 6-4 zu erkennen ist, wird es im Laufe der kommenden vier Jahrzehnte zu beträchtlichen Veränderungen bei den Lebensformen der deutlich zunehmenden Zahl alter Menschen kommen, besonders unter den Männern.

Der Anteil allein lebender Männer im Alter von 65 bis 79 Jahren wird sich – nach den Modellannahmen – voraussichtlich von knapp 17 Prozent im Jahr 2000 auf 35 Prozent im Jahr 2040 verdoppeln, wobei der Großteil dieses Anstiegs in der zweiten Hälfte des Projektionszeitraums – also nach 2020 – stattfinden wird. Hauptursache für diese Entwicklung ist die Zunahme lediger und geschiedener allein lebender Männer. Ihr Anteil wird sich von 7 auf 31 Prozent erhöhen, während der der alleinlebenden Witwer im Alter von 65 bis 79 Jahren sinken wird. Korrespondierend zur Zunahme Alleinlebender wird der Anteil der mit einer Partnerin zusammenlebenden Männer zurück gehen, vor allem der der Verheirateten, während das nichteheliche Zusammenleben auch im Alter an Bedeutung gewinnen wird. Die Quote der unter 80-jährigen Senioren mit – erwachsenen – Kindern im Haushalt wird sich bis 2020 kaum und danach etwas stärker verringern. Unter Fortschreibung der gegenwärtigen altersspezifischen Häufigkeit des Lebens im Heim werden in vier Jahrzehnten fünfeinhalb Prozent der 65 bis 79-jährigen Männer in Einrichtungen leben, gegenüber heute einem Prozent.

94 Anstieg der Lebenserwartung 65-Jähriger von 1996 bis 2040 um 4 Jahre (Männer) und 4,6 Jahre (Frauen).

Bei den hochbetagten Männern (ab 80 Jahren) wird die Verlagerung von den Paarhaushalten zu den Einpersonenhaushalten schwächer ausfallen. Zwar verfünffacht sich auch bei ihnen der Anteil allein lebender Lediger und Geschiedener voraussichtlich (von 4 Prozent im Jahr 2000 auf 20 Prozent im Jahr 2040). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird jedoch der Anteil alleinlebender Witwer von 30 auf 19 Prozent zurückgehen und der Anteil hochbetagter Männer mit Partnerin im Haushalt in den nächsten beiden Jahrzehnten weitgehend konstant bleiben und anschließend etwas sinken. Innerhalb der hochaltrigen Männer in Einpersonenhaushalten kommt es demnach hauptsächlich zu einer Umschichtung von den Verwitweten zu den Ledigen und Geschiedenen.

Der Anteil der im Heim untergebrachten hochaltrigen Männer wird in den nächsten 20 Jahren nicht und danach etwas steigen. Die absoluten Zahlen der männlichen Heimbewohner werden jedoch aufgrund der insgesamt stark steigenden Zahl der hochbetagten Männer (2000 bis 2040: ÷240 Prozent) beträchtlich zunehmen. Bei der Interpretation dieser Zahlen ist allerdings zu beachten, dass mögliche Veränderungen in den Versorgungsformen und -arrangements Pflegebedürftiger und des Gesundheitszustands alter Menschen in dieser Modellrechnung nicht berücksichtigt werden.

Die Lebensformen älterer Frauen werden sich anders verändern als die der Männer. Der Anteil allein lebender Witwen wird erheblich zurückgehen, bei den Frauen ab 80 Jahren von derzeit knapp 58 Prozent auf nur noch 37 Prozent im Jahr 2040. Bis 2020 wird der Anteil allein lebender lediger und geschiedener Seniorinnen nur wenig steigen, danach stärker. Per saldo wird es unter den Frauen ab 80 Jahren immer weniger Alleinlebende geben (2000: 66 Prozent; 2040: 51 Prozent); bei den Seniorinnen unter 80 Jahren wird ihr Anteil in den ersten zwei Jahrzehnten zurückgehen (von 44 auf 37 Prozent), anschließend wieder etwas steigen (2040: 41 Prozent).

Umgekehrt wird der Anteil der Frauen mit Ehemann oder Lebenspartner in den nächsten zwanzig Jahren bei beiden Altersgruppen stark zunehmen, bei den Seniorinnen ab 80 Jahren auf das Zweieinhalbfache (zwischen 2000 und

Tabelle 6-4:Lebensformen der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren,

Alter und Haushaltstyp	Jahr			Veränderung
	2000	2020	2040	2000 - 2040
	in Prozent			in %-Punkten
65 bis 79 Jahre:				
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	1,4	1,5	2,6	÷ 1,2
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	44,0	36,5	40,6	- 3,4
darunter: ledig oder geschieden	10,4	14,6	26,9	÷ 16,5
verwitwet	33,6	22,0	13,7	- 19,9
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder[1)]	46,1	53,3	44,0	- 2,1
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	2,4	3,4	4,9	÷ 2,5
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)	4,2	5,3	6,3	÷ 2,1
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)	4,1	2,3	3,0	- 1,1
Sonstige Lebensform	0,3	1,0	3,4	÷ 3,1
Insgesamt (in Tsd.)	6 412,7	6 840,9	7 557,9	÷ 17,9
80 und mehr Jahre:				
In Gemeinschaftsunterkunft (Heim etc.)	13,2	12,0	13,8	÷ 0,6
Alleinlebend (im Einpersonenhaushalt)	65,6	57,5	50,7	- 15,1
darunter: ledig oder geschieden	8,2	9,3	14,0	÷ 5,8
verwitwet	57,5	48,2	36,7	- 20,8
Mit (Ehe)Partner, ohne Kinder	10,7	25,4	27,3	÷ 16,6
darunter: in nichtehelicher Partnerschaft	0,9	4,9	5,0	÷ 4,1
Mit (Ehe)Partner und Kind(ern)	0,7	1,4	3,1	÷ 2,4
Ohne (Ehe)Partner, mit Kind(ern)	9,8	3,6	5,1	- 4,7
Sonstige Lebensform	/	/	/	/
Insgesamt (in Tsd.)	2 119,2	3 551,2	4 463,2	÷ 110,6

1: eigene Kinder oder die des Partners im gleichen Haushalt, ohne Altersbegrenzung.

Quelle: eigene Zusammenstellung aus Daten der Lebensformen-Modellrechnung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (Mai 2000; Hullen 2000).

2020 von 11 auf 27 Prozent). Zwischen 2020 und 2040 wird die Quote der hochaltrigen Frauen mit Partner dann das erreichte Niveau in etwa halten, während sie bei denen unter 80 Jahren wieder auf das heutige Niveau zurückgehen wird. Mit dem sinkenden Anteil der Witwen, wozu auch das Auslaufen der kriegsbedingten Einflüsse auf die Familienstandsstruktur beiträgt, geht auch der Anteil hochbetagter partnerloser Frauen zurück, die bei einem ihrer Kinder wohnen (von 10 Prozent im Jahr 2000 auf 4 Prozent im Jahr 2020).

Der Anteil der in stationären Einrichtungen lebenden alten Frauen wird sich nach den Ergebnissen der Modellrechnung nicht erhöhen.

Befürchtungen, wonach es in den nächsten Jahrzehnten aufgrund des familialen Wandels zu einem zunehmenden Anteil älterer Menschen ohne partnerschaftliche und familiale Bindung kommen werde, sind daher zu relativieren. Der Anteil der Seniorinnen mit Partner wird nicht ab sondern zunehmen, besonders kräftig unter den Hochbetagten. Die hochaltrige Frau der Zukunft wird nicht mehr typischerweise die allein lebende Witwe sein. Das Alltagsbild wird in steigenden Maße auch bei den über 80-Jährigen durch die partnerschaftlichen Lebensformen geprägt werden, die zudem in hohem Maße auch das strukturell gegebene Potenzial der Unterstützung durch erwachsene Kinder beinhalten. Erst in der ferneren Zukunft wird sich diesen Haupttypen die wachsende Minderheit der ledig gebliebenen und geschiedenen Frauen hinzu gesellen.

Etwas berechtigter könnten Befürchtungen einer zukünftig schwächer und fragiler werdenden sozialen Integration alter Menschen durch abnehmende partnerschaftliche und familiale Bindungen sein, wenn man den Blick auf die zu erwartenden Lebensformen älterer Männer richtet. Der Anteil Verheirateter wird abnehmen, der der Alleinlebenden steigen; allerdings in den kommenden zwei Jahrzehnten noch nicht so sehr bei den Hochaltrigen, sondern bei den Senioren unter 80 Jahren. Hauptträger dieser Entwicklung sind die ledig gebliebenen und geschiedenen Männer; der Anteil Verwitweter wird sinken. Ob mit der Zunahme lediger und geschiedener älterer Männer auch die Gefahr sozialer Isolation steigt, kann nicht beurteilt werden. Diesen Männern wird größtenteils schon vor Erreichen des Seniorenalters bewusst sein, dass sie im Alter nicht auf den Kontakt und die Hilfe einer Partnerin und meist auch nicht auf die von Kindern werden zählen können. Dies wird sie zumindest motivieren, andere dauerhafte und tragfähige soziale Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. In welchem Maße ihnen dies gelingen wird, lässt sich heute noch nicht sagen. Bisherige Forschungsergebnisse lassen immerhin vermuten, dass die sozialen Beziehungen Alleinstehender zu Personen außerhalb der Kernfamilie etwas vielfältiger sind. Allerdings zeigen Studien auch, dass sie nicht so belastbar sind wie die familialen Bande.

Alles in allem lässt der vorsichtige Blick in die Zukunft eine abnehmende Dominanz der bislang typischen Lebensformen im Alter erkennen. Die älteren Männer der Zukunft werden nicht mehr im selben Maße wie heute als Ehemänner alt werden, und von den Frauen werden weniger bereits als Witwe Seniorin werden oder eine großen Teil dieser Altersphase als solche verbringen. Das Spektrum der Lebensformen im Alter wird vielfältiger, die Verteilung der Alten der Zukunft auf dieses Spektrum breiter.

6.2 Austausch und Hilfe in sozialen Netzwerken

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, wie ältere Menschen in Familienstrukturen und außerfamiliale Netze eingebunden sind. Werden die sozialen Potenziale der Familien durch Alters- und Familienstrukturveränderungen, durch gewandelte Werte oder Lebensstilentwicklungen in Gefahr geraten oder können alte Menschen auch perspektivisch über den partnerschaftlichen und familialen Austausch emotionalen Beistand, instrumentelle und materielle Hilfe erwarten? Wie sehen die Aktivitäten älterer Menschen in außerfamilialen Netzen aus? Zugleich geht es um die Beschreibung der Ressourcen, die vonseiten der älteren und alten Menschen in die Familien und andere soziale Netze eingespeist werden. Nicht zuletzt werden Fragen der Angemessenheit und Entwicklung von Austauschleistungen zwischen den Generationen aufgegriffen.

6.2.1 Familialer Austausch

6.2.1.1 Wohnentfernung und Kontakthäufigkeit zwischen Eltern und Kindern

Bei einer haushaltsübergreifenden Betrachtung erweisen sich die Verwandtschaftsnetze bedeutend dichter, als die Haushaltsstatistiken mit dem geringen Anteil von Mehrgenerationenhaushalten vermuten lassen. Sofern sie Kinder haben, wohnen nach den Befunden des Alters-Surveys 68 Prozent der 70- bis 85-Jährigen mit mindestens einem davon im selben Ort, 45 Prozent sogar im selben Haus oder in der unmittelbarer Nachbarschaft (vgl. Tabelle 6-5). Nur knapp ein Zehntel der 70- bis 85-Jährigen hat kein Kind innerhalb einer Reichweite von zwei Stunden. Noch etwas näher bei ihren Kindern leben die 55- bis 69-jährigen Eltern. Ein Viertel hat noch Kinder im Haushalt, weitere zwei Viertel mindestens ein Kind in der Nachbarschaft oder im selben Ort.[95]

Nicht zu vergessen ist auch die räumliche Nähe älterer Menschen zu ihren eigenen noch lebenden Eltern und das Vorhandensein von Geschwistern. Über die Hälfte der 55- bis 69-Jährigen wohnt im selben Ort wie ihre hochbetagten Eltern oder Elternteile, und knapp 80 Prozent haben Geschwister.

Je mehr Kinder vorhanden sind, desto eher wohnt eines in der Nähe der Eltern (Tabelle 6-6). Bei den älteren Menschen mit zwei erwachsenen Kindern außerhalb ihres

[95] Auch die Ergebnisse von Lauterbach (1998) auf der Grundlage der Daten des Sozioökonomischen Panels belegen die enge räumliche Nähe zwischen Eltern und erwachsenen Kindern. Er stellte zudem fest, dass die Wohnentfernung zwischen den Familiengenerationen mit zunehmendem Alter der Eltern sowie bei kritischen Lebensereignissen noch geringer wird.

Tabelle 6-5: Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996

	40-54 Jahre	55-69 Jahre	70-85 Jahre	Gesamt
Entfernung zum nächstwohnenden Kind:				
Im gleichen Ort oder näher	89,9 %	74,7 %	67,8 %	80,5 %
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	7,7 %	18,9 %	22,8 %	14,4 %
weiter entfernt	2,4 %	6,4 %	9,4 %	5,1 %
Entfernung zum nächstwohnenden Elternteil:				
Im gleichen Ort oder näher	48,2 %	53,1 %	(47,5 %)	49,2 %
Anderer Ort, max. zwei Stunden entfernt	34,9 %	28,2 %	(12,3 %)	33,4 %
weiter entfernt	16,9 %	18,7 %	40,2 %	17,4 %

In Klammern gesetzte Angaben: ungewichtete Fallzahl ≤ 35.
Quelle: Alters-Survey 1996 (Kohli et al. 2000: 186).

Haushalts fällt auf, dass das nächstwohnende Kind überdurchschnittlich oft in unmittelbarer Nähe wohnt, während das andere Kind – verglichen damit – relativ weit von den Eltern entfernt lebt. Es scheint darauf geachtet zu werden, dass eines der Kinder in der Nähe bleibt, was zugleich dem anderen eine größere regionale Distanz und Mobilität erlaubt.

Trotz der unterschiedlichen Wohnentfernung der beiden Kinder haben die Eltern auch zum weiter entfernt wohnenden Kind häufigen Besuchskontakt. Knapp die Hälfte trifft sich täglich (17 %) oder mehrmals die Woche (31 %, s. Tabelle 6-7).

Die aktuellen Partnerschafts- und Familienstrukturen der altersnahen Generationen geben insgesamt keinen Anlass zu Befürchtungen, dass es in nächster Zeit zu gravierenden quantitativen Einbrüchen und Veränderungen im familialen Netzwerk älterer Menschen kommen werde. Zumindest für die nächsten beiden Jahrzehnte lässt sich aus der zahlenmäßigen Entwicklung der Partnerschafts- und Familienkonstellationen der ins Alter kommenden Bevölkerung noch kein Abbau des familialen Hilfe- und Unterstützungspotenzials vorhersagen. Insofern ergibt sich aus der familiendemographischen Entwicklung nicht zwangsläufig ein höherer Bedarf an staatlichen oder privaten Dienstleistungen; zumal sich abzeichnet, dass auch bei den künftigen Alten meist mindestens eines ihrer Kinder nicht weit von den Eltern entfernt wohnt.

Diese entdramatisierende Perspektive für die nähere Zukunft soll jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass

Tabelle 6-6: Wohnentfernung der 60- bis 85-jährigen Frauen und Männer mit ein bis drei erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts zu jedem dieser Kinder, 1996

Zahl der erwachsenen Kinder außerhalb des Haushalts (Kinder nach Wohnentfernung geordnet)	Wohnentfernung				
	im selben Haus	in der Nachbarschaft	im gleichen Ort	in anderem Ort, max. 2 Std. entfernt	weiter entfernt
	Prozent				
Mütter und Väter mit einem Kind außerhalb des Haushalts	11,6	13,6	24,9	33,0	16,9
Mütter und Väter mit zwei Kindern außerhalb des Haushalts:	15,3	19,2	30,0	28,2	7,4
- nächstwohnendes Kind	1,0	6,6	20,5	40,9	31,0
- zweites Kind					
Mütter und Väter mit drei Kindern außerhalb des Haushalts:					
- nächstwohnendes Kind	18,1	26,4	28,8	21,4	5,3
- zweites Kind	0,3	12,8	27,7	42,7	16,4
- drittes Kind	--	5,2	13,1	42,7	39,0

Quelle: Sonderauswertung des Alters-Surveys 1996, eigene Zusammenstellung.

Tabelle 6-7: Kontakthäufigkeit der 60- bis 85-jährigen Frauen und Männer mit ein bis drei erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts mit jedem dieser Kinder, 1996

Zahl der erwachsenen Kinder außerhalb des Haushalts (Kinder nach Wohnentfernung geordnet)	Kontakthäufigkeit			
	täglich	mehrmals die Woche	1 bis 4 mal im Monat	seltener
	Prozent			
Mütter und Väter mit einem Kind außerhalb des Haushalts	35,1	29,0	27,4	8,6
Mütter und Väter mit zwei Kindern außerhalb des Haushalts:				
- nächstwohnendes Kind	39,0	25,2	29,3	6,5
- zweites Kind	16,7	31,2	39,4	12,7
Mütter und Väter mit drei Kindern außerhalb des Haushalts:				
- nächstwohnendes Kind	34,3	33,4	26,7	5,6
- zweites Kind	17,1	28,9	41,9	12,0
- drittes Kind	8,5	24,3	48,9	18,3

Quelle: Sonderauswertung des Alters-Surveys 1996, eigene Zusammenstellung.

es schon heute und mehr noch in der Zukunft ältere Menschen geben wird, die über kein oder nur ein sehr geringes familiales Unterstützungspotenzial verfügen. Auf deren Bedürfnisse wird die formelle Altenhilfe mit geänderten Angeboten reagieren müssen. Unterdurchschnittliche Kontakt- oder Unterstützungsmöglichkeiten konnten bei einer Analyse von Daten des Wohlfahrtssurveys verschiedener Jahre für folgende Personengruppen nachgewiesen werden: Ältere kinderlose Paare, ältere ledige Personen und verwitwete Personen insbesondere dann, wenn sie kinderlos sind. Diese Befunde korrespondieren mit der These der Vertikalisierung des Verwandtschaftssystems. Demnach führt Kinderlosigkeit vor allem im Alter zu mangelnder Unterstützung, die häufig nicht kompensiert werden kann (Diewald 1990).

Das bloße Vorhandensein von Familienangehörigen sagt allerdings noch nichts über die Qualität und Verlässlichkeit dieses Potenzials aus. Beispielsweise stellen sich in der wachsenden Zahl der Scheidungs- und Fortsetzungsfamilien besondere Probleme der intergenerationalen Solidarität zwischen Eltern, Kindern und Großeltern. Engpässe und Veränderungen können sich ferner nicht nur auf der Angebotsseite des Unterstützungspotenzials sondern auch auf der Nachfrageseite ergeben. So kann von der potenziell vorhandenen Unterstützungsmöglichkeit nicht auf das künftige Abfrageverhalten alter Menschen geschlossen werden. Wie Studien zeigen, erwarten Personen, die heute in das Unterstützungsnetz ihrer Eltern eingebunden sind, diese Leistungen nicht unbedingt auch von ihren Kindern (Kuhlmey 1997; Winkler 1997).

6.2.1.2 Geleistete und empfangene Unterstützung

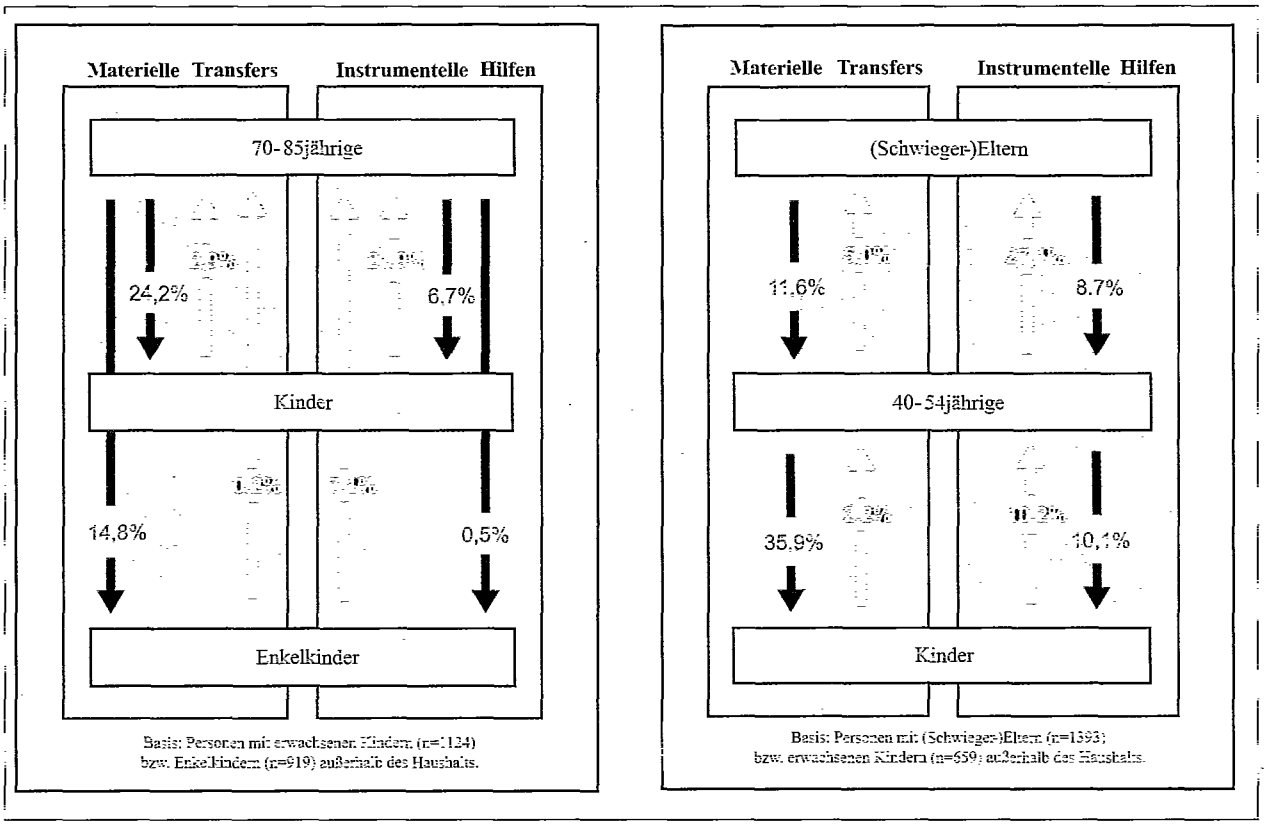
Die Befunde des Alters-Surveys zeigen, dass erwachsene Kinder und Eltern sich im allgemeinen emotional eng verbunden fühlen, häufig miteinander in Kontakt stehen und sich mit finanziellen Transfers und immateriellen Hilfeleistungen unterstützen (vgl. Tabelle 6–8, Abbildung 6–3, und Kohli et al. 2000: 205). Im sozialen Netzwerk älterer Menschen nehmen neben dem Partner die Kinder bei allen Unterstützungsbereichen eine zentrale Position ein.

Materielle Transfers an Familienangehörige wurden im Jahr vor der Befragung von rund einem Drittel der 40- bis 85-jährigen Befragten des Alters-Surveys geleistet. Die Empfänger sind zu 84 Prozent Kinder. Die Jüngeren erhalten von den Älteren in nicht unerheblichem Maße Geld und größere Sachgeschenke. Ein Viertel der 70- bis 85-Jährigen leistete materielle Transfers an Kinder und ein Siebtel auch an Enkelkinder. Auf der anderen Seite erhält gut ein Fünftel der Älteren instrumentelle Unterstützung von den Kindern (Kohli & Künemund 1999: 45 f.). Den abwärts gerichteten monetären Transferfluss bestätigen auch Ergebnisse der Berliner Alterstudie, nach denen rund 30 Prozent aller ab 70-Jährigen monetäre Transfers an ihre Kinder leisten, und zwar im Durchschnitt ca. 4 000 DM pro Jahr (Mayer & Baltes 1996).

Es scheint den „kleinen Generationenvertrag" (Deutscher Bundestag 1998) zu geben, der sich über innerfamiliale Transfer- und Hilfeleistungen realisiert: 90 Prozent aller gegenseitigen Hilfen, finanziellen Transfers und der wechselseitigen Unterstützung findet in der engen Verwandtschaft statt, wobei die materiellen Ressourcen in der familialen Generationenfolge hauptsächlich kaskadenförmig von den Älteren zu den Jüngeren fließen und die Älteren von den Jüngeren instrumentelle Hilfen erhalten.

Abbildung 6-3: Geleistete und erhaltene materielle Transfers und instrumentelle Hilfen

a) 70–85-Jährige b) 40–54-Jährige



Quelle: Alters-Survey 1996 (Kohli & Künemund 1999).

Die Motive für die Gabe und Entgegennahme familialer Hilfen sind vielfältig. Sie reichen von der altruistischen Unterstützung, dem Ausdruck von Zuneigung und emotionaler Enge über Motive der normativen Verpflichtung zur Hilfe bis zu Motiven des gegenseitigen Austauschs, der Förderung und der Einflussnahme. Das Geben und Nehmen in den Familienbeziehungen läßt sich nicht allein einer zentralen Logik, einem Leitmotiv unterordnen. Das familiale Hilfe- und Transfergeschehen wird sowohl durch Gedanken der Liebe, der Solidarität, aber auch des Tauschs, unterschiedlichen Vorstellungen von Reziprozität (direkt, verzögert, generalisiert, intergenerationell) und Aspekten der Anerkennung, Bindung und Macht beeinflusst. Von großer Bedeutung ist zudem die Ressourcenausstattung der Geber und Nehmer und die unterschiedlichen Bedarfslagen im familialen Gefüge. (Walter, W. 1993; Marbach 1994 u. 1997; Alt 1994; Künemund & Rein 1999; Lüscher & Pajung-Bilger 1999; Motel 2000).

Betrachtet man die Leistungsdichte instrumenteller Hilfen für Personen, die nicht im selben Haushalt leben, nimmt diese zwar mit steigendem Alter ab; doch hatte nach den Ergebnissen des Alters-Surveys noch jeder fünfte Mann und jede sechste Frau zwischen dem 70. und 85. Lebensjahr in den vergangenen 12 Monaten vor der Befragung haushaltsfremde Personen unterstützt. Diese Leistungen sind in den neuen Bundesländern häufiger. Sie umfassen Formen wie: Beratung, Hilfe im Haushalt, Umgang mit Behörden, Kinderbetreuung, Hilfe bei Krankheit und Pflege.

Enkelbetreuung

Die bei vielen älteren Menschen vorhandenen gesundheitlichen und finanziellen Voraussetzungen für ein aktives Leben nutzen diese sowohl für eigene Interessen, als auch zugunsten anderer, insbesondere zugunsten ihrer Angehörigen. Am Beispiel der Betreuung ihrer Enkel und anderer Kinder sowie der Übernahme von Pflegeleistungen belegt der Alters-Survey die hohe Wertschöpfung durch unbezahltes Engagement älterer und alter Menschen. Eine (Enkel)-Kinderbetreuung leisten am häufigsten die 55- bis 69-Jährigen; ältere Großeltern haben vermutlich Enkelkinder in einem Alter, in dem eine Betreuung überflüssig wird. Wie auch bei den Pflegetätigkeiten sind es eher die Frauen, die in diesem Bereich aktiv sind. Deutlich zeigt sich hier auch ein Unterschied zwischen den alten und neuen Bundesländern: Von beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen wird Kinderbetreuung in den neuen Bundesländern häufiger ausgeübt. Dies dürfte z. T. auf die etwas höhere Fertilität und das niedrigere Alter der Eltern in den neuen Bundesländern zurückgehen. Faktisch ist die Gelegenheitsstruktur bei den Älteren in den neuen Bundesländern höher.

Der Zeitaufwand für Enkelbetreuung liegt im Durchschnitt bei ca. 41 Stunden pro Monat. Die Varianz ist aber erheblich und reicht von nur einer Stunde im Monat bis zur „Rund-um-die-Uhr- Betreuung".

Die Großeltern sind im Allgemeinen wichtige Bezugspersonen für ihre Enkel und vermitteln ihnen eine über die Eltern hinausreichende familiäre Perspektive (Herlyn et al. 1998). Auch hilfsbedürftige Großeltern mit körperlichen oder psychischen Einschränkungen bedeuten für den jungen Menschen eine wichtige Erfahrung, indem sie auch die schwierigen Seiten des Altwerdens bewusst miterleben (Krappmann 1997). Die Großeltern-Enkel-Beziehung ist ein wichtiger Bestandteil der „multilokalen Mehrgenerationenfamilie" (Bertram 1997).

Die Großeltenrolle wird von den meisten älteren Menschen akzeptiert. Dabei widmen Großväter ihren Enkeln heute mehr Zeit als früher den eigenen Kindern. Eine gefühlsmäßige Beziehung zwischen Großvater und Enkel ist jedoch keine Selbstverständlichkeit, sondern verlangt den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses (Michaelis 1999). Für Großmütter hat die Großmutterschaft generell eine hohe Bedeutung (Herlyn et al. 1998). Darauf hat die vielfach ausgeübte Erwerbstätigkeit kaum Einfluss. Großmütter sind in vielfältigen Beziehung zu den Enkelkindern eingebunden und in unterschiedlicher Weise aktiv mit ihnen. So ist die Kontakthäufigkeit der Großmütter generell hoch: jede sechste Großmutter sieht mindestens eines ihrer Enkelkinder täglich, jede vierte hat mehrmals in der Woche Kontakt (ebd.). Es zeigen sich vor dem Hintergrund der unterschiedlichen biografischen Erfahrungen verschiedene Großmutterstile von „familienorientiert", „doppelorientierten" und „stärker außerfamilial orientierten" Großmüttern (ebd.). Die familienorientierten Großmütter zeichnen sich aber nicht, wie man annehmen könnte, durch eine rein altruistische Form von Familiensolidarität aus. Und die eher außerfamilial orientierten Großmütter zeigen durchaus ein gewisses Engagement im Hinblick auf die Beziehung zu Enkeln und sind zur Verantwortungsübernahme im Notfall bereit. Es zeigt sich, dass intensives Großmuttersein mit verschiedenen, durchaus auch modernen Lebenskonzepten und unterschiedlichen Beziehungsmustern im Mehrgenerationenzusammenhang verbunden ist (ebd.).

Paarbeziehung und Partnerunterstützung

Sofern ältere Menschen in einer Paarbeziehung leben, ist der Partner mit Abstand die größte soziale Ressource (Tabelle 6-8). Die Partnerschaften alter Menschen sind bislang allerdings eher selten Gegenstand wissenschaftlicher Analysen. In Untersuchungen zur Ehezufriedenheit nach Alter und Ehedauer zeigt sich zumeist ein u-förmiger Verlauf, mit Höhepunkten zu Beginn der Beziehung und in der „Phase des leeren Nests" (Fooken 1992 und 1995). Die besondere Qualität der Paarbeziehung ergibt sich aus ihrer Intimität. Man kann davon ausgehen, dass Intimität kein einmal erreichter Zustand im Lebensverlauf, sondern ein prozessuales Geschehen ist, eingebunden in einen permanenten Entwicklungsprozess. Die wenigen relevanten Arbeiten zum Thema zeigen deutlich, dass Intimität im Alter sich zumeist nicht als ein quantitatives Mehr oder Weniger darstellt, sondern als eine qualitative Umstrukturierung. Im Alter werden in der Paarbeziehung stärker die Intimitätskomponenten emotionale Sicherheit und Loyalität betont und weniger der Aspekt der sexuellen Intimität. Gefühle der Zugehörigkeit und Zärtlichkeit haben eine höhere Bedeutung. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass für die Zufriedenheit mit Sexualität im Alter nicht die Frage nach dem Entweder-Oder die entscheidende ist, d. h. es geht nicht um die Aufrechterhaltung der Sexualität um jeden Preis oder um Abstinenz, sondern um die Tatsache der Kommunikation zwischen den Partnern über ihre sexuellen Ansprüche, Bedürfnisse und Befürchtungen (Fooken 1980 u. 1990; von Sydow 1992a). Probleme in der Sexualität alternder Menschen sind in erster Linie nicht physisch, sondern sozial zu begründen. Auf die Frage nach sexuellen Problemen nannten 50- bis 91-jährige Frauen nur selten funktionelle Störungen, sondern emotionale und Beziehungsprobleme (von Sydow 1992b). Nach einschlägigen Studien sind etwa 80 Prozent der 60- bis 65-jährigen sowie 50 bis 70 Prozent der über 78-jährigen Männer weiterhin an Sexualität interessiert. Die entsprechenden Anteile der Frauen sind kleiner, nämlich 50 bis 70 Prozent bei 60- bis 65-jährigen und etwa 30 Prozent bei über 78-jährigen Frauen. Das persönliche sexuelle Interesse und Verhalten im Alter scheint sehr davon abzuhängen, ob Sexualität im gesamten bisherigen Leben ein wichtiger Faktor war oder nicht. Wenn ein Mensch in jüngeren Jahren sexuell aktiv war und auf psychoerotischem Gebiet umfangreiche Erfahrungen gesammelt hat, wird er dies in der Regel bis ins hohe Alter fortsetzen wollen. Bei einer Repräsentativbefragung älterer Menschen ab 61 Jahren in den alten Bundesländern gab ein Drittel an, in den letzten zwölf Monaten sexuellen Verkehr gehabt zu haben; von denen mit Partner bzw. Partnerin waren zwei Drittel der 61- bis 70-Jährigen und etwa ein Drittel der über 70-Jährigen sexuell aktiv (Unger & Brähler 1998). Die Vorstellung, alte Menschen hätten kaum mehr sexuelle Interessen und Paarbeziehungen im Alter seien im Allgemeinen asexuell, sind falsch.

Wie betont, sind Ehe- und Lebenspartner – sofern vorhanden – die Hauptunterstützer im Alter. Fehlen sie, überwiegend aufgrund des Verlusts des Partners (durch Tod oder Scheidung), lässt sich nach den Ergebnissen des Alters-Surveys nur eine teilweise Substitution der fehlenden Partnerunterstützung durch eine Höhergewichtung anderer Netzwerkmitglieder erkennen. Nur die Kinder werden bei Partnerlosen – hauptsächlich bei der kognitiven und emotionalen Unterstützung – deutlich überdurchschnittlich genannt, und das Vertrauen auf die Hilfe der Enkelkinder im Bereich der instrumentellen Unterstützung steigt.

Bei kinderlosen Paaren hat der Partner einen – gegenüber Elternpaaren – noch höheren Stellenwert im Unterstützungsnetzwerk. Fällt diese Ressource weg, ist selbst ein teilweiser Ausgleich durch die Möglichkeit, sich auf die erwachsenen Kinder zu stützen, nicht möglich. Für kinderlose Ältere stellt daher der Verlust des Partners eine gegenüber Älteren mit Kindern noch stärkere und dauerhaftere Einbuße im sozialen Netzwerk dar.

Tabelle 6-8: Nennungshäufigkeit und Rangfolge der Personen, an die sich 70- bis 85-Jährige bei Bedarf nach Unterstützung wenden – könnten –, 1996*

Rang	Person repräsentiert kognitives Unterstützungspotenzial	Person repräsentiert emotionales Unterstützungspotenzial	Person repräsentiert instrumentelles Unterstützungspotenzial
1.	Partner (74 %)	Partner (76 %)	Partner (99 %)
2.	Kinder (65 %)	Kinder (56 %)	Kinder (56 %)
3.	Freunde (9 %)	Freunde (11 %)	Nachbarn (16 %)
4.	Geschwister (9 %)	Geschwister (10 %)	Enkel (13 %)
5.	Andere Verwandte (4 %)	Andere Verwandte (4 %)	Freunde (10 %)
6.	Nachbarn (3 %)	Enkel (4 %)	Bezahlte Helfer (8 %)
7.	Enkel (3 %)	Nachbarn (4 %)	Geschwister (7 %)
8.	Andere Personen (3 %)	Andere Personen (4 %)	Andere Verwandte (5 %)
nachrichtlich: Anteil derer, die sich an niemand wenden könnten	13 %	14 %	23 %**

*) sofern diese Personen existieren;

**) Anteil derer, die außerhalb des eigenen Haushalts niemand haben, an den sie sich mit der Bitte um instrumentelle Hilfen wenden könnten.

Quelle: Alters-Survey 1996 (Künemund & Hollstein 2000: 254, 270–272.); in Privathaushalten lebende Befragte.

Lesebeispiel: Sofern die Befragten einen Partner haben, wird dieser von 76 Prozent als Person genannt, an die man sich wenden könnte, wenn man traurig ist, Trost oder Aufmunterung benötigt (emotionales Unterstützungspotenzial).

Angehörigenpflege

Neben dem Partner sind die Kinder die wichtigste soziale Ressource älterer Menschen. Dies zeigt sich vor allem dann, wenn alte Menschen Hilfe benötigen. Offenbar wird dies beispielsweise bei häuslicher Pflegebedürftigkeit im verwandtschaftlichen Verhältnis zwischen Pflegenden und Gepflegten.

In Deutschland leben rund 1,8 Mio. Menschen, die einer regelmäßigen Pflege bedürfen und Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Von diesen Menschen sind mehr als vier Fünftel 60 Jahre und älter (vgl. Kapitel 3.1.4). Weniger als ein Drittel aller älteren Menschen mit Pflegebedarf wird in Heimen oder anderen Institutionen versorgt. Die weitaus meisten leben zu Hause und werden von Familienangehörigen betreut (Tabelle 6-9).

Nach den Ergebnissen der Infratest-Repräsentativerhebung 1998 (Schneekloth & Müller 2000) tragen in neun von zehn Fällen Angehörige aus dem engeren Familienkreis die Hauptverantwortung für die Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Person. Bei einem Drittel ist es die Partnerin (20%) oder der Partner (12%), bei einem weiteren Drittel eine Tochter (23%) oder Schwiegertochter (10%), und 13 Prozent werden hauptsächlich von der Mutter (11%) oder dem Vater (2%) gepflegt. 80 Prozent der pflegenden Angehörigen sind Frauen. Gut die Hälfte der Hauptpflegepersonen ist zwischen 40 und 64 Jahren alt, ein Drittel älter. Am häufigsten werden Elternteile, am zweithäufigsten der Partner gepflegt. Dabei steht nach Ergebnissen von Fuchs (1999) die Pflegekonstellation „Frau pflegt eigene Mutter" an erster Stelle, gefolgt von „Frau pflegt Ehemann" und „Frau pflegt Schwiegermutter". „Mann pflegt Mutter" steht an sechster Stelle.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich durchgängig das traditionelle Bild: Frauen treten häufiger als Unterstützerinnen in Erscheinung bzw. sind durch diese Leistungen im informellen Netz stärker belastet, da sie in erster Linie Pflegeaufgaben übernehmen und für emotionalen Rückhalt verantwortlich sind (Diewald 1990).

Ergebnisse zur allgemeinen Pflegebereitschaft zeigen deutlich, dass diese mit der Nähe innerhalb des sozialen Netzwerkes korrespondiert. So gaben in einer Studie von Halsig (1995) 95,6 Prozent der Befragten an, ihren Partner bei Bedarf zu pflegen, 91 Prozent waren bereit, dies für ihre Kinder zu tun und 86,4 Prozent für die Eltern. Für die Schwiegereltern bestand diese Bereitschaft bei fast zwei Dritteln der Probanden. Demnach gibt es eine ausgesprochen große Bereitschaft, Pflege innerhalb der Kernfamilie zu leisten. Dazu trägt oft allerdings auch der soziale Druck aus der Verwandtschaft und dem sozialen Umfeld der Pflegenden bei. So übernehmen z. B. Töchter die Hilfe und Pflege gegenüber den alten Elternteilen in höherem Maße „unter Druck" als dies Ehepartnerinnen von pflegebedürftigen Männern tun (ebd.).

Es darf nicht übersehen werden, dass für viele helfende oder pflegende Kinder eine ambivalente Situation ent-

Tabelle 6-9: Geschlecht, Alter, Wohnort und Verwandtschaftsbeziehung der privaten Hauptpflegepersonen zu den Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998

Merkmal der Hauptpflegeperson	Anteil (in %)
Geschlecht	
weiblich	80
männlich	20
Alter (in Jahren)	
unter 40	15
40 – 64	53
65 – 79	27
80 und älter	5
Verwandtschaftsbeziehung zur pflegebedürftigen Person	
(Ehe-)Partnerin	20
(Ehe-)Partner	12
Mutter	11
Vater	2
Tochter	23
Sohn	5
Schwiegertochter	10
Schwiegersohn	0
Sonstige Verwandte	10
Nachbar/Bekannte(r)	7
Wohnort	
Gleicher Haushalt wie Pflegebedürftige(r)	73
Getrennter Haushalt	27

Quelle: Schneekloth & Müller 2000: 52–54

steht. Einerseits zählen sie ihre Eltern im Allgemeinen zu den Menschen, denen sie sich eng verbunden und verpflichtet fühlen. Die normativen Vorstellungen filialer Solidarität kommen im Falle der elterlichen Hilfsbedürftigkeit besonders zum Tragen. Andererseits sehen sie die Belastungen und Einschränkungen und klagen auch über Spannungen und Beziehungskonflikte. Konflikte, die auch unabhängig von elterlicher Hilfsbedürftigkeit beispielsweise dadurch entstehen können, dass alte Menschen an ihrer Elternrolle festhalten oder die Kinder Veränderungen der Eltern durch das Altwerden nicht akzeptieren.

Hilfe und Unterstützung zu leisten und zu empfangen kann für alle Beteiligten erhebliche Belastungen beinhalten. Dies wird insbesondere in der familialen Pflege besonders sichtbar. In der Infratest-Erhebung von 1998 kennzeichneten neun von zehn pflegenden Angehörigen diese Aufgabe als belastend, 48 Prozent empfanden die Situation sogar als sehr stark belastend (Schneekloth & Müller 2000: 56). Die Belastungskategorien von Pflegenden folgen nach den Ergebnissen einer anderen Studie (Boeger & Pickartz 1998) folgender Rangfolge: Einschränkung des eigenen Lebens, Gebundenheit ans Haus, Verhalten/ Zustand des Pflegebedürftigen, negative Auswirkungen auf die Familie, Pflegeaufgaben, gesundheitliche Krisen und Hilflosigkeit gegenüber Schmerzen, eigene gesundheitliche Verfassung, mangelnde institutionelle Unterstützung, fehlende soziale Unterstützung oder soziale Konflikte, ungewisse Zukunft, Verlust unwiederbringlicher Jahre des eigenen Lebens. Dabei korrespondieren folgende Merkmale der Pflegesituation mit einer zunehmenden Belastung der pflegenden Frauen. Sie fühlen sich stärker belastet, je schlechter der Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen ist, mit höherer Pflegestufe, je älter die zu Pflegenden sind. Darüber hinaus fühlen sich jüngere Pflegende mehr belastet als ältere und Frauen, bei denen noch Kinder im Haushalt leben. Art und Ausmaß der Belastung hängen zudem von der spezifischen Pflegesituation ab. Bracker (1990) stellt fest, dass es nur wenige Frauen schaffen, sich soweit abzugrenzen, dass sie geduldig, reflektiert, strategisch und mit den eigenen Ressourcen haushaltend die Pflege ihrer Eltern praktizieren können. Männer zeigen diesbezüglich ein für sie „gesünderes" Verhalten (Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen 1993: 93).

Überdurchschnittlich hohe Depressionswerte, vegetative und psychosomatische Beschwerden der Pflegenden weisen darauf hin, dass die Pflegesituation familiale Potentiale auch überfordern kann. Wird das zu bewältigende Maß an Belastung überschritten, dann kann diese Überforderung auch zum Auftreten von Aggression und Gewalt in der familialen Pflege führen.

Auf der Basis einer repräsentativen Studie für die Bundesrepublik Deutschland (Wetzels et al. 1995: 177) wird geschätzt, dass mindestens 3,4 Prozent der 60- bis 75-Jährigen im Jahr 1991 Opfer innerfamiliärer physischer Gewalt wurden. Bezogen auf die Grundgesamtheit der bundesdeutschen Bevölkerung wären demnach jährlich ca. 340 000 Menschen zwischen 60 und 75 Jahren von physischer Gewalt im Privatraum von Familie und Haushalt betroffen. In erster Linie üben die Gewalt nahe stehende Familienmitglieder aus, die täglichen Kontakt zum alten Menschen haben.

Das Risiko des alten Menschen, Adressat von Gewalt zu werden, steigt mit zunehmender Abhängigkeit von Hilfe und Pflege durch andere Personen. Die demographische Entwicklung wird uns zunehmend mit diesem Phänomen konfrontieren, weil immer mehr alte Menschen ein immer höheres Alter erreichen und damit der prozentuale Anteil pflegebedürftiger Menschen wächst. Welche Formen der Gewalt vorherrschen, ist schwer zu ermitteln. Doch scheinen die psychische Misshandlung und die Vernachlässigung die häufigsten Erscheinungen zu sein.

Da Frauen überproportional häufig in die Pflege des Partners oder der Eltern involviert sind, kommen sie häufiger als Männer in aggressionsträchtige Situationen. Aber auch die alten Menschen, die zu den Opfern von Gewalt werden, sind überwiegend wieder Frauen, zumindest was schwerwiegendere Formen von Gewalt anbelangt. Sie sind in der Regel hilfe- und pflegebedürftig auf Grund körperlicher und psychischer Krankheiten, und sie leiden

besonders unter den psychischen Folgen der Gewalt. Sowohl die pflegenden Familienangehörigen als auch die Hilfsbedürftigen befinden sich oft in einer sozial isolierten Situation, bei der Opfer und „Täter" in gegenseitiger Abhängigkeit verbunden sind. Pflegende und Gepflegte sind oftmals in gegenseitiger Gewalt verstrickt, können „Täter" und Opfer zugleich sein.

Gewalt entsteht häufig in Situationen der Ausweglosigkeit, Angst und Überforderung. Ein zentraler Faktor in der Pflegesituation ist die Diskrepanz zwischen Erwartung und Realität. Häufig wird die private Pflege eines alten Menschen übernommen, weil ein Familienmitglied der Meinung ist, es sei sozial verantwortlich und habe seinen Eltern einen Dank abzutragen. Es kann auch sein, dass man in die Pflege hineingedrängt wird, weil sie ein anderer eben nicht übernimmt. Die pflegende Person geht mit der Erwartung in die Situation, die Anforderungen bestehen zu können; eine Erwartung, die enttäuscht werden kann. Dazu kommt noch der Ausblick auf die Zukunft und die Feststellung, dass die Bürde der Pflege kein absehbares Ende nimmt. Aggression und Gewalt sind in einer solchen Lage eine mögliche Form der Zukunftsabwehr oder Reaktion auf eine Überlastungssituation.

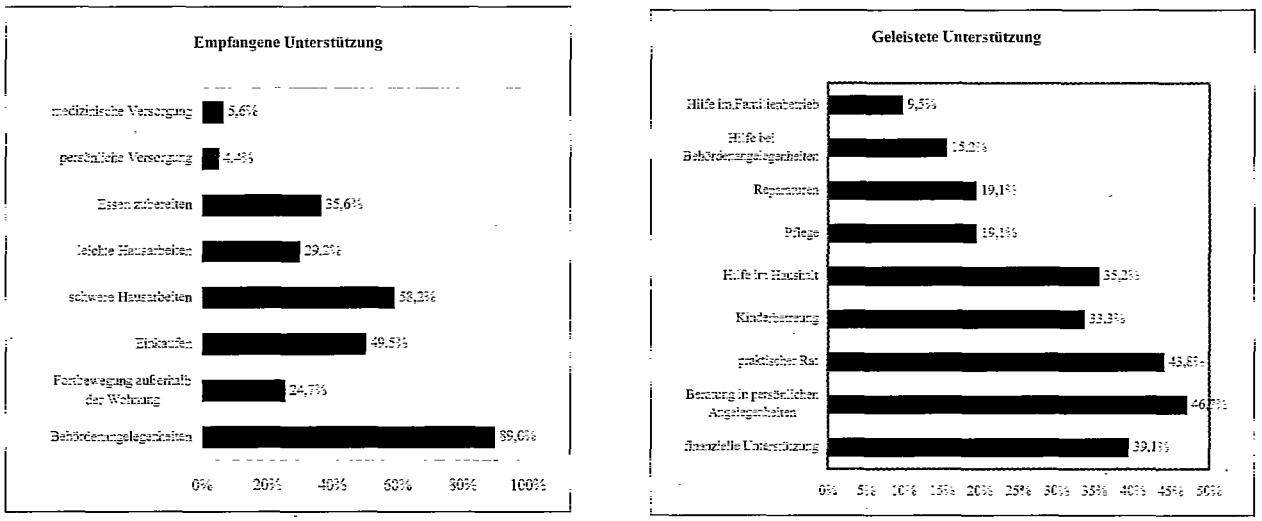
6.2.1.3 Familialer Austausch bei älteren Migranten

Die Familienbeziehungen älterer Migranten weisen besondere Spezifika auf. Eine Besonderheit ihrer familialen Netzwerke besteht darin, dass sie häufig transnationale Austausch- und Hilfebeziehungen beinhalten. Auch im Alter werden Kontakte mit der Herkunftsgesellschaft beibehalten oder sogar verstärkt. Dies äußert sich u. a. in einer hohen grenzüberschreitenden Mobilität älterer Migranten (vgl. Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1998: 49 f. und Schuleri-Hartje 1994: 72 f.) Es muss davon ausgegangen werden, dass ein großer Teil der heute älteren Menschen bestimmter Nationalitäten, die der ersten Migrantengeneration angehörten, noch Kinder im Herkunftsland hat. In einigen kleineren Studien wurden Anteile zwischen rund 40 Prozent und 50 Prozent ermittelt (vgl. Deutsches Rotes Kreuz 1991, Zentrum für Türkeistudien 1992, Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1995, Freie und Hansestadt Hamburg 1998: 150). Die Arbeitsaufnahme der ersten Generation der Arbeitsmigranten in Deutschland war in der Regel kein individuelles Vorhaben, sondern ein eng in den familiären Kontext der Herkunftsländer eingebundenes Familienprojekt. Mit der bei zunehmender Aufenthaltsdauer stattfindenden Veränderung der subjektiven Migrationsziele und Rückkehrabsichten veränderten sich die Netzwerkbeziehungen der Migranten. Die Orientierung auf die Beziehungen in den Herkunftsländern schwächte sich ab, denn „im Verpflichtungsgefüge finden im Laufe der Migration ‚Umbesetzungen' statt, z. B. verschieben sich die Loyalitäten immer mehr auf die eigenen Kinder und Enkelkinder" (Dietzel-Papakyriakou 1993: 38).

Innerhalb der Migrantenfamilien in Deutschland stellen die älteren Migranten eine große Hilferessource dar. Die bedeutendsten Hilfe- und Unterstützungsempfänger sind, wie in deutschen Familien auch, zum einen die Kinder und Enkel, zum anderen die Ehegatten. Insgesamt gaben bei einer Untersuchung aus dem Jahr 1995 (Olbermann & Dietzel-Papakyriakou) 91 Prozent der Befragten an, ein breites Spektrum von Unterstützungsleistungen für andere zu erbringen. Die Kinder stellen mit Abstand die Hauptadressaten dar. 73 Prozent derjenigen, die Hilfeleistungen geben, unterstützen ihre Kinder, 31 Prozent ihre Enkel.[96] Im Vordergrund stehen die Beratung von Kindern in persönlichen Angelegenheiten und praktischen Fragen, die finanzielle Unterstützung sowie Hilfe im Haushalt und bei der Kinderbetreuung (vgl. Abbildung 6-4). Bei

[96] Die Studie der Freien und Hansestadt Hamburg (1998: 53) kommt nur zu 50 Prozent Unterstützungsleistungen durch ältere Migranten an ihre Kinder.

Abbildung 6-4: Empfangene und geleistete Unterstützung von älteren Ausländern



Quelle: Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1995: 103 u. 106

den empfangenen Unterstützungen nimmt die Hilfe bei Behördenangelegenheiten eine herausragende Stellung ein. Daneben erhalten die älteren Migranten von den Kindern weitere Hilfestellung z. B. bei häuslichen Aktivitäten wie schweren Hausarbeiten.

Mit 44 Prozent sind auch die Partner älterer Migranten wesentliche Unterstützungsempfänger (Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1995: 105). Und auch die Hilfeerwartungen älterer Migranten richten sich – wie bei den Deutschen – primär auf den Partner und die eigenen erwachsenen Kinder, wobei sie im Durchschnitt mehr Kinder als Deutsche und häufiger Kontakt mit ihnen haben.

Es gibt jedoch kulturspezifische Besonderheiten: So liegt beispielsweise in türkischen Familien ein hohes Solidaritätspotenzial in den Beziehungen zu Verwandten der gleichen Generation, insbesondere zu den Geschwistern. Diese intragenerationellen Verwandtschaftsbeziehungen weisen eine hohe Stabilität über den gesamten Lebenslauf auf (vgl. Nauck & Kohlmann 1998: 226 u. 230).

Die im Durchschnitt guten familiären Unterstützungspotenziale sollen nicht existierende Probleme vergessen lassen. Zum einen wird häufig von der Tendenz der Überforderung von Hilfebeziehung in Migrantenfamilien auf Grund der ablehnenden Haltung gegenüber professioneller Hilfe und deren verspäteter Inanspruchnahme berichtet. Zum anderen existieren Gruppen mit deutlich kleineren und weniger leistungsfähigen sozialen Netzen, insbesondere bei allein lebenden älteren Migranten. Zwar führt das Alleinleben nicht automatisch zu einer Risikolage, da die Betroffenen – wie auch allein lebende Deutsche – durchaus Kompetenzen für diese Lebensform erworben haben. Wenn bei ausländischen Alleinlebenden aber in der räumlichen Nähe nicht auf Hilfe aus Familien- oder Verwandschaftbeziehungen zurückgegriffen werden kann, können wegen bestehender Zugangsbarrieren zu professioneller Hilfe Situationen chronischer Unterversorgung bei dieser Gruppe entstehen (vgl. Naegele, Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1997; Sen, Schneiderheinze & Öcal 1999; Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1996).

6.2.1.4 Sozialbeziehungen von Heimbewohnern

Nach den Daten der Pflegeversicherungsstatistik (vgl. Kapitel 3.1.4) und den Platzzahlen der Heimstatistik leben leben zwischen 536 und 660 Tausend Menschen, zumeist Frauen in einem sehr hohen Lebensalter, in einer stationären Einrichtung der Altenhilfe. Diese Bewohnerinnen und Bewohner sind größtenteils allein stehende Menschen. Vor diesem Hintergrund müssen die Befunde zu den sozialen Kontakten beurteilt werden. 70 Prozent der Heimbewohner haben häufige soziale Kontakte auf der Station, auf der sie leben. Die Kontaktpflege außerhalb des eigenen Wohnbereichs ist stark abhängig vom Mobilitätsgrad. Besuche von Verwandten oder Bekannten, die außerhalb der Einrichtung leben, erhält fast jeder zweite Heimbewohner in der Regel ein- bis mehrfach wöchentlich. Am häufigsten Besuch bekommen sie von den Kindern. Knapp 30 Prozent haben mindestens ein- bis mehrfach wöchentlich entsprechende Kontakte, weitere 20 Prozent mindestens ein- bis mehrfach monatlich (BMFSFJ 1997: 71–72). Obgleich hochbetagte Bewohner nur selten regelmäßig an sozialen Aktivitäten außerhalb des Heimes teilnehmen, haben Studien gezeigt, dass Bewohnerinnen in zentral gelegenen Häusern – soweit sie mobil genug waren – ihre bisherigen Lebensvollzüge zumindest teilweise aufrechterhalten können und auch häufiger besucht werden. Eine periphere Lage des Heims erwies sich als ungünstig für die Aufrechterhaltung von Außenbeziehungen (Schönberger 1998: 74 bis 75). Diese Befunde sollten bei der Standortplanung von Heimneubauten dringend beachtet werden.

Fast 10 Prozent der Heimbewohner haben selten oder nie Kontakte zu anderen Mitbewohnern oder zu Personen außerhalb der Einrichtung. Auffällig ist, dass es sich hierbei nicht primär um Personen mit vergleichsweise größerem Pflegebedarf oder ausgeprägten psychischen Störungen handelt (Schneekloth & Müller 1997: 71 bis 72).

Eine Studie in zwei Berliner Heimen, die sich ebenfalls mit den sozialen Beziehungen der Heimbewohner befasst, weist darauf hin, dass die professionellen Pflegekräfte auch einzelne Funktionen sozialer Beziehungspartner für die alten Frauen und Männer übernehmen. Beratung zu gesundheitlichen Problemen, Vermögens- und Behördenangelegenheiten, Informieren über Veranstaltungen sowie über Veränderungen auf der jeweiligen Station und innerhalb der Einrichtung sind Beispiele für soziale Unterstützungsleistungen, wie sie am häufigsten von den Pflegenden für die Bewohner erbracht werden. Demgegenüber spielen Pflegekräfte für den emotionalen Rückhalt trotz der Vielfalt der Kontakte zu den Bewohnern eine unbedeutende Rolle (Winter 1997).

6.2.1.5 Aspekte zukünftiger familialer Unterstützung

Über die Bereitschaft künftiger Generationen, Verpflichtungen gegenüber ihren alten Eltern oder Angehörigen zu übernehmen, wird heute viel spekuliert. Es gibt einen paradoxen Widerspruch zwischen den Diskussionen um die Krise der Familie und der nachweisbaren Wirklichkeit der Beziehungen innerhalb der Familie und zwischen den Generationen (Backes 1992).

Für politische Entscheidungen ist die Entwicklung der Wertvorstellungen und Lebenseinstellungen der Menschen von Bedeutung, hängt davon doch zum Beispiel mit ab, ob im Hinblick auf die zunehmende Zahl und sich ändernde Struktur Pflegebedürftiger eher der quantitative Umfang professioneller Pflege zunehmen muß – wie heute vielfach vermutet – oder ob sich die Angebote der professionellen Pflege eher in ihrer Qualität verändern sollten. Bislang kann nicht festgestellt werden, dass die Generationen nicht mehr gewillt sind, Verantwortung füreinander zu übernehmen. Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass alte Menschen in Zukunft mehr Verantwortung für sich selbst tragen und dass sich die Erwartungen verändern, die künftige Seniorinnen und Senioren an die Kinder- und Enkelgeneration haben.

Welche Formen der Unterstützung erwarten beispielsweise Angehörige, die heute die Pflege alter Familienmitglieder übernommen haben, im Falle eigener Hilfeabhängigkeit von ihren Kindern. Hierzu konnten folgende

vorrangige Erwartungen ermittelt werden (Kuhlmey 1997): „Ich möchte nicht zur Last fallen". „Ich erwarte Hilfe im Notfall, aber diese Unterstützung darf das Leben meiner Kinder nicht verändern" und „Ich erwarte gefühlsmäßigen Beistand bzw. emotionale Unterstützung". Nicht erwartet wird, dass „die Kinder mich zuhause aufnehmen", dass sie „das Gleiche tun, wie ich es für meine Eltern tat" und „eine materielle Unterstützung".

Eine solche Haltung bedeutet in der Konsequenz, nach anderen Formen der Unterstützung Ausschau zu halten.

Aus Untersuchungen zur Verfügbarkeit und Leistungen im Netz weitläufiger verwandtschaftlicher Beziehungen im Alter lässt sich erkennen, dass die Verwandten eine „stille Reserve" in den sozialen Netzen alter Menschen sind, d. h. sie kommen dann zum Tragen, wenn Mitglieder der Kernfamilie ausfallen. In welcher Art und Weise die weitere Verwandtschaft zur Bewältigung sozialer Verluste und ihrer möglichen Folgen beiträgt, scheint bisher noch unklar und wird unterschiedlich diskutiert. Folgt man den Ergebnissen der Berliner Altersstudie, besitzen rund 96 Prozent der alten Menschen Seitenverwandte (Geschwister, Nichten und Neffen etc.). Lediglich die Hälfte dieser Beziehungen wird genutzt (51 %), wobei der Anteil der realisierten verwandtschaftlichen Beziehungen hinter denjenigen zu Mitgliedern der Kernfamilie zurückbleibt (Partner: 96,6 %; Kinder: 91 %; Geschwister: 60,4 %).

Obgleich es Unterschiede in der Art der Verwirklichung der einzelnen Beziehungen gibt, finden sich Belege für eine leistungsspezifische Kompensation: Insbesondere Verwitwete sind überdurchschnittlich häufig sehr eng mit Verwandten verbunden, erhalten mehr Hilfe und sind häufiger mit ihnen zusammen. Verwandtschaftliche Beziehungen werden hier für eine Vielzahl verschiedener Leistungen und Funktionen beansprucht bzw. aktiviert.

Die längste gemeinsame Lebenszeit hat der Mensch in der Regel mit seinen Geschwistern. Dennoch zählen ältere Menschen in Deutschland nur selten Geschwister zu ihrem sozialen Netzwerk (vgl. Tabelle 6-8, S. 180). Für das Unterstützungspotenzial im Alter haben sie gegenüber dem Partner und den Kindern zwar nur eine nachrangige Bedeutung. Im Falle von Kinderlosigkeit besitzen Geschwister allerdings einen deutlich höhere Stellenwert im privaten Netzwerk alter Menschen. Während je nach Unterstützungsbereich nur 7 bis 10 Prozent der Älteren mit Kindern Geschwister zu ihrem Unterstützungsnetz zählen, vertrauen kinderlose Ältere rund dreimal häufiger auf ihre Geschwister. Als emotionale Stütze und intellektuelle Hilfe kommen sie gleich nach dem Partner auf Rang 2 und als Quelle instrumenteller Hilfen rangieren sie nach dem Partner und den Nachbarn auf Rang 3 (vgl. Tabelle 6-10).

Der Stellenwert der Geschwisterbeziehungen könnte sich allgemein in spätestens zwei Jahrzehnten deutlich steigern, wenn die noch relativ geschwisterreichen geburtenstarken Jahrgänge, die zugleich von wachsender Kinder- und Partnerlosigkeit betroffen sind, ins Rentenalter kommen. Wie Prognosen zeigen, wird spätestens ab dem Jahr 2020 die Zahl der Kinderlosen bei den über 65-Jährigen zunehmen. Bis zu 30 Prozent der ins Rentenalter kommenden Menschen werden dann ohne eigene Kinder sein und können familialen Austausch nur über Seitenverwandtschaft realisieren.

Sollten die Modellrechnungen hinsichtlich der Zunahme von Single-Haushalten, Kleinfamilien und Kinderlosen zutreffen, könnte sich die Bedeutung des weiteren Verwandtschaftssystems dahin gehend wandeln, dass es zum zentralen Ort von langfristigen, dauerhaften Beziehungserfahrungen wird.

6.2.2 Außerfamiliale, informelle Kontakte und Hilfen

Neben den nahen und entfernten Verwandten gehören Nachbarn, Freunde und Bekannte zum weiteren sozialen Netzwerk.

Tabelle 6-10: Nennungshäufigkeit und Rangfolge der Personen, an die sich 70- bis 85-jährige Kinderlose bei Bedarf nach Unterstützung wenden – könnten –, 1996

Rang	Personen repräsentieren kognitives Unterstützungspotenzial	Personen repräsentieren emotionales Unterstützungspotenzial	Personen repräsentieren instrumentelles Unterstützungspotenzial
1.	Partner (66 %)	Partner (75 %)	Partner (97 %)
2.	Geschwister (26 %)	Geschwister (22 %)	Nachbarn (20 %)
3.	Freunde (18 %)	Andere Verwandte (18 %)	Geschwister (16 %)
4.	Andere Verwandte (18 %)	Freunde (16 %)	Andere Verwandte (15 %)
5.	Nachbarn (6 %)	Andere Personen (8 %)	Profess. Helfer (13 %)
6.	Andere Personen (5 %)	Nachbarn (5 %)	Freunde (13 %)
7.			Freiwillige Helfer (8 %)

Quelle: Alters-Survey 1996 (Künemund & Hollstein 2000: 255); in Privathaushalten lebende Befragte.

Aus repräsentativen Daten des Wohlfahrtssurveys geht hervor, dass Freundschaftsbeziehungen und Hilfeleistungen durch Freunde in der Zeitspanne zwischen 1978 und 1988 deutlich zugenommen haben. So berichteten 1978 und 1984 73 Prozent aller befragten Personen von einem engen Freund außerhalb der Familie, 1988 bereits 81 Prozent (Diewald 1990). In der Berliner Altersstudie, die in der ersten Hälfte der neunziger Jahre durchgeführt wurde, gaben 64 Prozent der über 70-Jährigen an, mindestens einen guten Freund oder eine gute Freundin zu haben. Zu diesen besteht eine hohe Kontakthäufigkeit. Alte Menschen treffen nach Ergebnissen dieser Studie Freunde im Mittel alle neun Tage (Wagner et al. 1996). Es zeigt sich auch, dass durch den Ausbau von Kontakten im Freundeskreis verwandtschaftliche und nachbarschaftliche Kontakte und Hilfen nicht weniger geworden sind; d. h. die Bandbreite des Kontakt- und Hilfespektrums hat sich verändert (Diewald 1990).

Auch zu anderen Kreisen des privaten Umfeldes pflegen ältere Menschen soziale Kontakte. So finden sich 40 Prozent der 55- bis 69-Jährigen und noch 32 Prozent der 70- bis 85-Jährigen regelmäßig mit einem festen Kreis von Personen zu gemeinsamen Aktivitäten zusammen (Kohli & Künemund 1999). In den neuen Bundesländern sind solche Treffen etwas seltener. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind gering. Es wird ein breites Spektrum gemeinsamer Tätigkeiten ausgeübt: Neben Stammtisch und Kaffeeklatsch – die häufigsten Nennungen – u. a. Wandern, Sauna, Gymnastik sowie Spiel und Sport in beinahe allen erdenklichen Varianten, gemütliches Beisammensein oder „Fachsimpeln", Singen, Reiseerlebnisse austauschen, Handarbeiten, Volkstanz, Literatur- und Musikkreise, Malen oder gemeinsame Ausflüge mit dem Bus. Oft gehören die älteren Menschen mehreren solcher Kreise an. Die Zusammentreffen finden überwiegend ein- bis vier Mal im Monat statt. Elf Prozent der 70- bis 85-Jährigen treffen sich mindestens einmal in der Woche, weitere fünf Prozent sogar mehrmals in der Woche.

Auch das Vereinsleben und die Mitwirkung in Organisationen spielt im Leben älterer Menschen eine Rolle. 51 Prozent der 55- bis 69-Jährigen und 43 Prozent der 70- bis 85-Jährigen sind Mitglied in mindestens einem Verein oder einer Organisation, Männer häufiger als Frauen. In den neuen Bundesländern sind solche Mitgliedschaften deutlich seltener als in den alten, die Differenz zwischen Frauen und Männern zeigt sich aber in gleicher Weise. Bei Betrachtung der aktiven Beteiligung am Vereins- oder Verbandsleben relativiert sich die Geschlechtsspezifik, insbesondere im höheren Alter: Männer sind zwar häufiger Mitglied, sie gehen aber seltener als Frauen zu entsprechenden Zusammenkünften und Veranstaltungen. Von den 70- bis 85-jährigen Mitgliedern in Vereinen oder anderen Organisationen nehmen nur 39 Prozent der Männer, aber 65 Prozent der Frauen mindestens einmal pro Monat an solchen Zusammenkünften teil (Kohli & Künemund 1999).

Außerfamiliale soziale Kontakte spielen auch im Leben älterer Migranten eine bedeutende Rolle. Ihre Funktion konzentriert sich im Wesentlichen auf den Bereich der Geselligkeit. Die außerfamilialen Kontakte werden aber im Alter fragiler und gehen zurück. Ein bedeutender Faktor für Kontaktverluste ist die Rückkehr von Bezugspersonen in die Herkunftsländer (vgl. Dietzel-Papakyriakou 1999).

Der Kontakt von älteren Migranten zu Deutschen wird unterschiedlich eingeschätzt. Zunächst ist anzumerken, dass mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, eine wichtige „interethnische Begegnungsmöglichkeit" entfällt. Dies führt nicht selten auch zu einer allmählich verringernden Fähigkeit, sich in deutscher Sprache zu verständigen, was eine zusätzliche Barriere für Kontakte mit Deutschen bedeutet. Als Selbsteinschätzung ihrer Sprachkenntnisse gaben über 60 Prozent der älteren Migranten an, nur schlecht oder sehr schlecht Deutsch lesen zu können, zwischen 37 Prozent (Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1995) und 49 Prozent (Freie und Hansestadt Hamburg 1998) geben an, schlecht oder sehr schlecht Deutsch zu sprechen, und zwischen 22 Prozent und 43 Prozent erklärten, Probleme beim Verstehen zu haben (vgl. Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1998: 71; Freie und Hansestadt Hamburg 1998: 157 f.). Dies erschwert nicht nur die Aufnahme von Beziehungen mit der deutschen Bevölkerung, sondern bedeutet auch Zugangsschwierigkeiten zum deutschen Altenhilfesystem. Immerhin haben fast zwei Drittel der älteren Ausländer Kontakt zu Deutschen (vgl. Olbermann & Dietzel-Papakyriakou 1995: 99), wobei zwischen den Nationalitäten größere Unterschiede bestehen. So gaben in einer Hamburger Studie etwa 90 Prozent der Italiener und Portugiesen an, deutsche Freunde oder Bekannte zu haben, aber nur die Hälfte der Türken und Iraner. Als Gründe für das Fehlen von Kontakten zu Deutschen wurden zu über 70 Prozent Sprachschwierigkeiten angegeben (Freie und Hansestadt Hamburg 1998: 156). Es ist zu erwarten, dass die heute jüngeren Ausländerinnen und Ausländer im Alter stärkeren Kontakt zur deutschen Bevölkerung haben werden, da in den jüngeren Kohorten die interethnischen Beziehungen wesentlich stärker ausgeprägt sind.

Jüngere Personen haben unabhängig von der Nationalität mehr Kontakte außerhalb der Familie und der Verwandtschaft. Allerdings steigt mit zunehmendem Alter die qualitative Bedeutung der Beziehungen – vor allem zu den Nachbarn. Den Befunden der Berliner Altersstudie zufolge rechnen 29 Prozent der befragten alten Menschen mindestens einen Nachbarn zu ihrem Netzwerk (Wagner, Schütze & Lang 1996). Die Ergebnisse des Alters-Survey belegen, dass Nachbarn bei den instrumentellen Unterstützungen häufiger als Freunde genannt werden. Nachbarn rangieren auf Platz 3 und vereinen auf sich 16 Prozent des instrumentellen Potenzials, Freunde nur 10 Prozent (Künemund & Hollstein 2000: 252).

Bekannt ist, dass die Differenziertheit sozialer Netze maßgeblich seine Flexibilität im Falle des Unterstützungsbedarfs bestimmt. Ein nicht zu enges Spektrum sozialer Kontakte und Unterstützungen im außerfamilialen Bereich trägt zu einer Entlastung familialer Ressourcen

bei. Dies gilt beispielsweise für die rasche instrumentelle Hilfe von Nachbarn und den freundschaftlichen Austausch im Kreis einer informellen Gruppe. Für die Zukunft lässt sich einerseits erwarten, dass die nichtfamilialen Netzwerkbeziehungen weiter an Bedeutung gewinnen werden. Andererseits bleibt auf der Basis heutiger Befunde sehr fraglich, ob für Menschen mit ausgedünntem oder fehlendem familialem Netzwerk eine nichtverwandtschaftliche Vernetzung vergleichbare soziale Ressourcen bereit hält bzw. in Zukunft wird bereit halten können.

Heutige Befunde sprechen eher dagegen. So geben zum Beispiel 45 Prozent der Teilnehmer der Berliner Altersstudie (Personen ab dem 70. Lebensjahr) an, dass sie niemanden haben, mit dem sie über persönliche Probleme reden könnten (Smith & Baltes 1996). Dies scheint keine Frage der Netzwerkgröße zu sein, sondern ein Problem der Qualität von Beziehungen. Auch ist darauf hinzuweisen, dass lediglich 10 Prozent aller Unterstützungsleistungen von nichtverwandten Personen erbracht werden.

Die Befunde zur Unterstützungsbereitschaft und zu den privaten Pflegearrangements (siehe Tabelle 6-9, S. 181) legen nahe, dass „weitreichende, langandauernde und zeitintensive Verpflichtungen" – wie Pflegeaufgaben – wohl auch weiterhin hauptsächlich von nahen Verwandten übernommen werden. Lediglich 30 Prozent der Erwachsenen würden entferntere Verwandte oder Freunde pflegen, nur jeder siebte Nachbarn, und für unbekannte Personen würde nur jeder zwanzigste die Pflege übernehmen (Diewald 1990).

6.3 Bürgerschaftliches Engagement[97]

Die zunehmende Aufmerksamkeit, die das Engagement älter Menschen momentan in der Fachöffentlichkeit erfährt[98], hat unterschiedliche Gründe. Noch immer stellt der Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand bzw. die Orientierung an dieser Altersgrenze die entscheidende Zäsur für die Zuschreibung von „Alter" wie auch die Selbst-Definition von älteren Menschen dar. Der anhaltende Trend zur Entberuflichung des Alters und die Verlängerung der Lebenserwartung trugen zu einer Ausweitung der Altersphase bei, die inzwischen etwa ein Drittel des Erwachsenenlebens ausfüllt. Damit sind auch die Erwartungen an diese Lebensphase gestiegen. Viele der jungen Alten suchen heute Rollen jenseits des Erwerbslebens, die sich deutlich von früher vorherrschenden passiven und verlustorientierten Altersentwürfen absetzen, sowie neue Aufgaben, in denen ihre Erfahrungen und Kompetenzen gefragt sind. Neben den gewonnenen Freiheiten erfahren die heutigen Ruheständler aber auch den Zwang zur individuellen Gestaltung ihres Alters, da sie nicht auf allgemein gültige Vorbilder zurückgreifen können. Ein Gestaltungsbereich für das nachberufliche Leben ist das freiwillige Engagement im sozialen, kulturellen politischen und kirchlichen Bereich.

Charakteristisch für die Diskussion ist der uneinheitliche Gebrauch der Begriffe Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement, Selbsthilfe, Freiwilligenarbeit und die problematische Abgrenzung zwischen den dahinter liegenden Konzepten. Dies spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Ehrenamtsforschung wider und führt zu sehr unterschiedlichen Angaben zum Anteil ehrenamtlich Tätiger in der Bevölkerung. Die ausgewiesenen Quoten ehrenamtlich Engagierter reichen von 16 bis rund 40 Prozent.

6.3.1 Ausmaß und Struktur

Analysen von Daten des Sozioökonomischen Panels zeigen für alle Altersgruppen einen Anstieg des freiwilligen Engagements in der letzten Dekade und einen höheren Anteil ehrenamtlich Tätiger innerhalb der Erwerbsbevölkerung als innerhalb der Bevölkerung in der nachberuflichen Lebensphase. Der Alters-Survey ermittelte für 1996 in der Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen einen Anteil von 22 Prozent ehrenamtlich Engagierter, in der Gruppe der 55- bis 69-Jährigen 13 Prozent und bei den 70- bis 85-Jährigen 7 Prozent. Eine Studie zu „Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement", die ebenfalls im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend durchgeführt wurde und etwa 15 000 Bundesbürger über 14 Jahre umfasste, bestätigt diesen Befund (auch wenn sie aufgrund eines anderen Konzeptes von Ehrenamtlichkeit zu weitaus höheren Anteilen von Engagierten als der Alters-Survey kommt). In dieser Studie liegt der Anteil der ehrenamtlich Engagierten in der Gruppe der 14- bis 24-Jährigen und der Gruppe der 25- bis 59-Jährigen bei jeweils 37 Prozent. Bei den 60-Jährigen und älteren beträgt er 26 Prozent. Ein Rückgang des Engagements in den höheren Altersgruppen zeigt sich auch bei den Anteilen der Hochaktiven, die mehr als 5 Stunden pro Woche für ehrenamtliche Tätigkeiten aufwenden: Dort geht der Anteil von 14 Prozent bei den 14- bis 24-Jährigen über 12 Prozent bei den 25- bis 59-Jährigen auf 9 Prozent bei den 60-Jährigen und Älteren zurück (vgl. Rosenbladt & Picot 1999).

In einer Befragung von Ruheständlern zu ihren täglichen bzw. häufigen Freizeitaktivitäten gaben im Jahre 1997 17 Prozent der Befragten an, ehrenamtliche Aufgaben zu übernehmen. Im Vergleich zu einer Vorläuferuntersuchung im Jahre 1983 waren dies 6 Prozent mehr. Dennoch rangiert die Aktivität „ehrenamtliche Aufgaben übernehmen" damit nur auf Platz 32 einer Rangreihe täglicher bzw. häufiger Freizeitaktivitäten. Diese Rangreihe wird von folgenden Aktivitäten angeführt: Zeitung lesen, Fernsehen, ausgiebig Frühstücken, Radio hören, Spazierengehen und sich der Familie widmen. Jeweils mehr als zwei Drittel der Befragten geben diese Aktivitäten als täglich bzw. häufig realisierte Freizeitgestaltung an. Werden die Ruheständler gefragt, was sie gerne häufiger in ihrer Freizeit tun würden, dann stehen Wünsche wie Reisen (52 %

[97] Die Ausführungen dieses Kapitels des Altenberichts stützen sich zu großen Teilen auf eine von der Altenberichtskommission in Auftrag gegebene Expertise von Martin Kohli und Harald Künemund (1999).

[98] Dass es sich beim Thema „Ehrenamt, Bürgerschaftliches Engagementunabhängig" allgemein um ein sehr aktuelles handelt, zeigt auch die Einsetzung der Enquete-Kommission „Zukunft des Bürgerschaftlichen Engagements".

der Befragten würden gerne mehr reisen) und Kultur ganz vorn. Doch geben immerhin 13 Prozent der Ruheständler an, gerne häufiger ehrenamtliche Aufgaben übernehmen zu wollen (Opaschowski 1998a: 127 f.).

In den neuen Bundesländern ist ein ehrenamtliches Engagement in allen Altersgruppen deutlich seltener als in den alten Bundesländern. Männer sind in allen Altersgruppen – in den neuen wie auch in den alten Bundesländern – häufiger ehrenamtlich tätig als die Frauen, und diese Differenz nimmt über die Altersgruppen zu. Dieser Befund, der dem gängigen Bild zu widersprechen scheint, nach dem ehrenamtliche Tätigkeit im Alter primär Frauensache sei, hat zweierlei Gründe: Erstens beziehen sich solche Einschätzungen i. d. R. auf das soziale Ehrenamt, während sich bei Einbeziehung anderer Formen des ehrenamtlichen Engagements das Bild wandelt. Zweitens führt die Verschiebung der Geschlechterproportionen in den höheren Altersgruppen dazu, dass die Frauen zahlenmäßig überwiegen können, auch wenn der Beteiligungsgrad der Männer höher ist.

Viele Untersuchungen haben inzwischen den starken Zusammenhang zwischen einem hohen formalen Bildungsabschluss und der Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement bestätigt. Der Prototyp des oder der ehrenamtlich Tätigen befindet sich im mittleren Lebensalter, besitzt eine gute Ausbildung und ist in gehobener Stellung beschäftigt. Von Mitte der 80-er bis Mitte der 90-er Jahre betrachtet zeigt sich aber, dass ein überdurchschnittlicher Anstieg ehrenamtlicher Tätigkeiten bei Personen ohne Schulabschluss stattgefunden hat und es zu einer Annäherung zwischen den Aktivitäten von Personen mit höheren und niedrigeren formalen Bildungsniveaus gekommen ist (Heinze & Olk 1999: 93). Es scheint dennoch weiter eine massive bildungsbedingte Trennung hinsichtlich der Selbsteinschätzung zu geben, für ehrenamtliches Engagement gebraucht zu werden. Eine 1999 durchgeführte Studie identifiziert zwei Gruppen, deren Selbsteinschätzung, einen sinnvollen Beitrag für das Gemeinwesen leisten zu können, weit auseinander liegen. Von den „jungen Alten" weiblichen Geschlechts mit mittlerer und höherer Bildung sind sich über 80 Prozent sicher, „für freiwilliges soziales Engagement gebraucht zu werden", während bei den 15- bis 29-jährigen Männern mit Hauptschulabschluss nur 27 Prozent den Eindruck äußern, „gebraucht zu werden", und fast 60 Prozent dieser Gruppe sich nicht sicher sind, ob ihr Engagement gebraucht wird (Ueltzhöffer 1999).

Der Gesundheitszustand erweist sich als weiterer Einflussfaktor für das ehrenamtliches Engagement. Allerdings hat erst eine erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigung einen negativen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, ehrenamtlich tätig zu sein (Kohli & Künemund 1999).

Unerwartet niedrig ist die Beteiligung älterer Menschen an speziellen Partizipationsangeboten für Senioren. Diejenigen, die sich engagieren, tun dies im Wesentlichen im altersunspezifischen Bereich: bei den 55- bis 69-jährigen Engagierten liegt der Anteil der nicht in altenspezifischen Zusammenhängen Aktiven bei 91 Prozent und bei den 70- bis 85-Jährigen bei 68 Prozent. Im Kontrast zu der wissenschaftlichen und sozialpolitischen Aufmerksamkeit, die den Seniorengenossenschaften, Vorruhestands- und Senioren-Selbsthilfegruppen, politischen Interessenvertretungen Älterer oder dem Bereich der Bildung im Alter zuteil wird, ist das faktische Engagement Ältererin diesen Bereichen eher gering. Unter den altersspezifischen Gruppen und Vereinen ist die Beteiligung im „traditionellen" Bereich am stärksten, also in den Seniorenfreizeitstätten oder z. B. in Seniorentanzgruppen. Die „neuen" Formen altersspezifischer Partizipation stoßen auf wesentlich geringeren Zuspruch. Beispielsweise bezeichnen sich nur 1,8 Prozent der über 59-Jährigen als Mitglieder einer Seniorengenossenschaft oder einer Senioren-Selbsthilfegruppe. An Seniorenakademien und Weiterbildungsgruppen beteiligen sich nur 0,6 Prozent, und im Bereich der politischen Interessenvertretung Älterer, also in Seniorenbeiräten bzw. -vertretungen oder in der Seniorenarbeit von Parteien und Gewerkschaften beteiligen sich nur 1,4 Prozent. Fassen wir diese drei Kategorien zusammen, so liegt der Anteil bei 3,5 Prozent. Selbst wenn diesen Gruppen eine Symbolfunktion oder ein Modellcharakter zugesprochen werden kann, so handelt es sich dennoch empirisch weiterhin um ausgesprochene Randphänomene (Kohli & Künemund 1999).

Verglichen mit dem eminenten Interesse, das dem ehrenamtlichen und bürgerschaftlichen Engagement der älteren Deutschen seit einiger Zeit entgegengebracht wird, hat das Engagement älterer Migranten lange nur verhältnismäßig geringe Aufmerksamkeit erfahren. Inzwischen liegen aber eine Reihe von Arbeiten vor, die einen Einblick in die Funktion von Migrantenorganisationen, Ausländervereinen und religiösen Organisationen bieten[99].

Bei einer Repräsentativumfrage unter ausländischen Arbeitnehmern gaben 16 Prozent der Befragten an, Mitglied in einem deutschen Verein zu sein (Italiener 22 %, Griechen 17 %, ehemaliges Jugoslawien 15 %, Türken 14 %) und 24 % in einem Verein oder Club der eigenen Nationalität. Ausländische Frauen sind dabei viel seltener als ausländische Männer Mitglied in solchen Vereinen. Es existieren darüber hinaus große Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Über 24 Prozent der jüngeren Ausländer (unter 24 Jahre) sind Mitglied eines deutschen Vereins oder Clubs, während es bei den über 45-Jährigen nur 9 Prozent sind. Bei den Vereinen oder Clubs der eigenen Nationalität sind hingegen nur 17 Prozent der jüngeren aber 30 Prozent der älteren Ausländer Mitglied (vgl. Mehrländer, Ascheberger & Ueltzhöffer 1996: 330 f.).

Das breite Feld der Betätigungsformen älterer Migranten reicht von Sportvereinen über religiöse, kulturelle, soziale bis zu politischen Organisationen. Eine strikte analytische Trennung von Migranten- und Ausländerorganisationen nach politischen, kulturellen, religiösen und sozialen Vereinigungen ist allerdings nicht sinnvoll, da diese in der Regel weniger monofunktional ausgerichtet

[99] Vgl. u. a. Diehl, Urbahn & Esser (1998);Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000); Ministerium für Arbeit, Soziale, Stadtentwicklung, Kultur und Sport(1999); Fijalkowski (1999); Bosl (1999).

sind als deutsche Vereine. Das Engagement findet hauptsächlich in ethnischen Eigenorganisationen statt, die älteren Migranten ein Umfeld bieten, das ihre Identität stützt, indem es ihre kulturspezifischen Kompetenzen und Merkmale anerkennt und positiv bewertet. Diese Formen der Partizipation kommen dem Bedürfnis nach Rückzug der älteren Migranten in ihr ethnisches Milieu entgegen, ermöglichen die Pflege von Geselligkeit und Kultur und gleichzeitig die kulturelle Selbstvergewisserung. Ethnische Organisationen sind für sie mit geringem Such- und Informationsaufwand zu erreichen und bieten darüber hinaus einen Umschlagplatz für das für ältere Migranten relevante Wissen im Umgang mit deutschen Behörden und Institutionen. (Diehl, Urbahn & Esser 1998; Institut für Politikwissenschaft der Universität Münster 1999; Zentrum für Türkeistudien 1999).

Politisches Engagement

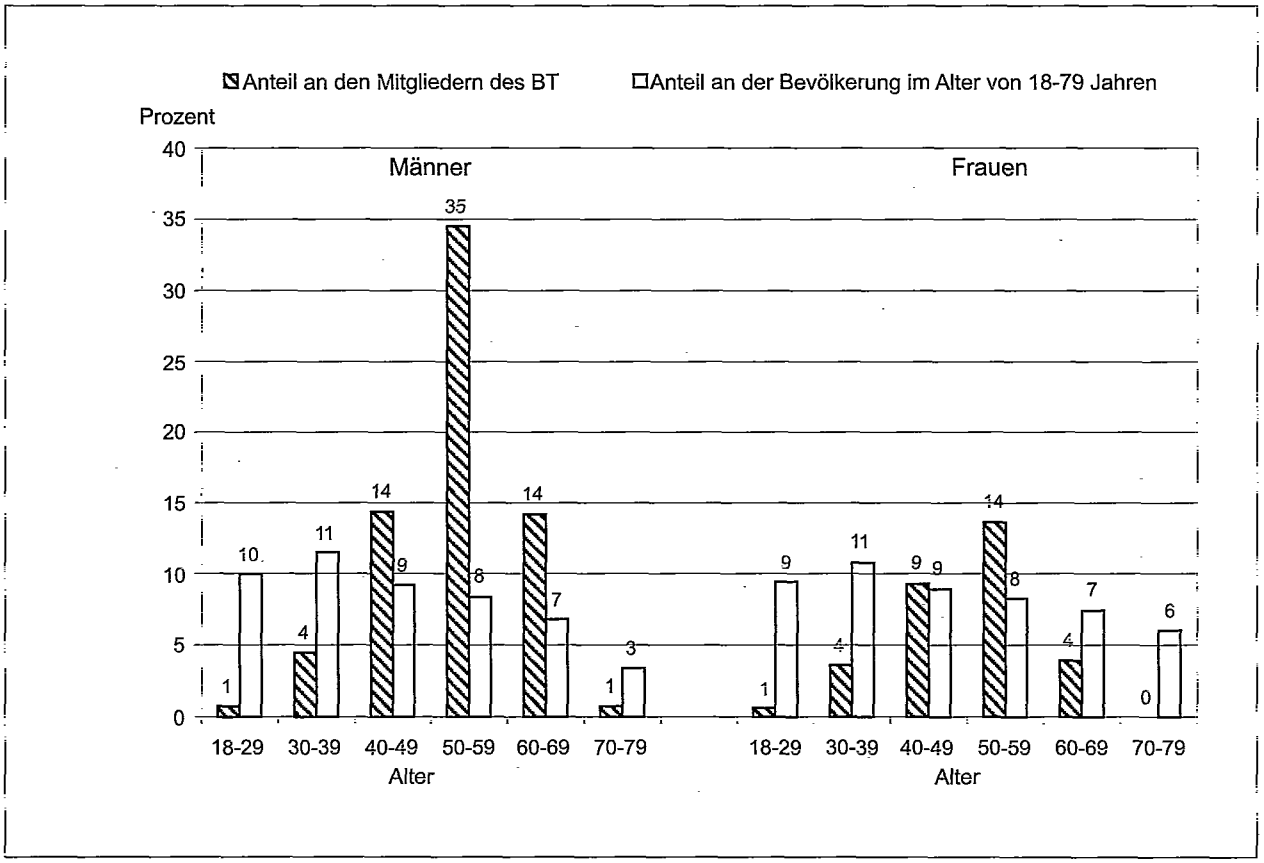
Wie das in der Medienberichterstattung bisweilen auftauchende Schlagwort der „Altenmacht" verdeutlicht, wird die politische Beteiligung und das Engagement Älterer in diesem Bereich häufig als brisant wahrgenommen. Es werden Befürchtungen geäußert vor einer wachsenden und zu groß empfundenen Macht der Alten, die dieser die Durchsetzung partikularer Interessen ermöglichen. Andererseits wird konträr dazu Kritik geübt an der zahlenmäßigen Unterrepräsentation älterer Menschen in den Parlamenten und Entscheidungsgremien von Parteien und Interessenorganisationen.

Die Befürchtung, dass „die Älteren" zukünftig in der Lage sein könnten, alters- und generationsspezifische Interessen ohne viel Rücksicht gegenüber den jüngeren Generationen durchzusetzen, speist sich vor allem aus der Tatsache, dass die über 60-Jährigen heute schon etwa 30 Prozent der Wahlberechtigten stellen und dieser Anteil in 30 Jahren voraussichtlich mehr als 40 Prozent betragen wird (Kohli, Neckel & Wolf 1999: 481).

Allerdings gibt es in Deutschland bislang keine einflussreiche politische Organisation, die ausschließlich gruppenspezifische Interessen von Älteren vertritt. Es existiert hingegen in den alten Bundesländern bis ins hohe Lebensalter eine starke Bindung von Mitgliedern an die Parteien und Gewerkschaften, die sie auch während ihres Erwerbslebens präferiert haben. (vgl. Kohli, Neckel & Wolf 1999).

Eine quantitative Unterrepräsentation älterer Menschen in den deutschen Parlamenten lässt sich tatsächlich fest-

Abbildung 6-5: Altersverteilung der Mitglieder des Deutschen Bundestages (14. WP)



Quellen: Deutscher Bundestag – Altersgliederung 14. WP (1999, http://www.bundestag.de/mdb14/mdbinfo); Informationssystem GeroStat des Deutschen Zentrums für Altersfragen; eigene Darstellung.

stellen. Die parlamentarische Politik wird geprägt von den Angehörigen des mittleren Erwachsenalters, was sich auch in der Altersverteilung des Deutschen Bundestages in der aktuellen Legislaturperiode widerspiegelt. Neben der unterproportionalen Repräsentanz der Älteren im Bundestag fällt allerdings auf, dass auch die jüngeren Altersgruppen und besonders Frauen im Vergleich mit den Anteilen in der Gesamtbevölkerung deutlich unterrepräsentiert sind (vgl. Abbildung 6-5). Es muss jedoch betont werden, dass von äußeren Merkmalen der Abgeordneten (wie Geschlecht, Alter, soziale Schicht) nicht generell auf die Repräsentanz der politischen Interessen einzelner Bevölkerungsgruppen in parlamentarischen Gremien geschlossen werden kann.

Die Wahlbeteiligung der über 60-Jährigen und der über 70-Jährigen lag bislang in der westdeutschen Nachkriegsgeschichte jeweils über der Wahlbeteiligung der unter 30-jährigen Wähler. Es lässt sich andererseits mit den Daten des Alters-Surveys zeigen, dass das aktive politische Engagement und das Interesse an Politik, in der Abfolge der Altersgruppen von 40 bis 85 Jahren deutlich zurück geht. Ob dies auch zukünftig so bleibt, kann bislang kaum abgeschätzt werden.

Ad-hoc-Erklärungen, die auf generelle Alterseffekte abheben, würden zu kurz greifen. Zunächst ist zu beachten, dass sich im Alter die Geschlechterproportion verschiebt. Bisherige Studien zum politischen Interesse haben gezeigt, dass Frauen weniger an Politik interessiert sind als Männer. Betrachtet man nur die Männer, so lässt sich bei ihnen kein – linearer – Rückgang des politischen Interesses mit zunehmendem Alter erkennen. Somit kann ein Teil der Zunahme der wenig politisch Interessierten wahrscheinlich auf die Verschiebungen der Geschlechterproportionen zurückgeführt werden. Ein zentraler Faktor für das niedrige politische Interesse älterer Frauen ist aber wiederum nicht das Alter, sondern der allgemein niedrige formale Bildungsgrad und der im Lebenslauf gegenüber den Männern und gegenüber späteren Kohorten erschwerte Zugang zu Bildung der heute im hohen Alter befindlichen Frauen. Der Rückgang des politischen Interesses im Alter scheint also überwiegend kein Alterseffekt zu sein und wird sich in Zukunft voraussichtlich verringern, unter anderem aufgrund des höheren Bildungsniveaus (insbesondere der Frauen).

In den 70er-Jahren wurden kommunale Seniorenbeiräte als neues Feld der politischen Partizipation für ältere Menschen geschaffen. Sie besitzen bei kommunalen Entscheidungen Anhörungs- und Beratungsrechte und finden in den Kommunen zunehmend Beachtung. 1996 waren in 735 kommunanlen Seniorenvertretungen etwa 8 000 Personen ehrenamtlich engagiert (Mayer, K.-H. 1997). Inzwischen existieren etwa 1 000 solcher Beiräte in Städten und Gemeinden, d. h. in ca. 7 Prozent der Kommunen. Nach wie vor stehen unterschiedliche Formen der Konstituierung der Seniorenbeiräte nebeneinander. So werden sie in einem Tel der Kommunen von der älteren Bevölkerung gewählt, in anderen durch eine Delegiertenversammlung lokal aktiver Vereine und Verbände gewählt oder durch Stadtverordnetenversammlung, Gemeindevertretung oder den Kreistag delegiert. Delegations- und Ernennungsprinzip haben immer wieder die Frage nach der Legitimation dieser Institutionen aufgeworfen.

Die Arbeit und Wirkung der Seniorenvertretungen variieren je nach der personalen Zusammensetzung vor Ort stark. Das Engagement des Gremiums bzw. einzelner Mitglieder und die Vertrautheit mit den Mitwirkungs- und Anhörungsrechten ist hier von entscheidender Bedeutung. Bislang dominieren in den Seniorenvertretungen noch immer „Personen, die sich schon ‚von Hause aus' durch eine besondere Nähe zu den vor Ort bestehenden politischen Eliten bzw. den dort tätigen Organisationen und Verbänden auszeichnen: Es dominieren ehemals aktive Politiker und Verbandsfunktionäre oder ehemals hauptamtlich tätige Verwaltungsmitarbeiter" (Naegele 1999: 241). Seniorenbeiräte können aber auch „politische newcommer" an andere Formen der politischen Partizipation heranführen. Die Partizipation in Seniorenbeiräten initiiert dabei Lernprozesse, die weit gehende politische Kompetenzen hervorbringen (Reggentin & Dettbarn-Reggentin 2000).

Aufgrund der großen existierenden Unterschiede in der Bedeutung, der konkreten Arbeit und Durchsetzungsfähigkeit der Seniorenbeiräte fällt eine einheitliche Bewertung schwer. Sie haben sich vielerorts zu unabhängigen Institutionen entwickelt, die sich in ihrer Aufgaben und Zielstellung von den traditionellen Akteuren der lokalen Altenhilfe „emanzipiert" haben und erfolgreich anwaltschaftliche Funktionen für die kommunalen Belange Älterer übernehmen. Sie sind damit weder Ausdruck einer zunehmenden illegitimen Altenmacht noch Feigenblatt für eine Verdrängung Älterer aus den Kerbereichen kommunalpolitischer Entscheidungsprozesse.

Wie in der deutschen Bevölkerung, finden sich auch bei den älteren Ausländern die politisch Interessierten und Aktiven tendenziell bei den besser Gebildeten sowie den stärker Assimilierten. Insgesamt ist das politische Interesse ausländischer Seniorinnen und Senioren jedoch relativ niedrig und weniger als 30 Prozent äußern ein starkes oder sehr starkes politische Interesse (Diehl, Urbahn & Esser 1998: 33 u. 37). Als Erklärung hierfür wird zum einen die bereits erwähnte enge Verbindung von politischem Interesse und Bildungsniveau angeführt, was bei dem durchschnittlich eher niedrigen schulischen und beruflichen Bildungsniveau der Arbeitsmigranten die beobachteten Werte plausibel erscheinen lässt. Ein zweiter Grund für das niedrige Interesse dürften die mangelnden politischen Gestaltungsspielräume für ältere Migranten (z.T. fehlendes oder eingeschränktes aktives und passives Wahlrecht) im Zusammenspiel mit der lange vorherrschenden starken Rückkehrorientierung der ersten Generation sein.

Engagement in kirchlichen Organisationen

Während in Westdeutschland heute etwa 80 Prozent der Bevölkerung entweder der evangelischen oder katholischen Kirche angehören, trifft dies für Ostdeutschland nur

[96] Im Falle der Bundesrepublik liegt dies nicht nur an der höheren durchschnittlichen Lebenserwartung der Frauen, sondern zusätzlich am kriegsbedingten Verlust an Männern.

auf 30 Prozent zu. Wie bei der Kirchenmitgliedschaft zeigen sich auch bei der Partizipation in kirchlichen Gruppen große Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland. So sind in Westdeutschland 12 Prozent und in Ostdeutschland 3 Prozent der über 54-Jährigen in einem kirchlichen Verein organisiert (Schöb 1999: 9).

Die religiöse Betätigung und die Partizipation in kirchlichen Organisationen hat für viele immer noch eine sehr hohe Bedeutung. Umgekehrt stellt das ehrenamtliche Engagement älterer Menschen für Kirchengemeinden und die konfessionell orientierten Wohlfahrtsverbände eine große Ressource dar. Allein die beiden großen Wohlfahrtsverbände, das Diakonische Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutsche Caritasverband, schätzen die Zahl der bei ihnen ehrenamtlich engagierten Personen auf rund 400 000 (Diakonie) und 500 000 (Caritas), nicht mitgerechnet die in Kirchengemeinden tätigen ehrenamtlichen Helfer (Deutscher Bundestag 1998a).

Das Engagement in kirchlichen Kontexten weist gegenüber anderen Feldern des ehrenamtlichen Engagements einige Besonderheiten auf. Hier sind es überwiegend Frauen, die engagiert sind. Außerdem partizipieren in kirchlichen Vereinen überproportional ältere Menschen. Eine Studie der Caritas (1999) zeigt: „Knapp drei viertel der ehrenamtlich in Pfarrgemeinden Mitarbeitenden sind mindestens 50 Jahre alt. Jede dritte Frau und jeder fünfte Mann sind 65 Jahre oder älter". Nach Angaben der Caritas und der Diakonie ist das Ehrenamt in ihren Organisationen nicht rückläufig. Einige Arbeitsfelder erwiesen sich als besonders attraktiv für ehrenamtlich Tätige. In Übereinstimmung mit den Befunden zum Motivationswandel im Ehrenamt sind dies vor allem Bereiche, in denen Ehrenamtliche innovativ und sozial gestaltend tätig sein können. Insbesondere Hospizinitiativen erhalten mehr Anfragen nach Mitarbeitsmöglichkeiten, als ehrenamtliche Helfer eingesetzt werden können. „Ein Rückgang der Zahl der Ehrenamtlichen ist eher bei den stationären Hilfen sowie in Feldern zu erkennen, in denen die altruistischen Beweggründe des ehrenamtlichen Engagements eine zu starke Betonung erfahren haben." (Deutscher Bundestag 1998a: 20).

Religion hat für viele ältere Migranten einen hohen Stellenwert. Herausragend ist ihre Bedeutung für die türkische Bevölkerung. Sie weisen den höchsten Anteil an Besuchern religiöser Veranstaltungen auf, während die Teilnahmehäufigkeit der anderen Migrantengruppen kaum von dem der deutschen Bevölkerung abweicht (vgl. Diehl, Urbahn & Esser 1998: 30 f. und Mehrländer, Ascheberger & Ueltzhöffer 1996: 333). Religiöse Beweggründe und die kirchliche Einbindung dürften auch bei einer spezifischen Frage eine wichtige Rolle spielen, die sich älteren Migranten beim Thema „Sterben" stellt: die Frage, in welchem Land man beerdigt werden möchte. 83 Prozent der in einer Hamburger Studie befragten älteren Ausländer gaben an, dass sie sich in ihrem Herkunftsland bestatten lassen wollen. Ältere Türken äußerten zu 95 Prozent diesen Wunsch, Italiener zu 77 Prozent, Portugiesen zu 60 Prozent und Polen zu 52 Prozent (Freie und Hansestadt Hamburg 1998: 245).

6.3.2 Motive bürgeschaftlichen Engagements

Eine mitverantwortliche Lebensführung beinhaltet eine spezifische Wertorientierung und Bereitschaft, ein persönliches Anliegen, sich im Interesse anderer zu engagieren. Eine derartige Motivstruktur vorausgesetzt, können die für andere erbrachten Leistungen und Hilfen in hohem Maße zu persönlicher Sinnerfahrung und Zufriedenheit beitragen. Die Aktivitäten Älterer im Ehrenamt, bürgerschaftlichen Engagement und Selbsthilfe erhalten und trainieren individuelle Fähigkeiten und bieten die Möglichkeit zur Erfahrung von Kontinuität, Effektivität, Selbstwertgefühl und Wertschätzung durch andere. Engagierte aktive Ältere erschließen sich Beziehungen und Zugänge zu sozialen Netzwerken und erweitern damit ihre Handlungsspielräume. Engagement kann Belastungen mit sich bringen, stellt für die Aktiven aber häufig selbst eine „soziale Ressource" dar. Andererseits stellt das Engagement älterer Menschen heute bereits eine erhebliche Ressource für andere Menschen und die Gesellschaft dar.

Empirische Untersuchungen zeigen vielfältige Motive für ein ehrenamtliches Engagement bei älteren Menschen. Zunächst ist allgemein auch bei Nicht-Engagierten eine hohe Verantwortung für die Gestaltung des Gemeinwesens festzustellen. So geben ca. 61 Prozent der Deutschen an, dass für sie der Satz „ganz genau zutreffe": „Ob ich mich hier im Lande wohl fühle oder nicht, dafür bin ich auch selbst verantwortlich". Hinzu kommen noch 26 Prozent die angeben, dass dies für sie „eher zutreffe" (Ueltzhöffer 1999: 44). An der Spitze der Erwartungen an ein bürgerschaftliches Engagement – zu denen geäußert wurde („Trifft ganz genau zu") – standen bei den über 60-Jährigen die Aussagen: „Anderen Menschen zu helfen" (62 %), „So akzeptiert zu werden, wie man ist" (58 %), „Das Gefühl zu bekommen, gebraucht zu werden" (56 %), „Spaß zusammen mit Gleichaltrigen zu haben" (52 %), „Jung und Alt wieder stärker zusammenzubringen" (45 %) und „Seine Fähigkeiten einzubringen" (42 %). In den jüngeren Altersgruppen spielen Selbstverwirklichungs- und Spaßmotive eine größere Rolle (Ueltzhöffer 1999: 68).

Schon seit längerer Zeit wird die abnehmende Bindungsfähigkeit großer traditioneller Organisationen und die Verschiebung von „selbstlosen" hin zu „selbstbezogenen" Motiven für freiwilliges soziales Engagement diskutiert. Das alte Ehrenamt, das eher formell und hierarchisch in traditionellen Organisationen eingebunden und eng mit den dazugehörigen Sozialmilieus und ihrer Verpflichtungsethik und Wertvorstellungen wie Nächstenliebe oder Klassensolidarität verbunden ist, verliert an Bedeutung. Neue Formen der Partizipation und des Engagements, die nicht dauerhaft und ausschließlich an eine Organisation gebunden sind und mit hohen Erwartungen an den Inhalt, die Vielfalt und den Abwechslungsreichtum der Tätigkeit verbunden werden, gewinnen dagegen deutlich an Bedeutung. Die Möglichkeit der Mitgestaltung und Selbstbestimmung spielen dabei eine große Rolle.

Die treibenden Elemente dieses schon länger konstatierten „Motivationswandels" im Ehrenamt sind die jüngeren Kohorten; u.a. die in naher Zukunft in die Nacherwerbsphase

eintretende Generation. Bei der Mehrheit der heute älteren Menschen dominieren im persönlichen Motivationsmix hingegen noch eher altruistische Motive. Dies schlägt sich auch in der Präferenz der Älteren für traditionelle Formen der Partizipation und des Engagements nieder.

6.3.3 Engagementfördernde Rahmenbedingungen

Freiwilliges Soziales Engagement ist sowohl individuell als auch gesellschaftlich sehr voraussetzungsvoll. Ehrenamtliche Tätigkeiten brauchen eine Infrastruktur und unterstützende Rahmenbedingungen, die konkrete unterstützende Organisationsleistungen anbieten, aber auch die gesellschaftliche Wertschätzung freiwilligen Engagements vermitteln (vgl. z. B. Braun, Claussen 1997, Institut für Soziale Infrastruktur 1999).

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend initiierte Modellprogramm „Seniorenbüro" verfolgte das Ziel, eine Infrastruktur der Engagementförderung im Alter aufzubauen. Im Jahre 1992 wurden an 43 Standorten in der Bundesrepublik Seniorenbüros eingerichtet, deren Zielsetzung (1.) in der Beratung älterer Menschen über Aktivitätsmöglichkeiten, die ihren Interessen und Fertigkeiten entsprechen, (2.) in der Vermittlung an Träger ehrenamtlichen Engagements, (3.) in der Hilfe beim Aufbau eigener Projektgruppen und Initiativen bestand. Aus der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprogramms (Braun & Claussen 1997: 68) geht hervor, dass die Seniorenbüros – entsprechend ihrer Zielsetzung – in erster Linie von Menschen in der nachberuflichen und nachfamilialen Phase (71 %) genutzt werden, darüber hinaus aber auch von Fachleuten der Altenarbeit und der Engagementförderung (20 %), von kommunalen Entscheidungsträgern, Journalisten sowie von Gruppen und Initiativen (7 %). In den Jahren 1994 und 1995 wurden für 33 Seniorenbüros 36 300 Nutzer mit 95 300 Kontakten ermittelt. Diese Zahlen belegen die hohe Bereitschaft vieler älterer Menschen, sich für andere zu engagieren, die durch entsprechende infrastrukturelle Angebote in einer für die Gesellschaft fruchtbaren Weise genutzt werden kann.

Die im Kontext des Modellprogramms „Seniorenbüro" gewonnen Erfahrungen legen nahe, dass durch gezielte Qualifikationsangebote für ältere Menschen unter diesen die Bereitschaft, eine ehrenamtliche Tätigkeit auszuüben, erhöht werden könnte. Die Attraktivität nachberuflicher Tätigkeitsfelder bestimmt sich nicht durch die finanzielle Entlohnung, sondern durch die Gelegenheit, auf der Grundlage von individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Eigeninitiative und Selbstverantwortung eine als persönlich bedeutsam erlebte (gesellschaftliche) Aufgabe wahrzunehmen. Die Gründe für das zahlenmäßig immer noch geringe – wenn auch in den letzten Jahren deutlich gestiegene – ehrenamtliche Engagement älterer Menschen sind weniger in dem Gefühl, ausgenutzt zu werden, oder in einem verbreiteten Desinteresse zu sehen, als vielmehr (1.) in einem Informationsdefizit bezüglich der Möglichkeiten eines Engagements, (2.) in der Befürchtung, als ehrenamtlich Tätiger nicht ernst genommen zu werden, (3.) in der Befürchtung, die Anforderungen des Ehrenamtes nicht in vollem Umfang bewältigen zu können sowie (4.) in der Vermutung, als für die Ausübung eines Ehrenamtes zu alt angesehen zu werden.

Die Kommission stellt fest, dass diese Barrieren eines ehrenamtlichen Engagements durch gezielte Qualifizierungsangebote, in denen auch das gesellschaftliche Interesse an einer Ausübung ehrenamtlicher Tätigkeiten durch ältere Menschen deutlich wird, zu einem erheblichen Teil überwunden werden können.

6.4 Angebote sozialer Altenarbeit[101]

In diesem Abschnitt sollen die Angebote sozialer Altenarbeit auf den Prüfstand künftiger Entwicklungen der Bedarfe und Bedürfnisse gestellt werden. Dazu werden charakteristische Entwicklungen der sozialen Altenarbeit im Verlauf der 90er-Jahre analysiert und Anforderungen an neue Formen formeller Ressourcen beschrieben. Unter regionalen Gesichtspunkten interessiert die kommunale Perspektive der Altenarbeit, vor allem aber der Entwicklungsstand sozialer Altenarbeit in den neuen Bundesländern.

6.4.1 Struktur der sozialen Altenarbeit

Die Entwicklung der sozialen Altenarbeit in den 90er-Jahren lässt sich als Prozess der Pluralisierung von Leitbildern der Praxis beschreiben. Die Ausdifferenzierung von Angeboten geht einher mit Veränderungen der Zielgruppen, einem Wandel gesellschaftlicher Altersbilder und der Popularisierung gerontologischen Grundwissens. Dabei spannt sich der Bogen vom Leitbild des „betreuten Alters", das die 60er- und 70er-Jahre dominierte und mit dem Ziel des „Umsorgens" und „Unterhaltens" verbunden war, über das des „aktiven Alters" der 80er-Jahre, das auf „Teilhabe" am gesellschaftlichen Leben abzielte, hin zum „produktiven Alter" heutiger Provenienz, mit dem Fokus auf „Gestaltung" sozialen Lebens durch Nutzung der Ressourcen alter Menschen (Schmidt & Schweppe 1996; Zeman 1992 u. 1996). Mit der Veränderung der Leitbilder ist zugleich eine Pluralisierung der Institutionen verbunden. Je deutlicher die Betreuung im Mittelpunkt der Arbeit steht, um so mehr tritt der stationäre Charakter („Komm-Struktur") offener Hilfen zu Tage. Je prononcierter Produktivität und Umweltauseinandersetzung hervortreten, desto mehr geht das Streben in das gewählte Umfeld, an das Leistungen weitergegeben werden sollen („Bring-Struktur").

Soziale Altenarbeit umfasst heute sowohl Elemente innovativer Modernisierung, als auch tradierter Felder. Das Wissen um die Entwicklung der traditionellen Handlungsfelder der Freizeit-, Tagesstätten- und Clubkulturen ist kursorisch. Augenfällig ist zudem, dass Thematisierungen sozialer Altenarbeit sich in hohem Maße mit dem Ehrenamtsdiskurs überschneiden.

[101] Dieser Abschnitt basiert auf einer im Auftrag der Sachverständigenkommission erstellen Expertise von P. Zeman und R. Schmidt (Zeman & Schmidt 1999).

Im traditionellen Bereich der „offenen Altenhilfe", d. h. in den geselligen, bildungsbezogenen und beratenden Angeboten, in Altennachmittagen, Altenclubs, Begegnungsstätten und auf Erholungsreisen, ist ein Paradigmawechsel der Altenarbeit kaum zu erkennen. Viele freizeitkulturelle Angebote erscheinen als Ausdruck eines noch immer verbreiteten Altersstereotyps, wonach ein großer Teil der älteren Menschen durch Lethargie sozial gefährdet sei und folglich beschäftigt werden müsse. Wegen einer daran ausgerichteten, der Differenzierung der Adressaten nicht entsprechenden Angebotsstruktur bleiben Aktivierungsversuche hier häufig inhaltsleer und führen allenfalls zu einer schichtspezifischen altershomogenen Subkultur der Geselligkeit. Dennoch machen entsprechende Aktivitätsfelder und Gesellungsformen von den Sechzigerjahren an bis heute einen großen Teil der Integrationsprogrammatik der offenen Altenhilfe aus.

Auf diese Struktur der Altenhilfeangebote treffen auch die Gruppen älterer und alter Migranten. Nach wie vor bestehen spezifische sprachliche und soziokulturelle Zugangsbarrieren für ältere Migranten zum deutschen Altenhilfesystem. Das gilt nicht nur für die in Kapitel 3 dargestellten Probleme der Bereitstellung kulturspezifischer Pflegedienste, sondern auch für Angebote sozialer Altenarbeit. Zum einen existiert eine eindeutige Bevorzugung der familialen Unterstützung, die mit einer deutlichen Ablehnung gegenüber institutionalisierten deutschen Hilfsangeboten einhergeht. „Bei vielen Migranten verletzt die Inanspruchnahme professioneller Hilfe kulturelle Normen und ist daher häufig mit Schuldgefühlen und Gefühlen des Versagens bei den Familienangehörigen verknüpft" (Dietzel-Papakyriakou & Olbermann 1998: 67).

Zum anderen hat sich das System der Altenhilfe und sozialen Altenarbeit bislang nur unzureichend auf den spezifischen Bedarf und die Potenziale älterer Migranten eingestellt. Es fehlt häufig an muttersprachlichen Ansprechpartnern für die Migranten und an Wissen über die religiösen, kulturellen und sozialen Besonderheiten. Nach wie vor mangelt es an Angeboten, die eine kulturspezifische Integration von informellen Hilfenetzen, Migrantenorganisationen und professionellen Angeboten leisten. Weiterhin besteht ein Defizit bei der Vernetzung der sozialen Ausländersozialarbeit mit der Regelversorgung der Altenhilfe.

Neuere Orientierungen einer Altenarbeit, die sich als „modern" im Sinne von zeitgemäß und innovativ versteht, setzen sich von den traditionellen Feldern ab. Dieser Angebotstyp, der sich als „staatlich initiierte Innovation in Lebenswelten" charakterisieren lässt, präsentiert sich in Projekten wie „Erfahrungswissen Älterer nutzen" oder „Seniorenbüros" (Schmidt 1993). Im Zentrum stehen Anregung und Unterstützung für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung, „Empowerment" zur gemeinschaftlich organisierten Selbsthilfe, die Perspektive auf die Adressaten als Koproduzenten der Leistungen und der Versuch, neue Tätigkeitsfelder für nachberufliche Produktivität und bürgerschaftliches Engagement zu erschließen. Eine moderne soziale Altenarbeit muss sich am Anspruch und den Rechten älterer Menschen auf Selbstbestimmung orientieren und sie offensiv vertreten (Autonomieorientierung). Sie knüpft an das an, was für alte Menschen sinnvoll sowie handlungsrelevant ist(Lebensweltorientierung). Für die soziale Altenarbeit bedeutet das vor allem ein Aufgreifen des Alltags- und Orientierungswissens alter Menschen. Neue soziale Altenarbeit sucht Anknüpfungspunkte für neue Perspektiven und Entwicklungen in den Biografien ihrer Adressaten. Sie knüpft an der Handlungskompetenz der Menschen an und versteht die Angebote nicht als Kompensation von Defiziten. Sie erschließt Aktivitätsfelder, die objektiv und subjektiv sinnvoll sind, d. h. sie konkurrieren nicht mit Erwerbsarbeit (Zeman 1998 und 2000).

6.4.2 Perspektiven der Angebotsstruktur

Soziale Unterstützung im Alter und eine normative Verpflichtung zur Vorhaltung einer Altenhilfe-Infrastruktur stehen in Deutschland erst seit den 60er-Jahren im Rang öffentlicher Aufgaben. Damit wurde den Kommunen eine Verpflichtung übertragen, sowohl im Sinne von einzelfallbezogener Hilfe als auch in Form eines einkommensunabhängigen Beratungsangebotes sowie als Infrastrukturentwicklungsaufgabe Altenhilfe zu betreiben.

Einrichtungen und Maßnahmen sozialer Altenarbeit gehören im Rahmen der Altenhilfe gemäß § 75 BSHG zwar zu den Pflichtleistungen der Kommunen, für die aber ein so breiter Ausgestaltungsspielraum gegeben ist, dass sie zunehmend in den Bereich der fiskalisch relativ ungesicherten, sog. „freiwilligen Leistungen" geraten sind. Dies führt heute dazu, dass sie mancherorts zur Disposition stehen. Betroffen sind hiervon zur Zeit weniger die „klassischen" Segmente sozialer Altenarbeit als moderne Projektstrukturen – was sich z. B. an Schwierigkeiten bei der Überführung der Seniorenbüros in Regelangebotsstrukturen und an der Krise der Berliner Erfahrungswissen-Projekte 1996/1997 demonstrieren lässt (Knopf 1998). Ihr Institutionalisierungsgrad ist geringer und ihre Einbindung in die traditionellen korporativen Strukturen schwächer. Obgleich die „Fortschrittsperspektive" die Fachdiskussion dominiert, ist die faktische Absicherung und Stabilität entsprechender Projekte weit schwächer als die konservativen Strukturen.

Die Zeit der relativen Bewegungslosigkeit in traditionellen Praxisfeldern der Altenarbeit wird vermutlich ihrem Ende entgegengehen. Dafür sprechen vor allem drei Kontextveränderungen: eine sich spezifizierende Kommunale Altenhilfe u. a. auf die Problemlage Hochbetagter, die Einbeziehung der sozialen Altenarbeit in den übergreifenden Prozess der Ökonomisierung des Sozialen, darunter auch der Ausbau des Sektors der privaten Anbieter und die weitere Pluralisierung des Spektrums sozialer Altenarbeit im Spannungsfeld zwischen der Konzentration auf Hilfsbedürftigkeit und einer auf Ressourcen der Älteren setzende Altenpolitik.

6.4.3 Soziale Altenarbeit in den neuen Bundesländern

Soziale Altenarbeit hat in den neuen Bundesländern keine Prägung erhalten, die sie grundsätzlich von der Situation und Entwicklung der alten Länder entfernt. Nach einer

Umbruchphase in der unmittelbaren Nachwendezeit (Mantey 1993, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen 1998), die geprägt war (a) von der Aufgabe oder Überführung von Clubs in andere Trägerschaften und (b) von einer Fragilität der Refinanzierungsstrukturen für die in diesen Einrichtungen Beschäftigten, hat sich seit Mitte der 90er-Jahre allmählich eine von Konvergenzen geprägte Strukturierung dieses Feldes herausgebildet:

- Im Bereich von Modellprogrammen, die das Leitbild des „produktiven Alters" in die Fläche transportieren, (z. B. „Erfahrungswissen Älterer nutzen", Berlin; „Seniorenbüros", Bund; „Aktives Leben im Alter", Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik/Bund, „Zwischen Arbeit und Ruhestand", ZWAR/Nordrhein-Westfalen) gelang die Übertragung dieser Handlungsansätze relativ reibungsfrei.
- Im klassischen Bereich der Clubs und Freizeitstätten glückte eine gewisse Konsolidierung auf quantitativ niedrigerem Niveau.

Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass unterhalb der Konvergenz auf der Strukturebene, Spezifika ostdeutscher Ausprägungen sozialer Altenarbeit existieren: (1) Sowohl der Freistaat Sachsen als auch das Land Brandenburg haben Förderungsstrategien entwickelt, die unter je besonderen Umständen erlauben, ehrenamtliche Tätigkeiten von (damals) Vorruheständlern oder Personen, die im fortgeschrittenen Erwachsenenalter jenseits des Erwerbssystems stehen, mit materiellen Anreizen zu motivieren. (2) Mit Blick auf die Mikroverhältnisse gerade von Projekten, die sich in den neuen Bundesländern in der Passage zwischen Erwerbs- und nachberuflichem Lebensabschnitt ansiedeln, ist die soziale Funktion der Arbeitsorientierung zur Sicherung biografischer Kontinuität von Bedeutung (Knopf 1996; Zeman 1999). Demgegenüber akzentuieren analoge Projekte in den alten Bundesländern viel stärker die Überführung solcher Orientierungen in freizeitkulturelle Perspektiven. (3) Im Spektrum der Clubs und Begegnungsstätten der neuen Bundesländer hat die Volkssolidarität traditionell besonderes Gewicht. Sie verbindet heute Non-Profit-Arbeit mit Engagement im Bereich von – nachgefragten – Seniorenreisen. Auch wenn beide Sektoren institutionell getrennt zu würdigen sind, ist mit der Profilierung dieses großen Trägers auch eine stabilisierende Wirkung auf den von ihr zu verantwortenden Praxisausschnitt verbunden.

6.5 Fazit

Das Kapitel 6 befasste sich mit der Gegenwart und dem Wandel informeller und formeller Systeme des sozialen Austauschs. Dies beinhaltete insbesondere Fragen zur Struktur sozialer Netzwerke, Leistungsfähigkeit und Leistungsgrenzen familialer Hilfe, umfasste die Entwicklung außerfamilialer Beziehungsgefüge ebenso wie die Ausdifferenzierung formeller Hilfe- und Unterstützungsangebote als flankierende und eigenständige Netzwerkressourcen. Das familiale und außerfamiliale Engagement alter Menschen, ihre geleistete soziale Unterstützung, ihr bürgerschaftliches Engagement wendete den Blick von der Bedeutung sozialer Ressourcen für den alten Menschen hin zu dem Aspekt, dass alte Menschen selbst eine wichtige soziale Kraft im familialen und gesellschaftlichen Generationengefüge sind.

Die Ausgangsthese zur Entwicklung der sozialen Ressourcen im Alter lautete:

Strukturelle demographische und familiale Veränderungen sind weder mit einem Abbau oder Verlust von sozialen Ressourcen für das Alter gleichzusetzen, noch mit der Zunahme sozialer Bezüge zu identifizieren. Eher ist zu vermuten, dass aus den Strukturveränderungen qualitative Verschiebungen im Ressourcenaustausch innerhalb familialer Netze stattfinden, neue Funktionsteilungen zwischen informellen und formellen Netzen nötig sind und möglicherweise Funktionsgewinnen Ressourcenverluste gegenüberstehen. Es können neue Risiken für bestimmte soziale Gruppen älterer und alter Menschen aus den gewandelten sozialen Bezügen entstehen, aber auch neue Chancen für das familiale und gesellschaftliche Miteinander. Für die Risikoabsicherung müssten möglicherweise professionelle Ressourcen in anderer Art als bislang gekannt und für andere Gruppen alter Menschen kompensatorisch wirksam werden (vgl. hierzu auch Kapitel 3).

Folgendes Fazit kann auf der Basis des präsentierten Materials gezogen werden:

Der größte Teil älterer und alter Menschen ist in tragfähige familiale Netzwerke eingebunden. In diesen haushaltsübergreifenden Mehrgenerationenfamilien finden intensive Austauschbeziehungen zwischen den Familiengenerationen statt. Individualisierung, Wertewandel und Berufsmobilität haben bislang zu keiner familialen Entsolidarisierung geführt. Für den Zeitraum der kommenden zwei Jahrzehnte kann davon ausgegangen werden, dass alte Menschen auch weiterhin in hohem Maß über familialen Austausch emotionalen Beistand und instrumentelle Unterstützung erhalten. Zeigen doch die Familienstrukturen der altersnahen Generationen keine gravierenden quantitativen Einbrüche und lassen die Befunde des Alters-Surveys den Schluss zu, dass sich erwachsene Kinder und Eltern auch in Zukunft emotional eng verbunden fühlen, häufig miteinander in Kontakt stehen und gegenseitige Verantwortung sowie Hilfeleistungen übernehmen.

Diese entdramatisierende Perspektive sollte aber nicht darüber hinweg täuschen, dass es in Zukunft eine wachsende Minderheit alter Menschen geben wird, die über kein oder nur ein sehr geringes familiales Unterstützungspotenzial verfügt. Dazu zählen vor allem ältere kinderlose Paare und verwitwete Personen sowie alte ledige Menschen. Kinderlosigkeit könnte vor allem im Alter zu einer neuen Risikokonstellation führen, die aus der Kombination familialer Isolation und kritischen Lebensereignissen entsteht.

Die intergenerationellen Beziehungen alter Menschen sind nicht frei von Belastungen. Belastungen entstehen – oft durch kritische Ereignisse – im Leben des alten Menschen selbst und zum anderen oft in der Generation, die hilfeabhängige Familienmitglieder unterstützt. Diese bis-weilen als „Sandwichgeneration" charakterisierten

Familienmitglieder weisen in ihrem Belastetsein noch immer eine hohe Geschlechtsspezifik auf.

Frauen bilden die Drehscheibe in den intergenerationellen Beziehungen. Sie tragen primär die zwischenmenschlichen Kontakte sowie die Hilfe und Unterstützung in den Familien. Aus einem veränderten Rollenverständnis und ihrer Integration ins Erwerbsleben erwachsen für Frauen der mittleren Generation Konflikte zwischen dem Bedürfnis zu helfen und der Realisierung von eigenen Ansprüchen. Der Konflikt entsteht auch aus einem gesellschaftlich-moralischen Druck und führt in die Situation eines ambivalenten Verhältnisses zwischen Hilfegebenden und Hilfenehmenden. Diese Ambivalenz ist struktureller Natur, muss aber individuell, vor allem von den Frauen bewältigt werden.

Die außerfamilialen Kontakte erfüllen die gestiegenen Bedürfnisse alter Menschen nach Freizeitgestaltung, geselligem Beisammensein und kommunikativem Austausch. Alte Menschen verfügen heute über ein zahlenmäßig größeres außerfamiliales Netzwerk. Freunde, Bekannte, Nachbarn erweitern den Kontaktraum für Ältere und entlasten familiale Beziehungsgefüge, weil sie Austauschbedürfnisse alter Menschen befriedigen.

Allerdings werden die außerfamilialen Beziehungsnetze nur selten zu Hilfeinstanzen bei weit reichenden, langandauernden und zeitintensiven Verpflichtungen. So zeigt sich, dass Pflegeleistungen für alte oder behinderte, in Privathaushalten lebende Personen Aufgaben sind, die in erster Linie durch das verwandtschaftliche Netz erfüllt werden.

Ältere Menschen sind eine beträchtliche gesellschaftlichen Ressource. Manche Funktionsbereiche der Zivilgesellschaft sind in starkem Maße vom Engagement der Älteren abhängig. In den Familien und informellen Netzwerken erbringen die Älteren erhebliche Leistungen.

Bürgerschaftliches Engagement zeigt sich in neuen Formen. Das Engagement unterliegt Wandlungsprozessen bezogen auf Motivationen, Dauer und Formen. Die Zahl der freiwillig Engagierten wächst, aber Dauer und Regelmäßigkeit ihres Einsatzes geht zurück. Es besteht ein hohes Potenzial engagementbereiter älterer Menschen, das mobilisiert werden könnte. Eine Aktivierung der kommenden Generationen älterer Menschen für Aufgaben im Gemeinwesens wird voraussichtlich nur gelingen, wenn die Rahmenbedingungen vor Ort verbessert und den Anforderungen der Engagementbereiten angepasst werden.

In der sozialen Altenarbeit vollzieht sich ein Paradigmenwechsel und ein Pluralisierungsprozess. Die Ausrichtung an Konzepten der Betreuung und Versorgung tritt in den Hintergrund. Im Zentrum steht die Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensgestaltung, einer gemeinschaftlich organisierten Selbsthilfe und der Versuch, neue Potenziale für das bürgerschaftliche Engagement zu erschließen. Trotzdem sind die Bereiche traditioneller Altenarbeit nicht überlebt. Clubs und Tagesstätten begleiten weiterhin Menschen in Altersphasen, die durch geringere Mobilität und größere Hilfsbedürftigkeit gekennzeichnet sind. Dies scheint auch deshalb wichtig, weil schichtspezifische Unterschiede in der Verfügbarkeit von Netzwerkressourcen im Bereich der professionellen Versorgungssysteme nur durch ein vielfältiges Angebot ausgeglichen werden können.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die sozialen Ressourcen alter Menschen insbesondere unter der geschlechtsspezifischen Perspektive differieren. Dies betrifft die Rolle der Frauen als Ressourcengeber und -empfänger in den sozialen Netzen, aber auch die geschlechtsspezifischen Zugänge zu Netzwerkressourcen. Unterschiede der Verfügbarkeit sozialer Ressourcen finden sich auch im Vergleich der neuen und alten Bundesländer. Doch fallen diese Differenzen nicht so groß aus, wie oft vermutet. Einerseits hat es bereits einen wesentlichen Prozess der Angleichung von Lebensbedingungen gegeben; andererseits bestehen Unterschiede fort, die u.a. auf grundlegend andere Ausgangsbedingungen zurückzuführen sind. Zum Beispiel gelang es nicht allen jungen Alten in Ostdeutschland, den Verlust der betriebsbezogenen sozialen Netze auszugleichen (Backes 2000).

Die soziale Einbindung älterer Migrantinnen und Migranten ist durch spezifische und von der deutschen Bevölkerung unterschiedliche Lebenslagemerkmale und durch eine große Heterogenität gekennzeichnet. Im Durchschnitt sind die sozialen Beziehungen der ausländischen Alten durch starke familiale und verwandtschaftliche Netze gekennzeichnet. Mobilität und transnationale Netze können eine Ressource für ältere Migranten darstellen. Aufgrund der im Durchschnitt ungünstigeren sozialen Rahmenbedingungen, denen Migrantenfamilien unterliegen, sind ihre Netzwerke besonderen Beanspruchungen ausgesetzt. Wegen der Zugangsbarrieren zu professionellen Hilfesystemen gehören Alleinlebende ohne ausgeprägte soziale Hilfenetze zu den besonderen Risikogruppen.

7. Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressource

7.1 Einführung

7.1.1 Ressourcencharakter der Umwelt – von der Mikroebene der Wohnung bis zur Makroebene von Kommune und Gesellschaft

Kapitel 7 schließt im Rahmen des 3. Altenberichts in direkter Weise an den 2. Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998) an, der auf die Thematik „Wohnen im Alter" eingegrenzt war. Das Kapitel will die bereits dort ausführlich behandelten Aspekte des Themenkreises Alter, Wohnen und Wohnumfeld gezielt vertiefen (auf Altern und Wohnen in Institutionen wird bereits in Kapitel 3 dieses Berichts eingegangen). Eine neue Komponente der Umwelt älterer Menschen, die hier erstmals in einem Altenbericht ausgeleuchtet wird, bilden sog. neue Informations- und Kommunikationsmedien (z. B. Internet) sowie der Einsatz von sog. neuen Technologien (z. B. intelligenter Haustechnik). In diesem Zusammenhang ist auch zu sehen, dass sich gerade in den Bereichen außerhäusliche Mobilität und Technik bereits heute eine Kohortendynamik entfaltet, die wahrscheinlich das Altern morgen in signifikanter Weise verändern wird. Alte Menschen heute sind wesentlich mobiler als jene von vor 20 oder 30 Jahren und ihr Zugang zur Technik erschließt im Prinzip vormals ungeahnte neue Potenziale, etwa als Vernetzung der Wohnung mit der gesamten Welt, ganz gleich an welchem Ort, ob in der Stadt oder irgendwo auf dem Lande, sich diese befindet.

Die Kapitelkonzeption basiert darauf, diese Themen in einen inhaltlichen Gesamtzusammenhang zu stellen, welcher der Kommission auch im Hinblick auf Fragen der praktischen Konsequenzen der in diesem Bericht beschriebenen Sachlagen und Befunde und damit auch im Kontext von Politikberatung als sehr bedeutsam erscheint. Die Ausgangsüberlegung geht dahin, die Bereitstellung und Nutzung von räumlichen, infrastrukturellen und technischen Ressourcen als wesentliche Elemente einer selbstverantwortlichen Alltagsgestaltung von Altern (individuelle Perspektive) wie von Angebots- und Versorgungsstrukturen (gesellschaftlich-kommunale Perspektive) zu begreifen. Kommunen sind dabei jene Orte, in denen sich Altern auf das Engste mit gesellschaftspolitisch gesetzten Rahmenbedingungen (z. B. Art und Struktur von Beratungs- und Unterstützungsangebote im Bereich Wohnen und Umzug, Gestaltung von städtischen Freiräumen auch für Ältere, Förderung der Einführung von Älteren in neue Technologien wie das Internet) verbindet. Kommunen sind der primäre Lebens- und Handlungsort von Älteren. Ältere Menschen sind ferner jene (erwachsenen) Gemeindemitglieder, deren alltägliches Handlungsfeld sich als ein besonders kleinräumiges darstellt. Die unmittelbare Bedeutung der Wohnung sowie des nahen Wohnumfelds für „gutes" Altern erfordert deshalb einen besonders bewussten, hochauflösenden und detailgenauen Blick im Kontext kommunaler Planungs- und Versorgungsentscheidungen. Hierbei ist die Einsicht bedeutsam, dass diese Umwelten entscheidende „Möglichkeitsräume" für Ältere ebenso schaffen, wie dass sie (oft unnötige) Handlungsgrenzen setzen können. Bedeutsam ist des Weiteren eine Sichtweise, die gleichzeitig das „Innen" und „Außen" des aktionsräumlichen Handelns von Älteren ins Blickfeld nimmt: Altern findet auf der einen Seite vor allem „in den eigenen vier Wänden" statt, was den zentralen Stellenwert des Wohnens für alte Menschen unterstreicht. Eine bereits im Rahmen des 2. Altenberichts erstellte Expertise (Küster 1998) hat noch einmal bestätigen können, dass der Anteil der in der Wohnung verbrachten Zeit speziell nach dem 55. Lebensjahr für beide Geschlechter stetig ansteigt. In der Berliner Altersstudie mit über 70- bis 103-jährigen West-Berlinerinnen und Berlinern wurden 80 Prozent der Aktivitäten in der Wohnung ausgeführt (M. Baltes et al. 1996). Auf der anderen Seite ist für ältere Menschen die quantitativ und qualitativ gezielte Nutzung des außerhäuslichen Umfelds von großer Wichtigkeit, sie unterliegt jedoch im Alter auch einer besonders hohen Störanfälligkeit aufgrund sich verändernder, ungünstiger Umwelteinflüsse wie beispielsweise der Verlegung von Haltestellen des öffentlichen Personennahverkehrs, der Schließung von Lebensmittelgeschäften oder der Veränderung der Verkehrsführung (Zapf, Mollenkopf & Flaschenträger 1997).

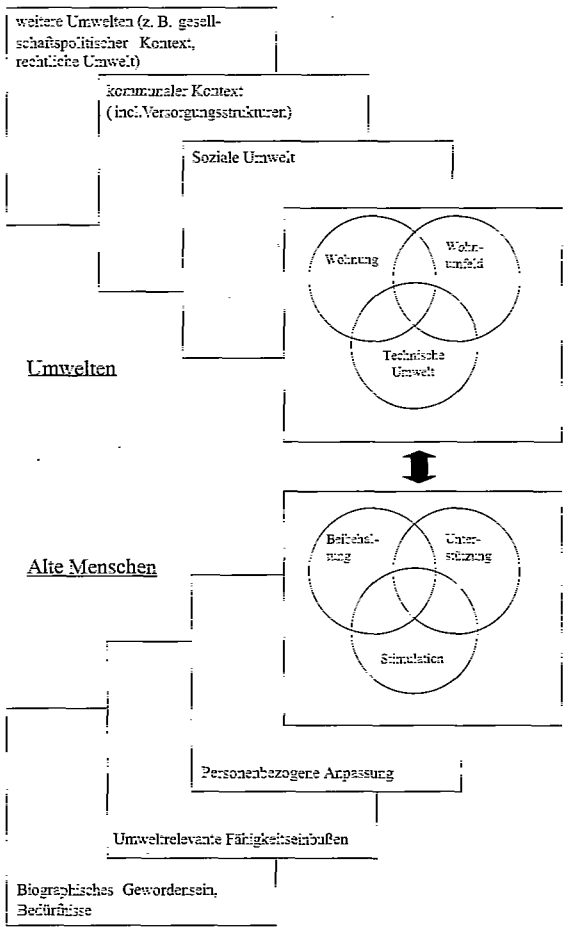
In welcher Weise ist nun der Ressourcencharakter der Umwelt im Alter zu verstehen, welche Differenzierungen sind notwendig und welche Zusammenhänge zwischen den in diesem Kapitel thematisierten Umweltaspekten – der Wohnung, des Wohnumfelds und der Technik – sprechen in besonderer Weise für eine integrative und ganzheitliche Darstellung? Wir wollen dabei an dieser Stelle bewusst auf eine detaillierte Erörterung, wie sie in Arbeiten zur ökologischen Psychologie, Sozialgeographie, Stadtsoziologie und auch der Biologie vorgelegt wurde, verzichten (dazu z. B. Wahl, Mollenkopf & Oswald 1999). Zwei grundsätzliche Aspekte seien aber kurz umrissen: Wichtig erscheint zum Ersten der bereits zu Beginn dieses Jahrhunderts gegebene Hinweis des Biologen Jacob von Uexküll, dass nämlich der Begriff der Umwelt stets eine einheitliche Sicht von Subjekt und Außenwelt beinhaltet. Ferner ist es nach v. Uexküll durchaus möglich, von „Umwelten" zu sprechen, denn jedes Subjekt (hier: jeder alter Mensch) befindet sich in einer objektiv und subjektiv höchst spezifischen Umwelt, die in dieser Weise nur für diese bestimmte Person (diesen bestimmten alten Menschen) von Bedeutung ist, seine Existenzgrundlage bildet und auf die es einen Einfluss ausüben kann. Zum Zweiten sei auf den Begriff der Ökologie verwiesen, der bereits 1866 durch Ernst Haeckel zur Kennzeichnung der

Gesamtheit der Beziehungen von Organismen zu den sie umgebenden Bedingungen eingeführt wurde. Eine Stärke des Ökologiebegriffs liegt darin, dass sehr unterschiedliche Umweltsegmente und Auflösungsebenen angesprochen werden, ohne deren Wechselwirkungen zu vernachlässigen. Diese Überlegungen in einem Kapitel zu den infrastrukturellen, räumlichen und technischen Umwelten als Ressourcen des Alters erscheinen der Kommission wichtig, um zu verdeutlichen, dass es immer nur eine willkürliche Hervorhebung bedeutet, wenn, wie in diesem Kapitel, ausgewählte Umweltaspekte mit spezifischen Gemeinsamkeiten, hier die räumliche Umwelt (womit wir hier speziell die Wohnung meinen), die infrastrukturelle Umwelt (Wohnumfeld) und die technische Umwelt, in den Vordergrund gestellt werden (siehe auch Übersicht 7-1).

Eine wesentliche Gemeinsamkeit dieser Umwelten liegt zwar darin, dass hier primär Ausschnitte der physisch-materiellen Welt angesprochen werden, von denen erwartet wird, dass sie für das alltägliche Handeln und Erleben älterer Menschen eine wesentliche Rolle spielen. Dennoch müssen diese hier im Sinne einer Kippfigur in den Vordergrund gestellten Umwelten immer, wie in Übersicht 7-1 schematisch dargestellt, im Kontext sozialer Umwelten (siehe dazu auch Kapitel 6), der kommunalen Umwelt und der dort vorgehaltenen Versorgungssysteme (siehe dazu auch Kapitel 3), der Arbeitswelt (siehe dazu auch Kapitel 4) sowie weiterer „Umwelten" wie der gesellschaftspolitischen (siehe dazu auch Kapitel 1 und 2), der ökonomischen (siehe dazu auch Kapitel 5) sowie der rechtlichen (siehe dazu auch Kapitel 8) gesehen werden. Beispielsweise sollten, wie bereits im 2. Altenbericht sehr deutlich herausgestellt, die gegebenen Wohnverhältnisse eines alten Menschen stets vor dem Hintergrund der bestehenden familiären sozial-räumlichen Netzwerke (etwa: Wie nah oder fern wohnen die Kinder?) gesehen werden.

Übersicht 7-1 soll nun ferner verdeutlichen, dass es ebenso bedeutsam ist, dieser Umweltperspektive eine Perspektive der Person gegenüberzustellen, um den Ressourcencharakter der Umwelt in den hier fokussierten Ausschnitten verstehen zu können (siehe dazu auch Kapi-

Übersicht 7-1: Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressourcen alter Menschen



tel 1). Vor dem Hintergrund des biografischen Gewordenseins der Person und ihrer Bedürfnisse (hier speziell im Hinblick auf Wohnen, Nutzung außerhäuslicher Räume und Teilhabe am technischen Fortschritt) sind es besondere altersbezogene Veränderungen in sog. umweltrelevanten Fähigkeiten, die alte und besonders die stark wachsende Gruppe der sehr alten Menschen in besonderer Weise gegenüber Umweltanforderungen verletzlich machen. Zu denken ist vor allem an Verluste im Bereich des Sehens, des Hörens, der Bewegungsfähigkeit und der geistigen Leistungskapazität; all diese Kompetenzen sind für Person-Umwelt-Wechselwirkungen besonders wesentlich, d. h. entsprechende Verluste wirken sich unmittelbar in negativer Weise auf die Nutzung der Ressource Umwelt aus. Allerdings ist hier auch die Feststellung wichtig, dass alte Menschen ein erhebliches Potenzial besitzen, um (zu) hohen Umweltanforderungen zu begegnen, etwa indem sie ihre Ziele verändern („Es ist mir nicht mehr so wichtig, nach draußen zu gehen") oder sich mit anderen vergleichen („Frau B. hat ja auch kein fließend warmes Wasser in ihrer Wohnung").

Entscheidend ist nun allerdings, dass das Potenzial der Umwelt für das Alter vor allem dadurch zum Ausdruck kommt, dass alte Menschen selbst oder entsprechende Beratungs- und Versorgungsinstitutionen (z. B. Wohnberatungsstellen) räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten dazu nutzen können, um Verluste zu kompensieren, aber auch um die Verwirklichung von Bedürfnissen im Alter zu optimieren. Einer von Lawton (1989) vorgeschlagenen Unterteilung folgend, können Umwelten zum Ersten Unterstützung (Support) bieten, indem sie ausgefallene Funktionen kompensieren. Diese prothetische Funktion von Umwelt entfaltet sich vor allem in der ganzen Bandbreite des barrierefreien Bauens, der entsprechenden Wohnraumanpassungen bzw. der (auch) altersgerechten Gestaltung des außerhäuslichen Umfelds. Jedoch sollten, was nicht selten geschieht, Umwelten alter Menschen nie auf die unterstützende und die Selbstständigkeit erhaltende Funktion reduziert werden. Umwelten bieten zum Zweiten auch eine Vielzahl an Stimulationen (Stimulation). Sie können zu Handlungen anregen oder demotivierend wirken, können Sozialkontakte erleichtern oder erschweren, können „Möglichkeitsräume" zur Entfaltung von Eigeninitiativen bereitstellen oder nur eine reduzierte Palette von Einflussnahme- und Veränderungsoptionen beinhalten. Zum Dritten sind Umwelten – Wohnungen, Nachbarschaften, Kommunen – auch Ausdruck und ein wichtiger „äußerer" Rahmen von Lebenskontinuität und der eigenen biografischen Entwicklung, der Beibehaltung (Maintenance) in einem breit verstandenen, existenziellen Sinn. Ältere Menschen wohnen in der Regel bereits sehr lange (im Mittel deutlich über 20 Jahre) in derselben Wohnung, ihre Wohnungen sind mit vielfachen, aus der Lebensgeschichte resultierenden Bedeutungen besetzt und in besonderer Weise zu materiegewordener Biografie geronnen (Oswald 1996).

Umwelten sind jedoch nicht nur eine wichtige Ressourcen für alte Menschen; diese sind gleichzeitig auch eine Ressource für Umwelten und Umweltgestaltung, etwa indem sie die Geschichte eines Stadtviertels für die Jüngeren im Bewusstsein erhalten, etwa indem sie wesentliche Anstöße dazu geben, dass außerhäusliche Umwelten für alle Menschen optimiert werden (etwa durch Niederflurbusse), etwa indem sie in partizipativen Wohnplanungen dazu beitragen, das Bauen für ältere Menschen (aber damit auch die Wohnungsbaukultur einer Gesellschaft insgesamt) zu verbessern, etwa indem sie durch ehrenamtliche Tätigkeit im Umweltschutz auch das Umweltbewusstsein von Jüngeren fördern können. Mit dem Ressourcencharakter der Umwelt für alte Menschen ist also stets in vielfacher Weise auch das Miteinander der Generationen angesprochen.[102]

7.1.2 Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten alter Menschen: Glossar der im Weiteren wichtigen Begriffe

Aufgabe eines Altenberichts ist es auch, Vorschläge zur Eingrenzung von relevanten Begriffen zu unterbreiten, besonders dann, wenn Termini inflationär, aber uneinheitlich gebraucht werden bzw. ihr Gebrauch gegenüber älteren und alten Menschen eine bestimmte Leistung signalisiert. Aus diesem Grunde wird nachfolgend ein Glossar wichtiger Begriffe zum Altern in räumlichen, infrastrukturellen und technischen Umwelten vorgeschlagen, wobei sich diese Auswahl an den in diesem Kapitel behandelten Themenfeldern orientiert (siehe Übersicht 7-2).

Im Weiteren des Kapitels erfolgt vor dem Hintergrund dieser ersten Begriffsklärungen zunächst eine Analyse des Wohnens im Alter, wobei die Aspekte der Wohnraumanpassung, Betreutes Wohnen und weitere neue Wohnformen besondere Berücksichtigung finden. Zusätzlich wird zu Beginn eine Aktualisierung, soweit möglich, zum Stand und Standard des Wohnens alter Menschen in Deutschland gegeben. Danach stehen dann das Wohnumfeld und die außerhäusliche Mobilität alter Menschen im Mittelpunkt. Der dritte thematische Kapitelteil, gleichermaßen relevant für Wohnen und die Erschließung und Nutzung des Wohnumfelds (im weitesten Sinn), ist schließlich dem Thema Alter und Technik gewidmet. Das Kapitel schließt mit der Abgabe von Empfehlungen.

7.2 Die besondere Bedeutung des Wohnens als Ressource des Alterns

7.2.1 Zur Qualität des Wohnens alter Menschen aus objektiver und subjektiver Sicht

Zunächst sei auf das vielfältige Zahlenmaterial zum Wohnen im Alter verwiesen, das bereits im 2. Altenbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998) enthalten war. In der Tendenz besitzen wohl

[102] Auf spezifische Fragen des Wohnens von älteren Migranten wird in diesem Kapitel nur am Rande eingegangen. Eine umfassende und weiterhin aktuelle Aufbereitung dieser wichtigen Thematik findet sich in Dietzel-Papakyriakou und Olbermann (1998).

Übersicht 7-2: Glossar wichtiger Begriffe zum Altern in räumlichen, infrastrukturellen und technischen Umwelten

Begriff	Erläuterungen
Wohnen	Wohnen meint wiederkehrende Geschehensabläufe im räumlich-sozialen Kontext der Wohnung (Saup 1993). Wohnen ist alltägliches Verhalten, zugleich aber auch wesentliches Erleben, z. B. im Sinne eines Gefühls des „Zuhause-Seins" (Oswald 1996). Aufgrund von veränderten Kompetenzen, aber auch von veränderten Bedürfnissen, stellt das Wohnen im Alter eine besondere Herausforderung dar. Die in der Regel sehr lange Wohndauer alter Menschen an einem Ort sowie die damit einhergehende, hohe emotionale Verbundenheit mit diesem Ort lassen notwendig werdende neue Wohnentscheidung im Alter in besonderer Weise krisenhafte Züge annehmen.
Wohnungsanpassung	Gemeint sind hier alle speziellen Veränderungen in der Wohnung oder im Bereich des Zugangs zur Wohnung, die vor allem dazu dienen, funktionale Einschränkungen und nachlassende Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung zu kompensieren. Hierzu existieren finanzielle Hilfen nach BSHG, SGB V und SGB XI; darüber hinaus existiert eine länder- und kommunenspezifische Vielfalt weiterer Finanzierungsmöglichkeiten. Ziel der Wohnungsanpassung ist der möglichst lange Verbleib in der eigenen Wohnung.
Wohnberatung	Wohnberatung hat sich vor allem damit auseinander zu setzen, dass es das erklärte Ziel der meisten älteren Menschen ist, so lange wie möglich „in den eigenen vier Wänden" wohnen zu bleiben. Alte Menschen haben eine besonders innige und intensive Bindung an das „Zuhause" samt Ausstattungs- und Einrichtungsgegenständen. Erst vor diesem Hintergrund ergibt sich die konkrete Aufgabe, eine technische Beratung zur Verbesserung des Wohnstandards durchzuführen sowie die Planung, Umsetzung und Evaluation dieser Verbesserungen federführend in die Hand zu nehmen.
Barrierefreiheit	Barrierefreiheit ist im Hinblick auf die technische Seite der Wohnberatung in der Regel die oberste Maxime. Ziel der Barrierefreiheit ist es, Menschen jeder Altersstufe und jeden Kompetenzgrades einen möglichst ungehinderten Zugang zur Ressource Umwelt zu verschaffen. Allerdings gibt es „die" Barrierefreiheit per se nicht, sondern diese muss stets definiert werden. Hierzu ist in Deutschland (und auch in Europa) das Instrument von Normausschüssen geschaffen worden, die den Versuch unternehmen, konsensushaft fest-zuschreiben, was Barrierefreiheit umfasst. Für den Bereich des Wohnens ist hier derzeit die DIN 18025 (Teil 2) die entscheidende Richtschnur, was die Nutzung eines Rollstuhls betrifft zusätzlich auch die DIN 18025 (Teil 1).
Betreutes Wohnen	Betreutes Wohnen (bisweilen ist auch von „Service-Wohnen" die Rede) will die Vorteile des privaten Wohnens im Alter mit denen institutioneller Wohnformen verbinden. Ziele sind die Absicherung oder Wiederherstellung einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung im Falle von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit, die Vermeidung sozialer Isolation und Förderung der Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben und Hinausschieben oder Vermeidung einer Heimunterbringung. Das Problem des Konzepts des Be-treuten Wohnens besteht derzeit noch darin, dass dieses in einer sehr uneinheitlichen Wei-se gebraucht wird und deshalb dieser Begriff als solcher wenig aussagekräftig ist. Die Kommission rät aus diesem Grunde, nicht länger von „dem" Betreuten Wohnen, sondern von „Formen des betreuten Wohnens" zu sprechen, die nur im Zusammenhang mit der jeweils angebotenen Leistungspalette zu verstehen und einzuschätzen sind.
Neue Wohnformen	Im Gegensatz zum Wohnen im Alter etwa in den 60er- und auch noch in den 70er-Jahren hat sich heute vieles verändert, die Wohnoptionen und -möglichkeiten für ältere Menschen sind erheblich „bunter" geworden. Neben Formen des betreuten Wohnens sind dies heute vor allem Altenwohngemeinschaften und andere Formen des gemeinschaftlichen Wohnens sowie das Zusammenleben von Älteren und Jüngeren in eigens dazu konzipierten Haus- und Wohnprojekten. Besonderes Kennzeichen vieler dieser „neuen Wohnformen" ist die oft entscheidende Rolle der Bewohnerinitiative zur Gründung sowie das Bewohnerenga-gement zur Führung und Weiterentwicklung dieser Wohnformen.

noch Übersicht 7-2

Begriff	Erläuterungen
Wohnumfeld	Wohnumfeld meint vor allem den näheren räumlichen Bereich um die eigene Wohnung, in der Regel die engere und weitere Nachbarschaft sowie das Stadtviertel. Besonders bedeutsam ist, dass das Wohnumfeld das wichtigste aktionsräumliche Feld für ältere und besonders für sehr alte Menschen darstellt. Veränderungen im Wohnumfeld (z. B. die unerwartete Schließung eines Lebensmittelgeschäfts) können aus diesem Grunde durchaus die Selbstständigkeit älterer Menschen in erheblicher Weise gefährden.
Außerhäusliche Mobilität	Die Wohnumwelt ist immer in engem Zusammenhang mit der außerhäuslichen Mobilität älterer Menschen zu sehen. Außerhäusliche Mobilität als raum-zeitliche Fortbewegung ist erforderlich, um Entfernungen zu überwinden und Aktivitäten außerhalb der Wohnung oder des Hause durchführen zu können (Zapf et al. 1997). Außerhäusliche Mobilität kann als wesentliches Merkmal von Lebensqualität im Alter angesehen werden. Wenngleich wir wissen, dass sich die außerhäusliche Mobilität alter Menschen auf das nähere Wohnumfeld konzentriert, so rückt die Überwindung größerer Distanzen (prototypisch: Urlaubsreisen) immer häufiger in das Möglichkeitsspektrum von alten Menschen, wobei das Auto zu-nehmend eine wesentliche Rolle, auch für alte Frauen, spielt.
Neue Technologien, Gerontotechnik	Mit neuen Technologien sind hier vor allem auf der Grundlage der Mikroelektronik bzw. Mikrochip-Technologie („High Technology") basierende Systeme gemeint, die dazu beitragen, Selbstständigkeit, Freizeitgestaltung und damit auch die Lebensqualität als ganzes zu bewahren, zu fördern oder wiederherzustellen. Der Begriff der „Gerontotechnik" scheint der Kommission in diesem Zusammenhang nicht besonders geeignet zu sein, da er den Ressourcencharakter neuer Technologien für alle Bevölkerungsgruppen unterschlägt. Dies schließt nicht aus, dass es Besonderheiten im Bereich Technologie in unterschiedlichen Lebensaltern gibt, die beachtet werden müssen.
Neue Medien	So genannte Neue Medien basieren auf den neuen Technologien. Gemeint sind hier die erweiterten Möglichkeiten zur Kommunikation und Informationsbeschaffung wie die Nutzung von Internet, speziell von elektronischer Post, von sonstigen PC-gestützten Diensten sowie von Bildtelefonie via Telefon oder PC. Neue Medien in diesem Sinne spielen sowohl im Bereich der Alltagstechnik (z. B. Internetnutzung zur sozialen Netzwerkpflege) als auch im Bereich der Pflege- und Rehabilitationstechnik (z. B. als „Telecare" oder „Telemedizin") eine Rolle.
Intelligente Haustechnik	Die traditionelle Wohnraumanpassung konzentriert sich bislang vor allem auf Optimierungen der Wohnungs-"Hardware", etwa im Sinne der architektonischen Optimierung der gebauten Umwelt und der Beseitigung physikalischer Barrieren. Intelligente Haustechnik nutzt nun die technisch längst zur Verfügung stehenden Möglichkeiten einer Vernetzung und damit zentralen Steuerbarkeit der zentralen Geräte (wie Herd, Waschmaschine, Kaffeemaschine) und Systeme (wie Heizung, Stromversorgung) von Wohnungen.

viele der dort berichteten Informationen weiterhin Gültigkeit. Neueres Datenmaterial ist leider nur bedingt direkt mit den dort enthaltenen Angaben vergleichbar. Aus diesem Grunde können hier die Zahlen des 2. Altenberichts nicht einfach fortgeschrieben werden. Stattdessen sollen, den 2. Altenbericht ergänzend, Antworten auf zwei Fragen gegeben werden: (1) Hat sich die Wohnsituation der älteren Menschen in Deutschland insgesamt gesehen im zurückliegenden Jahrzehnt verbessert? Hier ist insbesondere die Veränderung der Wohnsituation der älteren Menschen in den neuen Bundesländern angesprochen, denn alle Daten aus der Zeit kurz nach der Wende haben klar belegt, dass die Wohnqualität der Älteren im Osten Deutschlands im Vergleich mit jenen aus dem alten Bundesgebiet deutlich schlechter war. (2) Hat sich die Wohnsituation der älteren Menschen in Ost und West zwischenzeitlich so angeglichen, dass die noch existierenden Unterschiede zu vernachlässigen sind?

Was die erste Frage betrifft, so unterstützen alle verfügbaren längsschnittlich angelegten Daten zur Wohnsituation im Alter, dass sich vor allem im Bereich der grundlegenden Wohnungsausstattung und des grundlegenden Wohnkomforts (speziell: WC und Bad/Dusche in der Wohnung; Sammelheizung/Zentralheizung bzw. Gasetagenheizung) in den zurückliegenden Jahren für die alten Menschen in den neuen Bundesländern erhebliche Verbesserungen ergeben haben. Auch bei den älteren Menschen im Westen ist ein solcher Trend beobachtbar, jedoch muss dabei gesehen werden, dass bei diesen die grundlegende Wohnausstattung bereits zu Beginn der 90er-Jahre im Durchschnitt auf sehr hohem Niveau lag. So zeigen die im Rahmen des Sozialreports 50+ gesammelten Daten (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum

Berlin-Brandenburg 1998), dass sich in fünf wesentlichen Indikatoren der Wohnungsausstattung (Warmwasser, Innen-WC, Bad/Dusche, Zentral-/Etagenheizung, Telefon) in der Zeit zwischen 1990 und 1998 sehr deutliche Verbesserungen für die Älteren im Osten ergeben haben. Beispielsweise ist der Anteil von über 60-jährigen Personen mit Zentral/Etagenheizung in dieser Zeit von 39 Prozent auf 89 Prozent gestiegen, jener mit Innen-WC von 82 Prozent auf 96 Prozent, jener mit Bad/Dusche von 74 Prozent auf 96 Prozent. Allerdings sind diese Verbesserungen eher den „jungen" Alten als den „alten Alten" zugute gekommen. Auch die Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), die am Deutschen Zentrum für Alternsforschung in Heidelberg durchgeführt wird (Deutsches Zentrum für Alternsforschung 2000a), bestätigen, dass das Ausmaß der individuell erfahrenen Wohnungsverbesserung in den östlichen Bundesländern als hoch zu bezeichnen ist. Waren bei den untersuchten Personen der Jahrgänge 1930/32 im Osten (Leipzig) zum ersten Messzeitpunkt 1993/94 nur 59 Prozent der Wohnungen als „modern" (Innen-WC, Bad/Dusche, Sammelheizung) zu bezeichnen, so steigerte sich dieser Anteil bis zum zweiten Messzeitpunkt 1997/98 auf 88 Prozent. Etwa jede fünfte dieser Personen hat im Untersuchungszeitraum eine Komplettsanierung der Wohnung erfahren und etwa jede vierte Person ist im Untersuchungszeitraum umgezogen (in der westdeutschen Vergleichsregion nur etwa jede 10. Person). In ähnliche Richtung weisen die zwischen 1988 (West) bzw. 1990 (Ost) und 1998 erhobenen Daten des im Datenreport 1999 enthaltenen Ergebnisse des Wohlfahrtssurvey (Statistisches Bundesamt 2000). Nach diesen Zahlen ist der Anteil von über 65-Jährigen, die in Wohnungen mit Bad/WC/Zentralheizung wohnen, im Westen von 74 Prozent (1988) auf 94 Prozent (1998) gestiegen, im Osten von 33 Prozent (1990) auf 85 Prozent (1998). Die Verbesserungen in der objektiven Wohnausstattung im Osten spiegeln sich auch in deutlichen Verbesserungen der Wohnzufriedenheit der Älteren speziell in den neuen Bundesländern seit Anfang der 90er-Jahre (Statistisches Bundesamt 2000), wenngleich dies in den großen Gemeinden (über 50 000 Einwohner) weniger deutlich ausfällt (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg 1998). Dieser insgesamt sehr positiven Entwicklung ist allerdings gegenüberzustellen, dass der seit etwa 1992 sehr stark angestiegene Wohnungsneubau in den neuen Bundesländern älteren Menschen eher nicht zugute gekommen ist; diese leben weiterhin überdurchschnittlich häufig in vor 1919 erbauten Altbauwohnungen. So lag 1996 der Anteil von 70- bis 85-Jährigen, die in den neuen Bundesländern in vor 1919 erbauten Wohnungen leben, bei 31,4 Prozent, in den alten Bundesländern nur bei 13,7 Prozent (Kohli & Künemund 2000). Die relative Wohnkostenbelastung ist bei den Älteren im Osten seit Anfang der 90er-Jahre im Vergleich mit der Einkommensentwicklung überproportional angestiegen, jedoch ist eine differenzierte Sichtweise erforderlich: In besonderer Weise belastet (Anteil der Wohnkosten am Gesamteinkommen größer oder gleich 30 %) sind im Osten, aber noch stärker im Westen allein lebende ältere Frauen (Kohli & Künemund 2000). Insgesamt kommt die Kommission zu der Einschätzung, dass sich der Wohnstandard speziell in den neuen Bundesländern deutlich verbessert und sich in den alten Bundesländern weiter auf hohem Niveau konsolidiert hat. Diese Verbesserungen spiegeln sich auch in subjektiven Urteilen wider. Nachteilig für das derzeitige Wohnen älterer Menschen in den neuen wie alten Bundesländern erscheint die relativ hohe Mietbelastung in bestimmten Subgruppen (speziell allein lebende alte Frauen).

Was die zweite Frage, jene nach der weitgehenden oder gar vollständigen Angleichung der Wohnverhältnisse der Älteren in Ost und West betrifft, so zeigen die verfügbaren Vergleichsdaten, dass sich trotz aller Verbesserungen die Wohnqualität der Älteren in den neuen Bundesländern im Jahre 2000 in der Tendenz noch schlechter darstellen dürfte als jene der Älteren im Westen. Beispielsweise lag im Jahre 1996 der Anteil von Personen, bei denen zumindest eines von drei grundlegenden Ausstattungsmerkmalen (Bad/Dusche, Innen-WC, Zentral-/Etagenheizung) fehlte, bei den 55- bis 69-Jährigen in den neuen Bundesländern bei 21,0 Prozent, in den alten Bundesländern bei 7,6 Prozent, bei den 70- bis 85-Jährigen in den neuen Bundesländern bei 19,6 Prozent, in den alten bei 10,5 Prozent (Kohli & Künemund 2000). Der Anteil der 60- bis 69-Jährigen mit Sammelheizung lag 1998 in den neuen Bundesländern bei 82,3 Prozent, in den alten bei 86,7 Prozent; bei den über 70-Jährigen lagen die entsprechenden Werte bei 78,3 Prozent bzw. 84,2 Prozent (Mikrozensus 1998). Die noch bestehenden Unterschiede in der Wohnausstattung zu Ungunsten der Älteren in den neuen Bundesländern, die sich auch in anderen Wohnungsindikatoren wiederfinden (vgl. dazu auch Kohli & Künemund 2000), müssen nach Meinung der Kommission weiterhin ernst genommen werden. Es gibt noch keinen Grund zu einer endgültigen „Entwarnung", auch wenn die Angleichung der Wohnverhältnisse der Älteren aus Ost und West seit der Wende sehr deutlich vorangeschritten ist (vgl. auch Backes 2000).

7.2.2 Anpassung der bisherigen Wohnung als Ressource

Der Begriff „Wohnungsanpassung" zielt in der Regel auf spezielle Veränderungen in der Wohnung und im Bereich des Zugangs zur Wohnung bei funktionalen Einschränkungen und nachlassenden Fähigkeiten zur Selbstversorgung (vgl. auch Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnanpassung e.V. 2000). Bewegungseinschränkungen stehen bei der Einschätzung der Notwendigkeit zur Wohnungsanpassung häufig im Vordergrund. Es gibt inzwischen eine Fülle von ausreichend erprobten und gut dokumentierten Verfahren, um Wohnungen an die individuellen Bedürfnisse älterer und behinderter Personen anzupassen – von der Höhenveränderung eines Fensterknaufs über den rollstuhlgerechten Zugang bis zur Verbreiterung von Türen und dem Einbau einer bodengleichen Dusche. Eine Fülle von Hilfsmitteln und kleineren technischen Erleichterungen machen es möglich, auch mit stärkeren physischen Einschränkungen seine Wohnung mit eigenem Haushalt zu erhalten (Singelenberg & Stolarz 1997). Finanzielle Hilfen hierfür gibt es nach dem BSHG, SGB V und SGB

Übersicht 7-3: Finanzierung der Wohnberatung

Die Personal- und Sachkosten der Wohnberatungsstellen werden meistens in Form einer Mischfinanzierung gedeckt. Dabei ist zwischen einer Basisfinanzierung, die einen substanziellen Teil der Kosten längerfristig sichert, einer Anschubfinanzierung, die diese Kosten nur vorübergehend deckt, sowie einer Ergänzungsfinanzierung zu unterscheiden.

Basisfinanzierung

Die häufigste Finanzierung erfolgt über:

- Eigenmittel der Träger (vor allem Landkreise und Wohlfahrtsverbände)
- Kommunale und Kreismittel für freigemeinnützige Träger

In geringerem Umfang über:

- Landesmittel (z. B. Berlin; Saarland zusammen mit Kommunen; NRW: Drittmittelfinanzierung (siehe unten)
- Pflegekassen (nur als Modellprojekt in NRW zusammen mit Land und Kommunen)

Anschubfinanzierung

- Mittel der Arbeitsförderung (Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen und Strukturanpassungsmaßnahmen)
- Bundesmodellprogramme (einzelne Beratungsstellen, vor allem in Ostdeutschland)

Ergänzungsfinanzierung

- Beratungsgebühren (Baden-Württemberg); diese können bei Anspruchsberechtigten übernommen werden von der Pflegekasse oder vom Sozialhilfeträger)
- Landesmittel
- Wohnungsunternehmen (Beratungsvereinbarung)
- EU-Mittel
- Stiftungen, Sponsoren, Spenden
- Honorareinnahmen (z. B. für Vorträge oder Veröffentlichungen)

Bundesweit allgemein zugänglich ist lediglich die Förderung der sachlichen Ausstattung von Wohnberatungsstellen durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe aus Mitteln des Deutschen Hilfswerks.

XI sowie durch vereinzelte lokale Förderprogramme (siehe auch Übersicht 7-3).

Man kann davon ausgehen, dass es für die überwiegende Zahl älterer Menschen selbstverständlich ist, solange wie möglich ihren eigenen Haushalt aufrechtzuerhalten. Trägt individuelle Wohnungsanpassung dazu bei, so hilft sie auch, Umzüge in ein Heim hinauszuschieben oder ganz zu verhindern. Dies ist nicht nur aus ökonomischen Gründen erwünscht, sondern auch aus humanitären und sozialen Gesichtspunkten anzustreben – wenn ein angemessenes soziales Umfeld und eine angemessene technische Infrastruktur vorhanden sind und es dem Willen des älteren Menschen entspricht. Dies zu klären, ist u. a. Aufgabe der Wohnberatung, die eben ihre Tätigkeit nicht allein auf die Betrachtung technischer Details wie z. B. die Barrierefreiheit im Sinne der „Richtlinien für barrierefreies Bauen" nach der DIN 18025 (Teil 2) im Auge haben darf. Die Wohnberatung muss die oben genannten Aspekte mit einbeziehen und evtl. auch den Rat geben, dass der Verbleib in der bestehenden eigenen Wohnung einen stärkeren Verlust an Lebensqualität zur Folge haben kann als der Umzug in eine neue Wohnung oder in ein Heim.

Leider ist das Netz der inzwischen ca. 170 Wohnberatungsstellen noch sehr ungleichmäßig und regional teilweise sehr dünn. Am besten organisiert ist die Wohnberatung für ältere Menschen zur Zeit in den Ländern Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Der primäre Grund dafür dürfte in den Finanzierungsbedingungen liegen. In Nordrhein-Westfalen teilen sich Land, Kommunen und Pflegekassen die Finanzierung der Wohnberatungsstellen; in Baden-Württemberg können seit 1995 bei Wohnungsanpassungsmaßnahmen für Pflegebedürftige (nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes) Beratungskosten nach vereinbarten Sätzen mit den Pflegekassen abgerechnet werden. Dies sichert einen Teil der Refinanzierung der Wohnberatungsstellen, die ansonsten auf kommunale Unterstützung angewiesen sind und auf bisher sehr geringe Einnahmen durch Beratungsgebühren. Aus Sicht der Kommission erscheint die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Wohnberatung als eine vordringliche Aufgabe.

Dabei erhebt sich die Frage, warum die Wohnberatung gegenüber anderen Beratungen für ältere Menschen so herausgehoben werden soll. Der Grund hierfür liegt in der besonderen Art der Beratung, die sich nicht nur auf das Herausfinden geeigneter Lösungen beschränkt, sondern auch die praktische Unterstützung bei der Durchführung technischer Maßnahmen beinhaltet. Hierfür müssen sowohl technisches Wissen als auch die Kenntnis der einschlägigen Gesetze und Verordnungen vorhanden sein muss. Innerhalb der Wohnberatungsstellen geschieht dies u.a. durch die Hinzuziehung von Handwerkern, Spezialisten für Hilfsmittel und – in geringerem Umfang – auch Architekten. Soziale und technische Kompetenz müssen sich ergänzen, wenn es darum geht, für die älteren Menschen eine angemessene und ökonomisch vertretbare Lösung zu finden, die den Verbleib in der meist schon langjährig genutzten Wohnung sicherstellt.

Die individuelle Wohnungsanpassung für ältere Menschen mit spezifischen Einschränkungen ist jedoch eine aufwendige und dementsprechend auch relativ teure Methode, für einen möglichst langen Verbleib älterer Menschen mit Einschränkungen in der eigenen Wohnung zu sorgen. Eine grundsätzlich andere Vorgehensweise – die in den Niederlanden bereits seit 1988 verfolgt wird – bietet sich jedoch ebenfalls an: Bei bestehenden größeren Gebäuden werden insgesamt Anpassungsmaßnahmen durchgeführt, und zwar bezüglich der Gebäudeerschließung (z. B. nachträglicher Einbau eines Aufzugs, schwellenlose Ausführung von Laubengängen) als auch bezüglich der Wohnungen (z. B. Beseitigung von Schwellen, Erreichbarmachen von Bedienungselementen). Im Unterschied zur individuellen Anpassung (einzelner) Wohnungen handelt es sich hierbei um eine kollektive Wohnanpassung mit dem Ziel, eine größere Zahl bestehender Wohnungen für die Nutzung durch ältere Menschen geeigneter zu machen (Opplussen = Aufwerten). Diese Strategie lässt sich in den Niederlanden mit ihrem hohen Anteil von Mietwohnungen in der Hand von Wohnungsgenossenschaften besonders gut verwirklichen. Diese Maßnahmen werden durch ein Regierungsprogramm finanziell gefördert. Es bietet sich an, beide Strategien parallel zu verfolgen und miteinander zu verknüpfen.

Doch selbst wenn sich diese Orientierung im sozialen Wohnungsbau durchsetzen könnte und grundsätzlich – wie zum Beispiel in Nordrhein-Westfalen – zur Vorbedingung für jegliche öffentliche Förderung werden würde, so wäre der überwiegende Teil des Neubau- und Modernisierungsgeschehens, nämlich der Bau privater Miet- und Eigentümerwohnungen, nicht einbezogen. Denn eine Motivation, in die entsprechenden Anpassungsmaßnahmen zu investieren, dürfte in der Regel fehlen. Eine entsprechende Vorschrift für diesen Bereich wäre wahrscheinlich kurzfristig kaum durchsetzbar. Möglicherweise könnte man dem Ziel durch Zuschüsse oder Steuererleichterungen näher kommen.

In den Niederlanden gibt es seit 1984 Richtlinien für „anpassbares" Bauen, die seit dem 1. Juli 1997 in die staatliche Bauordnung aufgenommen wurden. Diese Richtlinien besagen, dass alle neuen Wohnungen „anpassbar" errichtet werden müssen. Dies bedeutet, dass die Wohnungen technisch so konzipiert sein müssen, dass sie von Anfang an von Behinderten genutzt werden können und durch einfache Anpassungen später auch für Rollstuhlfahrer geeignet sind. Eine „anpassbare" Wohnung muss 112 Anforderungen erfüllen. Zu diesen Anforderungen gehört z. B. das Maß der Türbreiten innerhalb der Wohnung (mindestens 85 cm), die Größe der Manövrierfläche im Eingangsbereich der Wohnung (mindestens 1,5 x 1,5 m) und die Schwellenhöhe (Niveauunterschied höchstens 2 cm).

Ein solches Vorgehen des anpassbaren Bauens von Wohnungen wird häufig mit dem Argument abgelehnt, dass die Kosten für Neubau und Modernisierung dadurch erheblich steigen würden. Erfahrungen aus den Niederlanden belegen jedoch, dass anpassbare Wohnungen nicht oder kaum teurer zu errichten sind als nicht anpassbare. In den Niederlanden stand Kostenneutralität gegenüber dem „normalen" Bauen ausdrücklich im Vordergrund der Überlegungen. Es handelt sich nicht um Erfahrungen einzelner Modellversuche, sondern um Erfahrungen mit einer großen Zahl von Neubauten. So wurden z. B. in Amsterdam schon im Jahre 1995 insgesamt 26 Prozent aller neuen Wohnungen (58 % der Wohnungen im sozialen Wohnungsbau) „anpassbar" entworfen; in Den Haag sind mehr als 60 Prozent des Neubaubestands „anpassbar".

Die generelle Berücksichtigung von Kriterien, wie sie die DIN 18025 (Teil 2) enthält, würde ja nicht nur die Wohnbedingungen im Hinblick auf die Bedürfnisse älterer Menschen positiv beeinflussen. Barrierefreiheit ist nicht nur eine Voraussetzung für den ungehinderten Zugang für Rollstuhlfahrer und gehbehinderte Personen. Sie erleichtert z. B. auch Müttern und Vätern mit Kinderwagen den Zugang. Insofern bedeutet die Berücksichtigung von Kriterien, die das Wohnen für Menschen mit physischen Einschränkungen erleichtern, generell eine Aufwertung der Wohnung und hat in Bezug auf die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen auch präventiven Charakter. Es ist anzustreben, dass sich das Bewusstsein hierüber weiter verstärkt. Dies könnte durch öffentlichkeitswirksame Kampagnen und gezielte Informationen für alle am Neubau und der Modernisierung beteiligten Verantwortlichen befördert werden. Es ist hier auch anzunehmen, dass alte Menschen und ihre Angehörigen in ländlichen Regionen besonders schwer erreicht werden können. In noch stärkerem Maße dürfte dies für ältere Menschen ausländischer Herkunft und ihre Familien gelten.

Auf einer eher grundsätzlichen Ebene ist schließlich darauf hinzuweisen, dass Wohnanpassungsmaßnahmen bislang noch kaum zum Gegenstand systematischer Forschung geworden sind. Die Befunde von Niepel (1995 und 1999) sind jedenfalls durchaus ermutigend und unterstreichen das Potenzial (auch das Kosteneinsparpotenzial, etwa im Hinblick auf die Vermeidung einer Heimunterbringung), das solchen Interventionen zukommt. Leider kann auch die internationale Forschung, von Aspekten der mangelnden Übertragbarkeit einmal ganz abgesehen, hier bislang nur wenig beitragen (Gitlin

1998). Wichtig wäre etwa die Klärung von psychologischen Faktoren der Akzeptanz sowie eine rigorose Abschätzung der längerfristigen Auswirkungen auf die Selbstständigkeit im Alter unter Einbezug von Kontrollgruppen. Wichtig wäre ferner die Untersuchung der Bedeutung von Wohnanpassungsmaßnahmen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen.

7.2.3 Übersiedlung in eine Form des Betreuten Wohnens als Ressource

Betreutes oder Service-Wohnen wird schon seit einiger Zeit – von Trägern, die bauen möchten oder gebaut haben und ihre „Betreuten Wohnungen" vermarkten wollen – mit einer gewissen Euphorie als eine der Zukunftslösungen für das Wohnen älterer Menschen propagiert. Wenn man die Grundidee des Betreuten Wohnens betrachtet, so wirkt sie auf den ersten Blick einleuchtend: Betreutes Wohnen soll die Vorteile privater eigenständiger Wohnformen mit denen institutioneller Wohnformen verbinden. Privatheit und Selbstständigkeit des Einzelnen soll erhalten bleiben bei gleichzeitiger Gewährung eines hohen Maßes an Sicherheit und Verfügbarkeit von Hilfs- und Betreuungsangeboten. Vom Konzept verfolgt das Betreute Seniorenwohnen schwerpunktmäßig drei Ziele: Absicherung oder Wiederherstellung einer selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung auch im Falle von leichter und mittlerer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit; Vermeidung der Ausgrenzung und sozialen Isolation alter Menschen, Hilfe bei der Erhaltung sozialer Beziehungen und Förderung der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft; Hinausschieben oder Vermeidung einer Heimunterbringung.

Bei den älteren Menschen selbst scheint diese Wohnform auf breite Akzeptanz zu stoßen. Nach Untersuchungen zu den Wohnungswünschen älterer Menschen schwankt der Anteil zwischen 30 Prozent und knapp 40 Prozent der Älteren, die sich Service-Wohnen als Lebensform vorstellen können, nur 16 Prozent lehnen diese Wohnform für sich ab (Krings-Heckemeier 1996). Die Schader-Stiftung hat in ihrer Untersuchung zu den Wohnungswünschen älterer Menschen ermittelt, dass das Service-Wohnen an zweiter bis dritter Stelle aller bevorzugten Wohnalternativen bei den umzugswilligen älteren Menschen steht (Heinze et al. 1997). Die Schwierigkeit dieser Untersuchungen bestand freilich darin, dass die Befragten Personen zu einem Produkt gefragt wurden, das sie lediglich aus der Beschreibung der Untersuchenden, nicht jedoch aus eigener Anschauung kannten. Die Ergebnisse sind dementsprechend mit Vorsicht zu betrachten. Erst weitergehende Untersuchungen, bei denen die Einschätzung vor dem Einzug, kurz nach dem Einzug und in einigem zeitlichen Abstand nach dem Einzug erfragt wird, können nähere Aufschlüsse bringen.

Einen ersten Schritt hierzu bildete eine Untersuchung in Baden-Württemberg, in der Nutzer des Betreuten Wohnens nach dem Einzug befragt wurden (Kremer-Preiß 1999). Danach verbinden ältere Menschen mit dieser Wohnform vielfältige Erwartungen. In der Untersuchung wurde nach den Gründen für den Einzug in eine Wohnanlage gefragt. Neben dem Vorsorgeaspekt bzw. Sicherheitsaspekt kommen viele Bewohner in die Einrichtung des Betreuten Wohnens, weil sie in ihrer selbstständigen Lebensführung eingeschränkt sind: Über die Hälfte kommt, weil ihre frühere Wohnung zu groß oder nicht altersgemäß ausgestattet ist; jeder Dritte wechselt, weil er pflegerische Hilfe oder Hilfe bei der Haushaltsführung benötigt, und bei rund der Hälfte ist soziale Vereinsamung ein wesentlicher Grund für den Umzug

Auch Saup (2000) kommt in seiner Längsschnittuntersuchung in 7 betreuten Wohnanlagen und Mehrfachbefragung von 173 Bewohnern in 4 Erhebungswellen zu dem Ergebnis, dass Krisenvorsorge ein ganz zentraler Grund für den Einzug ist und viele Bewohner schon von dem Einzug deutlich reduzierte Kompetenzen haben und ca. 70 Prozent der Bewohner externe Unterstützung bei der selbstständigen Lebensführung durch Angehörige erhalten. Sie haben auch sehr hohe Erwartungen an das Betreute Wohnen. Sie erwarten Sicherheit und Versorgung wie in einer institutionellen Wohnform. Dabei ist ihr Informationsstand über Alternativen vor dem Einzug ins Betreute Wohnen sehr schlecht: Unbekannt sind bei fast allen Wohnungsanpassungsmaßnahmen (89 %) sowie Wohnberatung oder organisierte hauswirtschaftliche Hilfen (67 %). Das Durchschnittsalter bei Einzug liegt mit etwa 78 Jahren deutlich unter dem gegenwärtigen Durchschnittsalter bei Heimeintritt (über 83 Jahre).

7.2.3.1 Unterschiedliche Modelle betreuter Wohnangebote für ältere Menschen

Zum Ersten existieren Wohnformen, deren Betreuungskonzept eine Weiterentwicklung des normalen Wohnens darstellen. Zu nennen sind hier eigenständige Wohnungen mit flankierenden Serviceangeboten (Wohnen Plus/Betreutes Wohnen im Bestand). Es handelt sich in der Regel um eingestreute altersgerechte Wohnungen, wobei die Serviceleistung durch selbstorganisierte Nachbarschaftshilfe oder selbstorganisierte professionelle Dienste erbracht werden. Dabei wird das Prinzip des Betreuten Wohnens von einer Wohnanlage auf das Wohngebiet ausgedehnt. Dem normalen Wohnen wird Betreuung bzw. Service hinzugefügt. In der Praxis gibt es zwischen den verschiedenen realisierten Projekten Unterschiede in der räumlichen Ausdehnung, der Betreuung und der Zahl der (potenziellen) Nutzer (von punktuellen Angeboten für ältere Bewohner eines bestehenden Gebäudekomplexes über einzelne hilfebedürftige Menschen in einem Stadtteil bis zu flächendeckenden Angeboten für Menschen in einer Kommune), in den vertraglichen Vereinbarungen (Grundpauschale für „weiche" Koordinierungsaufgaben oder Betreuungsaufgaben werden mit öffentlichen Mitteln finanziert) und in den Trägern solcher Angebote (Wohnungsträger oder spezielle Vereine bei verstreutem Klientel). Da hier noch größere Akzeptanzprobleme zur Betreuungspauschale bestehen als in Betreuten Wohnanlagen, wird diskutiert, inwieweit Teile solcher Aufgaben von den politischen Gemeinden oder freigemeinnützigen oder privaten Trägern übernommen werden sollten.

Zum Zweiten sind betreute Wohnformen „Sonderwohnformen" (Weiterentwicklungen der traditionellen Heimunterbringungen), welche die derzeit wichtigste und am weitesten entwickelte Form des Betreuten Wohnens darstellen. Zu unterscheiden ist nach der Art wie diese Leistungen organisiert werden: (1) Eigenständige Wohnanlagen mit Service-Büro, d. h. Serviceleistungen werden vom Wohnprojekt aus organisiert und durch Dritte erbracht. (2) Eigenständige Wohnanlagen mit integrierten Serviceleistungen, d. h. Serviceleistungen stehen im Wohnprojekt zur Verfügung. (3) Heimverbundene Wohnprojekte, d. h. die Einrichtung ist räumlich und/oder organisatorisch mit einem Pflegeheim verbunden und die Serviceleistungen werden von dort erbracht. (4) Wohnprojekte im Hotelverbund, d. h. die Wohnanlage ist räumlich und/oder organisatorisch an ein Hotel angebunden, das die Serviceleistungen vorhält und erbringt. Bei dieser Konzeption stehen hauswirtschaftliche Unterstützungsleistungen und die Möglichkeit, die Hotelinfrastruktur mitzunutzen, im Vordergrund. (5) Wohnstifte/Seniorenresidenzen: Hier stehen den Bewohnern eigenständige Appartements zur Verfügung, die eine selbstständige Haushaltsführung ermöglichen, der Bewohner muss sich aber für eine hauswirtschaftliche Teil- bis Vollversorgung entscheiden. Er hat in der Regel nicht die Wahl, den Haushalt eigenständig zu führen und nur bei Bedarf Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.

Neben der Organisationsform unterscheiden sich die Wohnprojekte nach der Betreuungskonzeption. Tendenziell lassen sich hier zwei Modelle unterscheiden: Das Betreuungsmodell und das Service-Modell. Das Betreuungsmodell geht von der Notwendigkeit eines besonderen Angebots für sozialpädagogische Moderation und Hilfemanagement aus. Dieses Angebot durch qualifiziertes Personal ist zentraler Bestandteil eines pauschalen Grundservice. Hierfür werden auch die Begriffe „begleitetes Wohnen und „unterstütztes Wohnen" verwendet. Als Klientel werden vor allem ältere Menschen ab 70 Jahren mit größerem Hilfebedarf angenommen. Das Service-Modell geht eher von einer Klientel aus, die zwar Serviceangebote zur Verfügung haben möchte, ansonsten aber unabhängig wohnen will. Im Vordergrund steht der abrufbare und nur nach Bedarf bezahlte Service. Auch hier soll die Möglichkeit zum Aufbau von Kontakt- und Hilfsnetzen geschaffen werden. Dies ist aber nicht Bestandteil eines Grundservice oder einer Grundpauschale.

7.2.3.2 Probleme bei der praktischen Umsetzung und mangelhafte Datenlage

In der oben genannten Vielfalt unterschiedlicher konzeptioneller Ansätze beim Betreuten Wohnen manifestieren sich u. a. auch die unterschiedlichen regionalen Bedingungen und vielfältigen Bedarfslagen verschiedener Zielgruppen. Die praktische Vielfalt ist durchaus positiv zu sehen, weil nur so ein hohes Maß an Wahlfreiheit und Bedürfnisorientierung erreichbar scheint. Das Betreute Wohnen ist in Deutschland immer noch ein „Experimentierfeld", denn es fehlen Qualitätsstandards, es besteht immer noch eine mangelnde Transparenz dieses Angebots, es gibt noch rechtliche Unklarheiten, und es fehlen verlässliche Daten. So wird das Gesamtangebot – von wenigen Ausnahmen abgesehen – nicht im Rahmen von definierten Mindestqualitätsstandards und entsprechenden Qualitätskontrollen praktiziert. Das Fehlen verbindlicher Qualitätsnormen für das Betreute Wohnen hat in der Praxis auch qualitativ zu einer großen Variationsbreite geführt, wobei sich die Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit stellt. Die realisierten Projekte reichen von Angeboten, die als überzeugend im Preis-Leistungs-Verhältnis gelten bis zu Angeboten, die als völlig unzureichend und überteuert einzustufen sind. Es werden z. T. Betreute Wohnungen als Alternative zum Heim angeboten, ohne auch nur annähernd für eine entsprechende Betreuung zu sorgen. Und bei frei finanzierten Wohnanlagen werden nicht selten Mieten verlangt, die weit über den ortsüblichen Vergleichsmieten liegen. Doch seit einiger Zeit gibt es regional Bemühungen, entsprechende Qualitätskriterien zu formulieren (so z. B. das Qualitätssiegel in Baden-Württemberg). Ein weiteres Problem besteht darin, dass die große Unterschiedlichkeit und Variationsbreite der Projekte zur mangelnden Transparenz des Gesamtangebotes sowie mangelnden Überschaubarkeit für interessierte Ältere geführt hat. Die mangelnde Überschaubarkeit hat in manchen Fällen Erwartungen und Vorstellungen der Bewohner geweckt, die nicht erfüllt wurden. Teilweise wurde bereits bei einem eintretenden leichten Hilfebedarf ein erneuter Umzug notwendig. Verstärkt wurden in diesem Kontext Forderungen nach mehr Verbraucherschutz laut. Verschiedene Institutionen reagierten darauf und haben Fragenkataloge oder sog. Check-Listen oder die Entwicklung von Musterverträgen als Orientierungshilfe für die Nutzer zum Vergleich verschiedener Projekte entwickelt.

Ebenfalls problematisch ist, dass es im Bereich des Betreuten Seniorenwohnens eine Reihe juristisch ungeklärter Probleme und rechtliche Unklarheiten gibt. Das zentrale Problem in diesem Zusammenhang dürfte die Diskussion sein, inwieweit Einrichtungen des Betreuten Wohnens als Einrichtungen einzustufen sind, die unter die Bestimmungen des Heimgesetzes fallen mit der Konsequenz der Wirksamkeit aller entsprechenden Schutzbestimmungen, wie Heimmindestbau- und Heimpersonalverordnung, Heimmitwirkungsverordnung etc. Dies hätte eine Überwachung durch die Heimaufsicht zur Folge (vgl. Urteil des Oberverwaltungsgerichts Münster v. 28. Januar 1999).

Schließlich zeigt sich als weiteres Problem die mangelhafte Datenlage. Im Gegensatz zur expansiven Bautätigkeit steht der Umfang des Erfahrungswissens über Betreutes Wohnen bzw. von Evaluationsstudien. Angenommen wird durch das Forschungsinstitut empirica ein Versorgungsgrad von 1,6 Prozent der über 65-Jährigen in ca. 3 600 Wohnanlagen, was, im internationalen Vergleich, deutlich unter dem Anteil in anderen Ländern liegt (so leben in Großbritannien und in den USA etwa 5 Prozent der 65-Jährigen in solchen, zumindest annähernd vergleichbaren Wohnanlagen). Zu beachten sind allerdings große regionale Unterschiede, was etwa darin zum Ausdruck kommt, dass Formen des Betreuten Wohnens in Baden-Württemberg und Hessen bereits weite Verbrei-

tung gefunden haben, in den östlichen Bundesländern hingegen noch weniger bekannt sind. Ebenso ist gerade im Hinblick auf diese Wohnform auch ein deutliches Stadt-Land-Gefälle zu konstatieren. Für ältere Migranten spielt diese neue und rasch an Bedeutung zunehmende Form des Wohnens im Alter praktisch (noch) keine Rolle. Sie könnten schließlich in Zukunft auch für die erst allmählich in das Bewusstsein der Öffentlichkeit tretende Gruppe der behinderten älteren Menschen wesentlich werden, etwa dann, wenn ansonsten nach dem Tode der pflegenden Eltern oder sonstigen Verwandten nur Heime eine Wohnalternative bieten (Wacker 2000).

7.2.3.3 Verträge und Kosten

Zu den Qualitätsaspekten des Betreuten Seniorenwohnens gehört auch eine eindeutige und klare Vertragsgestaltung. Vertragsanalysen zeigen aber, dass hier noch eine Reihe von juristisch ungeklärten Problem bestehen und eine Vielzahl vertragsrechtlicher Unklarheiten in der Praxis bestehen (Kremer-Preiß 1998). Dies betrifft sowohl die Vertragsgestaltung als auch die Vertragsform. Hinsichtlich der Vertragsgestaltung ist die mangelnde Transparenz des Gesamtangebotes das wesentliche Problem. Die meisten Verträge zeichnen sich durch eine unpräzise Beschreibung der Leistungspflichten des Trägers aus. Wohnraumüberlassungs- und Betreuungsleistungen, Regel- und Wahlleistungen werden häufig nicht eindeutig kenntlich gemacht. Insbesondere fehlt eine Konkretisierung der einzelnen Leistungspakete im Bereich der Grundleistungen. Bei den Wahlleistungen fehlen Hinweise, wer diese erbringt und ob entsprechende verbindliche Absprachen mit externen Kooperationspartnern bestehen. Viele der Probleme beim Betreuten Seniorenwohnen ergeben sich aus den nicht geklärten Erwartungen, was mit dem Wohnangebot an Leistungen verbunden ist. Die unpräzise Leistungsbeschreibung der Träger sowie die fehlende Konkretisierung der Preisgestaltung und das Fehlen einer klaren Zuordnung von Kosten und Leistungen dürfte hierfür wesentlich sein (vgl. bereits Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998).

Seitens der Vertragsform stehen zwei juristische Probleme im Vordergrund. Die Mehrheit der Betreuten Einrichtungen schließt mit den Bewohnern neben dem Mietvertrag einen Betreuungsvertrag, die i. d. R. rechtlich gekoppelt sind. Nur bei einer Minderheit der untersuchten Einrichtungen kann der Betreuungsvertrag unabhängig vom Mietvertrag gekündigt werden. Juristisch ist zurzeit noch nicht geklärt, ob eine solche Koppelung nicht rechtswidrig ist bzw. ob bei solchen heimvertragsähnlichen Gebilden die speziellen Schutzbestimmungen, die dann eine Unterstellung unter das Heimgesetz bedingten, umgangen werden können und sollen.

Ein zweites juristisches Problem betrifft die Kündigungsregelungen. Die Miet- und Betreuungsverträge werden i. d. R. unbefristet abgeschlossen. Rund ein Drittel aller Einrichtungen in Baden-Württemberg (36,7 %) legt zum Beispiel vertraglich fest, dass neben allgemeinen Kündigungsbestimmungen im Sinne der Regelungen des BGB bei erhöhter Pflegebedürftigkeit/Verwirrtheit ein Verbleiben in der Wohnung nicht mehr möglich ist. Dies entspricht Ergebnissen aus der LBS-Erhebung (LBS 1997). Juristisch ist zu prüfen, ob Pflegebedürftigkeit vertragsrechtlich als Kündigungsgrund genannt werden darf. Wenn das Wohnen im Vordergrund der Vertragsgestaltung steht, ist das Mietrecht maßgeblich und hier stellt der Eintritt von Pflegebedürftigkeit auf keinen Fall einen Kündigungsgrund dar. Andere Einrichtungen definieren nicht eindeutig, wann ein Leben in der Wohnanlage wegen Pflegebedürftigkeit nicht mehr möglich ist. Vor allem bei den Einrichtungen mit minimalem und mittlerem Leistungsniveau ist davon auszugehen, dass ein großer Teil dieser Einrichtungen Erwartungen weckt, die sie im Bedarfsfall nicht halten können. Bezogen auf alle untersuchten Einrichtungen bedeutet dies, dass rund jede dritte Einrichtung (30,1 %) in Baden-Württemberg Erwartungen weckt, die sie im Bedarfsfall nicht oder nur mit erheblichem Aufwand gewährleisten können.

Was die Kosten betrifft, so ist die sehr unterschiedliche Höhe der Kosten in den verschiedenen Wohnprojekten auffallend. Dies betrifft sowohl die monatlichen Fixkosten für Miete, Betriebskosten, Nebenkosten und die monatliche Betreuungspauschale. Alleine bei der Nettokaltmiete hat die Untersuchung von empirica im frei finanzierten Bereich eine Spanne von 8 DM/qm bis 68 DM/qm ermittelt. Bei den preiswerten Angeboten handelte es sich i. d. R. um altersgerechte Wohnungen ohne Dienstleistungsangebote, während es sich bei den teuren Angeboten meist um Seniorenresidenzen handelt, bei denen höhere Gemeinflächenanteile und mehr Serviceleistungen in die Miete integriert sind. Auch bei den Betreuungspauschalen sind die Spannen groß. Die Kosten für den Grundservice variieren bei bundesweiten Untersuchungen zwischen 9 DM und 1 800 DM. Die durchschnittliche Pauschale für eine Einzimmerwohnung liegt bei 170 DM monatlich. Als marktfähig wird von Experten eine Pauschale von 150 DM eingeschätzt. Das InWis-Institut kommt auf eine Spanne von 20 DM bis 1 000 DM für eine Einpersonenwohnung pro Monat (InWis 1998). Die verschiedenen Kostenpauschalen lassen sich z. T. aus dem unterschiedlichen Leistungsangebot erklären. Dies betrifft aber nur den Unterschied zwischen einem relativ geringen und einem mittleren bzw. höheren Kostensatz. Untersuchungen zeigen aber auch, dass die Unterschiede zwischen einer mittleren und erhöhten Grundpauschale nicht in allen Fällen mit einem erweiterten Leistungsangebot zu erklären sind, sondern auf strukturelle Faktoren oder verschiedene Finanzierungsformen zurückgeführt werden können. Auch das InWis Institut hat ermittelt, dass die Unterschiede zwischen den Miethöhen nur zu 46 Prozent mit der Ausstattungs- und Dienstleistungsqualität zu erklären ist. Selbst bei identischen Leistungsangeboten schwanken die Preise zwischen 70 und 500 DM Betreuungspauschale im Monat. 54 Prozent der Mietpreisunterschiede bleiben unerklärbar.

Die Darstellung sollte insgesamt deutlich gemacht haben, dass Betreutes Wohnen kein einheitliches geschlossenes Konzept ist und auch der Entwicklungsprozess noch nicht abgeschlossen ist. Begriff und Konzeption des Betreuten

Wohnens bedarf einer weiteren Klärung. Dieser Klärungsprozess wird aber nicht auf eine einheitliche Konzeption des Betreuten Wohnens hinauslaufen, sondern eher auf eine Bandbreite von Modellen, die zwar dem gemeinsamen Ziel der Verbindung von selbstständigem Wohnen und dem Angebot von Hilfe- und Kommunikationsnetzen verpflichtet sind, aber dies in unterschiedlicher Weise umsetzen. Die Kommission rät deshalb, nicht länger von „dem" Betreuten Wohnen sondern von „Formen des betreuten Wohnens" zu sprechen, die nur im Zusammenhang mit der jeweils angebotenen Leistungspalette zu verstehen und einzuschätzen sind. Wesentlich erscheint, dass Mindestqualitätsstandards klar definiert und verbindlich gemacht werden, dass für die Nutzer das Leistungsangebot betreuter Wohneinrichtungen transparent und überschaubar im Sinne des Verbraucherschutzes gemacht wird (die gegenseitigen Erwartungen sollten sowohl zum Schutz der Bewohner als auch zum Schutz der Anbieter geklärt sein), dass rechtliche Unklarheiten beseitigt werden, vor allem im Hinblick darauf, ob Einrichtungen des Betreuten Wohnens unter das Heimgesetzes fallen. Nur dann kann Betreutes Wohnen seiner Grundkonzeption gerecht werden, eine selbstbestimmte Lebensführung auch bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu ermöglichen und eine bedarfsgerechte Alternative zu anderen Wohnformen im Alter zu sein. Notwendig sind hier auch weitere Studien zur Abklärung dessen, was unterschiedliche Formen des Betreuten Wohnens letztlich im Sinne im Vergleich mit anderen Wohnformen leisten können und was nicht.

7.2.4 Weitere „neue" Wohnformen als Ressource

Ältere Menschen nehmen es zunehmend selbst in die Hand, wie sie wohnen und leben möchten: selbstständig, aber nicht allein, unabhängig, aber mit Verantwortung für andere, Hilfe im Notfall, aber nicht „rundum" versorgt, auch beim Wohnen im Interesse eigener Bedürfnisse (z. B. nach einem wärmeren Klima) flexibel sein, ohne das „eigene Zuhause" ganz aufzugeben. Und auch in Bezug auf jene älteren Menschen, die solche Bedürfnisse nicht mehr autonom verfolgen bzw. Umzugsentscheidungen souverän treffen können, speziell demenziell erkrankte Ältere, hat die Suche nach Alternativen zum traditionellen Heim längst begonnen und erste überzeugende Lösungsvorschläge zeichnen sich ab (dazu auch Narten & Stolarz 2000; Stolarz & Hass 2000).

7.2.4.1 „Neue" Formen des gemeinschaftlichen Wohnens im Alter

Es gibt ein wachsendes Interesse an gemeinschaftlichem Wohnen im Alter (vgl. auch BMFJFG 1999). Dabei sind gemeinschaftliche Wohnprojekte für Ältere in Deutschland keineswegs neu. Sie können mittlerweile auf eine über 20-jährige Erfahrung zurückgreifen. In dieser Zeit haben sich jedoch Schwerpunkte verschoben und Differenzierungen ergeben, die zur Weiterentwicklung von Konzeptionen und Realisierungsmustern geführt haben.

Was die gegenwärtige Situation betrifft (es wird im Folgenden bewusst nicht auf einzelne Wohnprojekte eingegangen, sondern eine allgemeine Charakterisierung vorgenommen), so ist vor allem die Feststellung bedeutsam, dass nicht nur Ältere zunehmendes Interesse an gemeinschaftlichen Wohnformen zeigen; auch jüngere Menschen öffnen sich verstärkt neuen Lebens- und Wohnformen im Allgemeinen und Formen des generationenübergreifenden Wohnens im Besonderen. Die Verabschiedung von sozial, ökologisch und ökonomisch ausgerichteten Programmen mit „nachhaltiger" Wirkung, z. B. des Gipfels von Rio 1992 und der Agenda 21, geben konkrete Anregungen für zukunftsorientiertes Planen und Bauen, die auch von Wohngruppenprojekten aufgegriffen werden. „Miteinander wohnen, leben und arbeiten" lautet hier ein neuer Slogan. Regionale Förderprogramme und kommunale Planungen unterstützen erfreulicherweise vielfach diese Entwicklungen etwa im Zuge von Konvertierungsmaßnahmen oder indem ganze Stadtteile mittel- und längerfristig auch unter Berücksichtigung der speziellen Wohn- und Lebensbedürfnisse aller Generationen neu konzipiert und projektiert werden. In diesem Zusammenhang ist es sehr zu begrüßen, dass auch die Bundesregierung mit dem Modellprogramm „Selbstständig wohnen im Alter" bewusst nicht nur das selbstständige Wohnen im Alter in den tradierten Bahnen fördern, sondern auch einen Beitrag dazu leisten will, die oft noch schwierigen Rahmenbedingungen zur Realisierung solcher Formen eines neuen Wohnens im Alter bzw. aller Generationen zu optimieren. Denn die öffentliche Förderung solcher Projekte mit Bewohnern unterschiedlicher Einkommensgruppen sowie die Finanzierung von Gemeinschaftsräumen ist weiterhin schwierig. Auswege bieten hier z. B. Kleingenossenschaften als Träger einzelner Projekte oder als Dachgenossenschaften für mehrere Projekte oder Projektgruppen, die in direkter Weise mit Bauträgern kooperieren.

Ferner gilt auch hier, dass die Vielfalt, Heterogenität und „Buntheit" der bereits existierenden Projekte nicht aus dem Auge verloren werden darf, d. h., es gibt nicht „das" gemeinschaftliche Wohnen. Dennoch lassen sich auch einige Gemeinsamkeiten beobachten: Ein wesentliches Ziel besteht darin, auch im ganz alltäglichen Miteinander des Wohnens eine besondere Qualität des Zusammenlebens anzustreben, die prototypisch in gemeinsamen Aktivitäten und in gegenseitiger Unterstützung zum Ausdruck kommt, und die weit über ein in der Regel relativ unverbindliches nachbarschaftliches Zusammenleben hinausgeht. Die Keimzelle einer solchen Konzeption liegt in vielen Fällen bereits darin, dass die späteren Bewohner auch Initiatoren des Projekts waren (Modell „von unten"). Am Anfang steht die Idee einer Gruppe von Personen, die „neue" Vorstellungen über das Zusammenleben entwickelt. In einer zweiten Phase werden dann Partner (Bauträger, Architekten, Finanzierer) und Grundstücke oder entsprechende Bausubstanz gesucht. Der Erfolg solcher Projekte hängt wesentlich davon ab, ob die gewonnenen Partner eine „nachhaltige" Aufgeschlossenheit gegenüber dem Projekt zeigen, aber auch davon, ob es der Projektgruppe gelingt, in allen Phasen der Planung und

Realisierung als verlässlicher Kooperationspartner aufzutreten. Es gibt aber auch Projekte, in denen Konzeption und Idee bei einem Träger bzw. einer Institution liegen (Modell „von oben"). Hier werden bei der Umsetzung entsprechende Bewohnerinnen und Bewohner ausgewählt; diese sind gewissermaßen nur Mitwirkende und über das Ausmaß ihrer Beteiligung entscheidet der Träger. Der Erfolg solcher Modelle ist zunächst einmal aufgrund oftmals bereits gesicherter Grundfinanzierung höher als beim Modell „von unten", jedoch können Probleme bei der „Belegung" bzw. der späteren Nutzung von räumlichen Gegebenheiten auftreten. Solche Probleme sind allerdings beim Modell „von unten" auch keineswegs ausgeschlossen, und es sind auch Mischungen zwischen beiden Modellen möglich.

Aufgrund der vielfachen und teilweise höchst individuellen Bedingungen, die bei der Planung und Führung dieser Projekte maßgeblich sind, lassen sich keine allgemeinen Aussagen dahingehend treffen, welches „Mischungsverhältnis" das Erfolg versprechendste ist. Einiges spricht vielmehr dafür, dass jedes der Modelle Aussicht auf dauerhaften Erfolg hat, wenn die Rahmenbedingungen (nicht zuletzt die finanziellen) stimmen und die Selbstverwaltungsorgane gut bis sehr gut funktionieren. Beides hängt in vielen Fällen wiederum von ganz konkreten Personen und ihrem Engagement ab.

Wahrscheinlich ist das Modell einer überwiegenden älteren und alten Bewohnerschaft derzeit das quantitativ häufigste, jedoch existiert insgesamt über diese „neuen" Wohnformen und ihre Binnendifferenzierung kaum gutes, bundesweites Zahlenmaterial. Auch ist es so, dass sich diese „neuen" Formen des Lebens im Alter bislang vor allem in den alten Bundesländern zu etablieren beginnen und in der Regel in städtischen Kommunen angesiedelt sind. Die „Offenheit" dieser neuen Wohnformen bzw. ihrer Bewohnerschaft könnte schließlich auch älteren Migranten im Bedarfsfalle eine befriedigende Wohnalternative anbieten.

Sicherlich sind solche „neuen" Wohnformen nicht typisch für das heutige Wohnen der Älteren. Dennoch sollten sie (auch) als wichtiger Ausdruck der fortschreitenden Ausdifferenzierung einer Alterskultur betrachtet werden. Zudem ist zu erwarten, dass die zukünftig Älteren gegenüber heute noch eher unkonventionellen Wohn- und Lebensformen eine zunehmende Aufgeschlossenheit zeigen werden.

7.2.4.2 Betreute Wohngruppen und Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige

Betreute Wohngruppen sollen hilfs- und pflegebedürftigen Menschen ermöglichen durch gegenseitigen Ausgleich der verschiedenen Handicaps einzelner Gruppenmitglieder ein weitgehend selbstständiges und selbstbestimmtes Leben in einer gemeinsamen Wohnung führen zu können. Gemeinsam ist ihnen, dass sie alten (und jungen) Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf ein weitgehend normales Wohnen ermöglichen wollen, die Selbsthilfekräfte mobilisieren und pflegerische Betreuung durch ein ambulantes Pflegeteam sicherstellen wollen. Die Erfahrungen der letzten 10 Jahre zeigen, dass betreute Wohngruppen für alte Menschen eine echte Alternative zum Heim sein können. Betreute Wohngruppen sind als Wohnform nur für einen Teil der alten Menschen geeignet. Zum einen ist nicht jeder bereit, sich im Alter noch einmal auf ein intensives Zusammenleben mit anderen alten Menschen einzustellen. Andererseits kann zwar körperliche Pflege in diesen Gruppen bis zum Tod gewährleistet werden. Personen mit schweren psychischen Veränderungen sind in solchen Gruppen kaum tragbar, weil sie die andern belasten und nicht ohne dauerhafte Rund-um-die-Uhr-Betreuung auskommen.

In vielen Ländern sind allerdings Bestrebungen im Gange, auch an Demenz erkrankten alten Menschen Alternativen zu einem Wohnen auf einer Ebene zwischen der traditionellen Heimform und der traditionellen Privathaushaltsform anzubieten. In diese Richtung zielen etwa in den USA Formen des „Assisted Living" bzw. der „Community Care Retirement Community" (CCRC), in Frankreich die „Cantous" oder in der Schweiz die Anmietung und Umgestaltung von mehreren privaten Wohnungen, die zu einer neuen Wohneinheit integriert werden. In Bezug auf Deutschland lässt sich sagen, dass diese Bestrebungen derzeit noch nicht weit fortgeschritten sind. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang vor allem Hausgemeinschaften oder hausgemeinschaftsähnliche Wohnformen (Winter, Gennrich & Haß 1999). Hier handelt es sich prototypisch um große private Wohnungen bzw. Häuser, die für Zwecke des gemeinsamen Lebens umgestaltet bzw. umgebaut worden sind. Jeder Bewohner verfügt über ein eigenes Zimmer und nach Möglichkeit auch über einen eigenen Sanitärbereich. Zusätzlich zu den Bewohnern ist eine qualifizierte Pflegeperson fester Bestandteil solcher Hausgemeinschaften. Die bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass solche Wohnformen zumindest für dementiell Erkrankte leichteren und mittleren Schweregrades eine dauerhafte Alternative zum traditionellen Heim bieten können. Die dosierte Einbindung dieser Bewohnerinnen und Bewohner in die hauswirtschaftlichen Vollzüge (z. B. Zubereitung von Mahlzeiten) dürfte zudem zur Aufrechterhaltung von Alltagskompetenzen beitragen. Die Finanzierung solcher Modelle mit öffentlichen Mitteln ist, vergleichbar anderen Formen des „neuen" Wohnens im Alter, schwierig und hängt in der Regel vom Geschick und Engagement der jeweiligen Initiatoren ab. Mittel aus der Pflegeversicherung können nur den bestehenden Hilfe- und Pflegebedarf im engeren Sinne sicherstellen. Eine ungelöste Frage solcher Hausgemeinschaften ist, ähnlich der familiären Pflegesituation, die Sicherstellung einer hohen Pflege- und Versorgungsqualität.

7.2.4.3 Wohnen und Altern an mehreren Orten

Nicht ganz unähnlich den Entwicklungen in den USA („Sun belt movers") hat sich etwa seit Anfang der 80er-Jahre eine völlig neue Wohndynamik älterer Menschen entwickelt, die vor allem darin zum Ausdruck kommt, dass mehrere Monate (in der Regel in der kälteren Jahreszeit) in einem anderen (wärmeren) Land verbracht werden. Den quantitativ größten Anteil an dieser

Gruppe von Älteren dürften, obgleich hierzu kein verlässliches Zahlenmaterial existiert, jene älteren Menschen bilden, die regelmäßig jedes Jahr mehrere Monate als Mieter oder Besitzer von Wohnungen auf den spanischen Inseln Mallorca und Teneriffa verbringen. Hier zeichnen sich bereits heute völlig neue Formen des Alterns durch erhebliche Veränderungen der sozial-räumlichen Bezüge ab, über die wir bislang wenig wissen. So stellt sich etwa die Frage, ob diese Älteren auch ein großes Interesse daran besitzen, mit den kulturellen Gegebenheiten des Gastlandes einen Austausch zu suchen oder ob sie gewissermaßen „Rentnerexklaven" bilden, bei denen vor allem die günstigen Preise des Gastlandes sowie das wärmere Klima zählen. Zu fragen ist auch, wie sensitiv diese neuen Lebens- und Wohnformen im Alter auf chronische Erkrankungen reagieren.

7.2.5 Erhalt der eigenen Wohnung im Alter um jeden Preis?

Das Ziel des möglichst langen Erhalts der eigenen Wohnung wird bislang konsensushaft sowohl aus der individuellen Perspektive der alten Menschen wie aus einer gesellschaftlich-kommunalen Perspektive mit großem Nachhalt vertreten. Vor dem Hintergrund der eben dargestellten „neuen" Wohnformen bzw. einer „neuen Räumlichkeit" alter Menschen, aber auch den Möglichkeiten der Optimierung üblicher Privatwohnungen mittels Wohnanpassungsmaßnahmen, sei nun abschließend noch einmal zusammenfassend diskutiert, inwieweit der Erhalt der eigenen Wohnung (im traditionellen Verständnis) sinnvoll oder (nicht mehr) sinnvoll ist.

Aus Sicht der Älteren sind es objektive und subjektive Aspekte, welche das Ziel einer möglichst langen Bewahrung der eigenen Wohnung als ein sehr bedeutsames erscheinen lassen. Ältere wohnen im Durchschnitt besonders lange in ihren Wohnungen, und sie weisen eine besonders hohe emotionale Verbundenheit mit ihrer Wohnung und ihrem Wohnumfeld auf (Oswald 1996). Insofern verwundert es nicht, dass die Mobilität von älteren Menschen eine gegenüber Jüngeren, speziell der Altersgruppe mit der höchsten Mobilität (20- bis 29-Jährige) deutlich geringere ist und nur etwa jeder zehnte 70- bis 85-Jährige konkrete Wohnveränderungspläne äußert, wobei der Wunsch, noch einmal in eine andere Wohnung zu wechseln, in den neuen Bundesländern wohl vor allem aufgrund der dort immer noch gegebenen schlechteren Bausubstanz etwas ausgeprägter ist (Kohli & Künemund 2000). Auch im Falle der Antizipation von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und des Angewiesenseins auf fremde Hilfe überwiegt eindeutig der Wunsch nach Beibehaltung einer eigenständigen Haushaltsform. Dieser Wunsch ist in ländlichen Regionen noch einmal deutlich ausgeprägter als in städtischen. So liegt beispielsweise der Anteil jener über 60-Jährigen, die in der eigenen Wohnung bleiben wollen, in den neuen Bundesländern in Gemeinden unter 1 000 Personen bei 98 Prozent, während er in Gemeinden ab 50 000 Personen auf 77 Prozent sinkt (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg 1998). Die Umzugsmotivation älterer Menschen ist dabei heute wahrscheinlich vielfältiger denn je und keineswegs nur unter dem Aspekt Vorsorge und Sicherheit zu sehen; dennoch stellt die Herstellung von räumlicher Nähe zu Familienangehörigen („Netzwerkumzug") nach wie vor einen wichtigen Beweggrund dar (Oswald, Wahl & Gäng 1999).

Trotz der auf den ersten Blick eindeutigen Wohnbedürfnislage der älteren Generation erscheinen der Kommission, mit einem zweiten Blick auf Fragen, Herausforderungen und Widersprüche des privathäuslichen Wohnens im Alter, differenzierende Überlegungen notwendig zu sein. Diese Überlegungen nehmen ihren Ausgang davon, dass dem privathaushaltlichen Wohnen im traditionellen Sinne heute nicht mehr das ausschließliche Primat einer Definition von hoher Autonomie und Lebensqualität im Alter zukommen sollte. Vielmehr kann angenommen werden, dass es ältere Menschen und ihre Angehörigen gar entlasten könnte, wenn das Ziel eines Wohnenbleibens in den „eigenen vier Wänden" (um jeden Preis) in bestimmten Lebenslagen ohne Schuldgefühle oder das Gefühl von Inkompetenz und Versagen in Frage gestellt werden kann. Auch wissen wir, dass in wohnpsychologischer Hinsicht die Nachteile eines Verbleibens in der eigenen Wohnung und eine daraus resultierende Umzugsmotivation dann eher zur Geltung kommen (und gewissermaßen vor sich selbst zugegeben werden können), wenn wirkliche und konkrete Alternativen angeboten werden. Hilfreich kann hier auch das Angebot eines regelrechten Umzugsmanagements sein, um das sicherlich immer kritische Lebensereignis Umzug praktisch und psychosozial zu unterstützen. Finanzielle Anreize können ebenso hilfreich sein, jedoch scheint das wesentlichere Moment der Unterstützung darin zu liegen, eine Wohnalternative in räumlicher Nähe, idealerweise im eigenen Stadtviertel, zu finden.

Bei solchen Überlegungen ist es auf der einen Seite maßgeblich, dass es, auch bei bester ambulanter Betreuung und einer optimalen Ausschöpfung aller Möglichkeiten einer Wohnraumanpassung, Grenzen der häuslichen Pflege gibt, in denen der Gewinn des Verbleibens in den „eigenen vier Wänden" für alle Beteiligten letztlich in eine Verlusterfahrung umschlagen kann. Zu denken ist hier vor allem an ältere Menschen mit einem über Tag und Nacht verteilten, nicht vorhersagbaren, hohen Pflegebedarf, der bei den familiären Pflegepersonen trotz Unterstützung durch ambulante Dienste zu unvertretbar hohen Belastungen und Einschränkungen ihrer Lebensqualität führt. Zu denken ist speziell bei allein lebenden Älteren auch an Situationen der extremen Verwahrlosung und an von außen nicht rechtzeitig erkennbare Versorgungsbedarfe. In solchen Lebens- und Wohnsituationen kann eine Übersiedlung in ein Alten- und Pflegeheim durchaus einen neuen Rahmen dafür schaffen, alltägliche Erfahrungsmöglichkeiten und -bedürfnisse der betroffenen älteren Menschen in einer planmäßig auf professionelle Versorgung hin angelegten Umwelt wieder besser zur Geltung zu bringen, etwa indem regelmäßige Spaziergänge (oder Fahrten mit dem Rollstuhl) außer Haus in professioneller Begleitung durchgeführt werden können,

was möglicherweise in der vormaligen privaten Wohnsituation nicht gefahrlos möglich war. Die Kommission empfiehlt, den generell sicherlich gültigen Grundsatz „ambulant vor stationär" stets auf dem Hintergrund von solchen differenzierenden Überlegungen zu sehen. Zudem erscheint hier bedeutsam, dass sich die Alternative „Zu Hause" versus „Heim" zunehmend seltener stellen wird (vgl. noch einmal weiter oben: „Neue Wohnformen") und eine einfache Antwort hinsichtlich der mittel- und längerfristig kostengünstigeren Wohnvariante ohnehin nicht möglich ist.

Auf der anderen Seite ist zu sehen, dass sich die Bandbreite der Wohnmöglichkeiten und -alternativen für die heutigen älteren Menschen gegenüber jenen von vor 20 oder 30 Jahren deutlich erweitert hat. Objektiv steht den heute Älteren eine ganze Palette von Wohnmöglichkeiten zur Verfügung, die vom Betreuten Wohnen über das Mehr-Generationen-Wohnen bis hin zu Wohn- und Hausgemeinschaften reicht. Insofern stellt sich die Frage des Wohnen-Bleibens um jeden Preis in den eigenen vier Wänden heute in völlig anderem Licht als noch in früheren Zeiten dar. Wohnen wird dabei in immer stärkerem Maße auch zu einer auf dem Markt angebotenen Serviceleistung für Ältere, wobei allerdings auch der Aspekt des Verbraucherschutzes (und damit auch der Qualitätskontrolle) einen immer höheren Stellenwert gewinnt. Und schließlich spricht einiges dafür, dass das Wunschbild einer rationalen Wohnentscheidung von älteren Menschen vor dem Hintergrund des Wissens über die verfügbaren Wohnalternativen derzeit noch nicht der Realität entspricht. Insbesondere sind die Qualität und der Grad der Informiertheit über Wohnalternativen derzeit als noch nicht befriedigend zu bezeichnen. So gibt es Hinweise dafür, dass Ältere sich vielfach noch falsche Vorstellungen über bestimmte neue Wohnformen wie das Betreute Wohnen machen (etwa indem sie selbstverständlich davon ausgehen, dass eine Unterstützung in jeder Form eines Hilfe- und Pflegebedarfs gewährleistet sei), dass sie bei solchen Entscheidungen über andere Handlungsmöglichkeiten (z. B. Wohnberatung und das Potenzial an Wohnraumveränderung) nur unzureichend informiert sind, und dass sie sich bezüglich einer Beurteilung der ihnen angebotenen Wohnmöglichkeiten allein gelassen fühlen. Ein wirkliches Abwägen in „Zwischenstufen" zwischen den Extremen „zu Hause" und „Heim" scheint sowohl bei Älteren wie auch bei Angehörigen und Professionellen (etwa im Rahmen des Krankenhaussozialdienstes oder von Rehabilitationseinrichtungen), die in erheblichem Maße Wohnentscheidungen von Älteren mit vorbereiten, erst allmählich einzusetzen. Diese Sachlage ist um so bedauerlicher, als erst eine umfassende Informations- und Wissensbasis bei allen Akteuren eine optimale Basis für das Treffen von möglichst eigenständigen Wohnentscheidungen darstellt. Und diese möglichst weitgehende Kontrolle von älteren Menschen über ihr eigenes Wohnen ist ein entscheidender Faktor späterer Zufriedenheit mit einer neuen Wohnumwelt.

7.3 Wohnumfeld und Nutzung außerhäuslicher Aktionsräume als Ressource des Alterns

Es ist bereits mehrfach betont worden, dass die berechtigte Hervorhebung der Ressource Wohnung für alte Menschen doch stets auch des Einbezugs des Wohnumfelds bedarf. Wohnen ist immer durch beides geprägt, die Nutzungs- und Erlebensmöglichkeiten der „eigenen vier Wände", aber auch die Nutzungs- und Erlebensmöglichkeiten des Wohnumfelds, wobei, wie ebenfalls bereits dargestellt, im Alter der näheren Wohnumgebung eine besondere Bedeutung zukommt. Insofern ist bei Erörterungen von Wohnqualität im Alter immer auch die Wohnumgebung einzubeziehen. Diese wiederum steht in Wechselwirkung mit der außerhäuslichen Mobilität, d. h. fördernde und hindernde Bedingungen für die außerhäusliche Mobilität von Älteren sind nicht nur in Person-, sondern eben auch in Umweltmerkmalen zu finden.

7.3.1 Zur Qualität des Wohnumfelds alter Menschen aus objektiver und subjektiver Sicht

Objektive und subjektive Mängel im Wohnumfeld, beispielsweise fehlende Infrastruktureinrichtungen, Verschmutzung, Lärm, Verkehrsbarrieren und Beeinträchtigungen des Sicherheitsgefühls, sind, gerade auch angesichts der relativ wenigen, aber für sie sehr wichtigen Zeit, die Ältere außerhalb ihrer Wohnung verbringen, entscheidende Bedingungen für gutes, alltägliches Altern. Da auf diesen Sachverhalt bereits im 2. Altenbericht (siehe Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998) ausführlich eingegangen wurde, seien an dieser Stelle nur einige ergänzende und aktualisierende Informationen gegeben.

Aufgrund der Daten der 1%-Stichprobe der Gebäude- und Wohnungsstichprobe vom 30. September 1993 kommt Scheewe (1996) zu dem Ergebnis, dass 87 Prozent der Menschen im Alter von 65 und mehr Jahren eine Haltestelle des öffentlichen Personenverkehrs, 70 Prozent einen Lebensmittelladen und 57 Prozent einen Arzt innerhalb von 15 Minuten Fußweg erreichen können. Hier ist allerdings eine Differenzierung nach Stadt-Land unabdingbar. Eigene Auswertungen anhand von Daten des Sozio-ökonomischen Panels (Wahl, Schilling & Oswald, in Druck) wie die Befunde von anderen Studien (Kohli & Künemund 2000) bestätigen eindeutig die weiterhin schlechtere Anbindung der Älteren auf dem Lande an „Umweltressourcen", wobei allerdings auch erwähnt werden muss, dass sich speziell in den alten Bundesländern der Anteil an Haushalten mit einem Pkw, in denen auch Ältere wohnen, auf etwa 71 Prozent beläuft, während der entsprechende Anteil in den neuen Bundesländern nur bei etwa 33 Prozent liegt. Andererseits sind die ländlichen Gemeinden in den neuen Bundesländern in der Tendenz besser an den ÖPNV angeschlossen, als jene in den alten Bundesländern.

Insgesamt fallen, wenn wir die 70 bis 85-Jährigen aus dem Alterssurvey (Kohli & Künemund 2000) zur Grundlage

nehmen, die Unterschiede in der subjektiven Bewertung des Umfelds im Ost-West-Vergleich teilweise gering, teilweise aber auch erheblich und in ihrer Richtung gemischt aus (d. h., die Unterschiede gehen nicht durchweg zulasten der Älteren in den alten oder in den neuen Bundesländern): Fehlende Ärzte und Apotheken im Wohnumfeld beklagen 11,2 Prozent in den alten Bundesländern (neue Bundesländer: 14,0 %), während 62,7 Prozent in den alten Bundesländern über genug Einkaufsmöglichkeiten berichten (69,3 %). Eine gute Anbindung an den ÖPNV erleben in den alten Bundesländern 66,7 Prozent (70,6 %).

Deutliche Unterschiede zulasten der Älteren in den neuen Bundesländern finden sich bei der Einschätzung von „Nachts unsicher auf der Straße" (West: 44,7 %; Ost: 68,7 %) sowie bei Lärmbelästigung (West: 15,8 %: Ost: 22,3 %). Sowohl die Ergebnisse des Alterssurvey wie Daten aus Zapf et al. (1997) zeigen, wie zu erwarten, dass Unsicherheitsgefühle in der Wohngegend vor allem bei Frauen deutlich ausgeprägter sind. Letztere Studie zeigt zudem die Notwendigkeit einer Differenzierung nach unterschiedlichen Stadtbezirken: Unsicherheitsgefühle treten bei den Älteren in Stadtzentren wesentlich häufiger auf, als bei Älteren in Stadtrandgebieten. Als Grund für die Unsicherheitsgefühle wird in allen Wohngebieten an erster Stelle die Angst genannt, bei Dunkelheit überfallen zu werden. In diesem Zusammenhang verdient auch der Befund von Greve und Niederfranke (1998) Erwähnung, dass nämlich höhere Kriminalitätsängste und ein damit einhergehendes, ausgeprägtes Vorsichtsverhalten von Älteren (im Vergleich mit Jüngeren) nicht ausschließlich subjektiv erklärt werden sollten, sondern im Wesentlichen durch eine adäquate Wahrnehmung der mit dem Alter verbundenen Vulnerabilitäten bestimmt werden können.

Insgesamt scheinen sich positive und weniger positive Aspekte des Wohnumfelds in Ost und West gegenseitig aufzuheben. In der Studie von Zapf et al. (1997) fand sich praktisch kein Unterschied zwischen Ost und West (Chemnitz und Mannheim) in der Zufriedenheitsbewertung hinsichtlich der Wohngegend, jedoch lagen diese Zufriedenheitswerte insgesamt unter jenen der Wohnzufriedenheit. Gleiches gilt für die Zufriedenheit mit Angeboten und Einrichtungen in der Wohngegend, wobei wiederum zumindest im städtischen Bereich kein Unterschied zwischen Ost und West mehr vorzuliegen scheint. Vermisst wurden 1995 von Älteren in Ost und West (untersucht an den Beispielstädten Chemnitz und Mannheim) in ihren Wohngegenden an erster Stelle Lebensmittelläden und Supermärkte (28 % versus 31 %), während es ansonsten auch deutliche Unterschiede gab. So vermissten 28 Prozent der über 55-jährigen Chemnitzer in ihrer Wohngegend Fachgeschäfte/Kaufhäuser (Mannheim: 44 %), 24 Prozent vermissten Restaurants/Cafés (7 %) und 20 Prozent vermissten eine Post (5 %). In einer ergänzenden Studie mit älteren Menschen in zwei ländlichen Regionen in Ost (Lausitz) und West (Hunsrück) zeigte sich erwartungsgemäß, dass die Älteren dort mit ihren Freizeitmöglichkeiten und vor allem mit dem öffentlichen Personennahverkehr unzufriedener sind als jene in städtischen Umwelten (Deutsches Zentrum für Alternsforschung 2000b).

Praktisch kein Wissen besitzen wir schließlich derzeit darüber, wie sich Wohnumgebungen, sei es eher in materiell-räumlicher, sei es eher in sozialer Hinsicht, im Laufe längerer Zeiträume verändern, und welche Auswirkungen dies auf den Verlauf von aktionsräumlichem Verhalten, Autonomie und von Lebensqualität im Alter besitzt. Diese eher prozesshafte Sicht der Wechselwirkung zwischen altem Mensch und Wohnumwelt würde die mehrfache Erhebung entsprechender Daten zur Person wie zum Wohnumfeld voraussetzen, wozu bislang allerdings kaum Daten vorliegen.

7.3.2 Außerhäusliche Mobilität als wichtiger Aspekt zur Erschließung des „Draußen"

Gerade weil der Aktionsradius im Alter in der Tendenz deutlich geringer wird, gewinnt das „Draußen" für ältere Menschen in vielfacher Hinsicht eine wesentliche Rolle, die auf einer allgemeinen Ebene vielleicht zu beschreiben werden als Wechselspiel zwischen dem Nicht-mehr-Erreichbaren und dem weiterhin Erreichbaren, wobei im letzteren Falle noch einmal zwischen dem Erreichen-Müssen (speziell wenn es um die Aufrechterhaltung der grundlegenden Lebensvollzüge geht) und dem Erreichen-Wollen (speziell wenn es um persönlich bedeutsame Freizeitaktivitäten außer Haus geht) unterschieden werden kann. In jedem Fall ist die außerhäusliche Mobilität entscheidende Voraussetzung und gleichzeitig immer auch schon selber Teil der Nutzung der Ressource Wohnumfeld und „Außenwelt".

7.3.2.1 Bedeutung der außerhäuslichen Mobilität im Alter

Es ist zunächst festzuhalten, dass außerhäusliche Mobilität älterer Menschen sehr Unterschiedliches bedeuten kann bzw. mit unterschiedlichen Bedeutungen belegt ist. Zapf et al. (1997) kommen zu dem Ergebnis, dass mindestens die folgenden sechs Hauptaspekte zu unterscheiden sind: (1) Mobilität als Bewegung an sich, als menschliches Grundbedürfnis („Der Mensch muss sich bewegen"), (2) Mobilität als Bewegung im Freien, als Bewegung in und Beobachtung von Natur beziehungsweise natürlicher Umgebung („Ich muss raus, muss wissen, was in der Natur los ist"), (3) Mobilität, Fortbewegung als soziales Bedürfnis, als Wunsch nach gesellschaftlicher Integration und Teilhabe („Um nicht zu vereinsamen"), (4) Möglichkeit der Fortbewegung als Ausdruck persönlicher Autonomie und Freiheit („Sonst kommt mir die Decke auf den Kopf"), (5) Mobilität als Quelle neuer Eindrücke, als Anregung und Abwechslung („Um etwas anderes zu erleben, nicht zu versauern") und (6) Mobilität als reflektierter Ausdruck von (noch vorhandener) Lebenskraft („Das letzte bisschen Unabhängigkeit"). Als entsprechend einschneidend sehen ältere Menschen die Möglichkeit eines Verlusts ihrer außerhäuslichen Mobilität („Das wäre furchtbar").

Befragt hinsichtlich Verbesserungswünschen, messen die Älteren die größte Bedeutung der Aussage „Mehr Höflichkeit und Rücksichtnahme im Straßenverkehr" zu, gefolgt von einer besseren Anpassung von Bussen/Bahnen

an die Bedürfnisse von Älteren (vor allem von Nutzern des ÖPNV; prototypisch Niederflurbusse) und der Forderung nach „Mehr Verkehrssicherheit" (vor allem von den Selbstfahrern). Schließlich wird auch in starkem Maße die Forderung nach mehr Sicherheit im öffentlichen Raum erhoben, wobei interessanterweise keine geschlechtsspezifischen Unterschiede beobachtet werden konnten (Zapf et al. 1997). Es sei in diesem Zusammenhang auch auf die bereits im 2. Altenbericht aus dem Jahre 1998 getroffenen Aussagen und Empfehlungen hinsichtlich einer Verbesserung des Wohn- und Verkehrsumfelds älterer Menschen hingewiesen, die in der dort artikulierten Weise von dieser Kommission nur bekräftigt, aber nicht wiederholt werden sollen.

7.3.2.2 Reisen im Alter

Eine besondere Form der außerhäuslichen Mobilität, in der auch deutliche Veränderungen in jüngeren Kohorten von Älteren gegenüber älteren Kohorten zu vermuten sind, stellt die Durchführung von Reisen dar. Auch wenn Reisen in einer Betrachtung der täglichen Aktivitätsmuster der Älteren kaum eine Rolle spielen (wie übrigens auch bei Jüngeren), so spricht doch einiges dafür, dass es sich hier um eine immer wichtiger werdende Form der Erfahrung Älterer handelt. In der Studie von Zapf et al. (1997) haben 29 Prozent der über 55-jährigen Chemnitzer in den zurückliegenden zwei Jahren vor der Befragung eine Reise und weitere 21 Prozent mehrere Reisen unternommen (Vergleichszahlen aus Mannheim: 30 % bzw. 29 %). Nach dem Sozialreport 1996 unternehmen 28 Prozent der über 60-jährigen Frauen in den neuen Bundesländern (37 % der Männer) eine Reise pro Jahr und weitere 24 Prozent zwei und mehr Reisen, wobei diese Anteile in deutlicher Weise mit dem chronologischen Alter zusammenhängen (so unternehmen 47 % der 60- bis 64-jährigen Männer in den neuen Bundesländern einmal pro Jahr eine Reise, während dies nurmehr bei 23 % der über 75-Jährigen der Fall ist). Weitere wesentliche positive Einflussfaktoren auf Reisetätigkeit im Alter sind keine Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit, das Leben in einem Mehrpersonenhaushalt, die Verfügbarkeit eines Pkw sowie ein höheres Einkommen. Auch in der 1999 erschienenen Schrift der Stiftung Warentest „50 und aufwärts" wird im Übrigen in ausführlicher Weise auf Fragen des Reisens im höheren Alter eingegangen. Ein 1983 noch bei 62 Prozent der Älteren bestehender Wunsch nach mehr Reisen, scheint 1997 um 10 Prozent zurückgegangen zu sein (Opaschowski 1998a: 128), was zumindest als Anhaltspunkt dafür betrachtet werden kann, dass sich hier tatsächlich Kohortenveränderungen ergeben haben. Ältere, die reiseaktiv sind, beschreiben sich als zufriedener als jene, die keine Reisen unternehmen, wobei hierfür wahrscheinlich vor allem die Unterschiede im Gesundheitsstatus maßgeblich sein dürften.

Insgesamt kann wohl kein Zweifel daran bestehen, dass die Älteren von heute wesentlich mobiler geworden sind, speziell wenn es um die Überwindung von großen Entfernungen geht. Das Bedürfnis nach größeren Reisen auch (und vielleicht gerade) im hohen Lebensalter wird dabei zunehmend von Wohlfahrtsverbänden (z. B. Angebote für „Betreute Reisen" bis zu Pflegestufe 3) und privaten Reiseanbietern bedient. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Einrichtung eines Studienganges „Seniorentouristik" auf Fachhochschulebene in München.

7.3.3 Das Automobil als Ressource des Alters

Es braucht an dieser Stelle wohl kaum darauf hingewiesen zu werden, dass die demographischen Veränderungen in unserer Gesellschaft auch direkte Auswirkungen auf den Individualverkehr, speziell auf die Nutzung des Kraftfahrzeugs als einem wichtigen Mittel außerhäusliche Mobilität besitzen. Es ist bereits heute von einem Anteil von 25 Prozent der über 60-Jährigen an der Gesamtheit aller (aktiven) Autofahrerinnen und Autofahrer auszugehen und dieser Anteil wird in Zukunft noch einmal stark ansteigen (Kaiser 2000). Nach der Studie von Zapf et al. (1997) mit ihrer Datenerhebung im Jahre 1995 schwankte die Zahl der Selbstfahrer in einem typischen urbanen Setting in Ostdeutschland (Chemnitz) bei den Männern zwischen 77 Prozent (55-64 Jahre) und 16 Prozent (ab 80 Jahre), bei den Frauen zwischen 22 Prozent (55-64 Jahre) und 0 Prozent (über 80 Jahre). In der westdeutschen Vergleichsstadt (Mannheim) schwankte die Zahl bei den Männern zwischen 80 Prozent (55-64 Jahre) und 33 Prozent (über 80 Jahre), bei den Frauen zwischen 43 Prozent (55-64 Jahre) und 4 Prozent (über 80 Jahre). Eine Schere bei den Selbstfahrern zu Ungunsten der ostdeutschen Älteren tat sich demnach bei den Männern erst ab dem 65. Lebensjahr auf, während bei den Frauen bereits bei den 55- bis 64-Jährigen eklatante Unterschiede bestanden. Zukünftig ist zu erwarten, dass insbesondere der Anteil der aktiven Autofahrerinnen stark zunehmen wird und dass es zwischen Ost und West zu einer zunehmenden Angleichung des Anteils der aktiven, älteren Autofahrer und Autofahrerinnen kommen wird.

Besonders wichtig erscheint der Kommission die Feststellung, dass die Bedeutung des Autos für ältere Menschen als sehr hoch angesetzt werden sollte. Die Nutzung des Autos im Alter ist, auf der Verhaltensebene, wichtig zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung und zur Pflege von Freizeitinteressen und sozialen Kontakten; auf der kognitiv-affektiven Ebene kann Autofahren zu einem Gefühl von Autonomie und Unabhängigkeit sowie zur Aufrechterhaltung eines Bildes eigener Kompetenz beitragen, weil man weiterhin an einer der wichtigsten Mobilitätsmodalitäten der Gesellschaft überhaupt Anteil hat. Dem Auto kommen wesentliche kompensatorische Funktionen zu und zwar zum Ausgleich von alterskorrelierten, individuellen Fähigkeitsverlusten (z. B. bei einer Geheinschränkung) ebenso wie zum Ausgleich von ungünstigen Faktoren in der Umwelt (z. B. schlechte Anbindung von ländlichen Gemeinenden an den ÖPNV). Insofern verwundert es nicht, dass ältere (aktive) Autofahrerinnen und Autofahrer mit ihren außerhäuslichen Mobilitätsmöglichkeiten deutlich zufriedener sind als Nicht-Autofahrer (Zapf et al. 1997). Studien aus den USA haben sogar Hinweise dafür erbracht, dass die, aus welchen Gründen auch immer, erfolgte Auf-

gabe des Autofahrens im höheren Lebensalter als kritisches Lebensereignis („rite de passage", vgl. Yassuda, Wilson & v. Mering 1997) bzw. als Risikofaktor für eine depressive Entwicklung angesehen werden kann (Marottoli et al. 1997). Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Bedeutung des Autos im Lebensverlauf eher noch steigt. Dies wird sich in der Zukunft wahrscheinlich noch einmal durch die veränderten Erwartungen und Einstellungen hinsichtlich Mobilität im Sinne eines Kohorteneffekts weiter verstärken. Diesen unverkennbaren Trends entgegen läuft allerdings eine gewisse Stimmung in unserer Gesellschaft, der zufolge ältere Menschen primär als eine Gefahr und Gefährdung des heutigen und zukünftigen Individualverkehrs gesehen werden. Dabei wird zum Ersten sehr schnell auf die bekannten, alterskorrelierten Leistungseinbußen (Sensorik, Bewegungs- und Reaktionsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration) mit unmittelbaren Auswirkungen auf die Fahrleistung verwiesen (vgl. dazu auch den 2. Altenbericht der Bundesregierung). Es ist hier allerdings erneut der Hinweis auf die hohe Heterogenität der Älteren, auch was diese Leistungen betrifft, angebracht. Diese Heterogenität führt auch hier zu der Schlussfolgerung, dass das kalendarische Alter ein relativ schlechter Prädiktor zur Vorhersage einer guten Fahrleistung ist. Diese Feststellung spricht wohl gegen jede (willkürlich) festgelegte Altersnorm als Grundlage einer Nutzungsbegrenzung der Ressource Auto. Die zweite Denkfigur argumentiert häufig undifferenziert mit dem höheren Unfallrisiko der Älteren. Doch auch dieses muss differenziert gesehen werden und die verfügbaren Zahlen (auf die an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen wird; vgl. auch dazu bereits den 2. Altenbericht der Bundesregierung) unterstützen diese Annahme keineswegs eindeutig. Zwar lässt sich auf der einen Seite ein Anstieg des Unfallrisikos vom mittleren ins höhere Erwachsenenalter feststellen, wenn an der tatsächlichen Fahrstrecke relativierte Zahlen zugrunde gelegt werden (Waller 1996). Ältere Menschen passen allerdings auch auf der anderen Seite, wohl wie keine andere Altersgruppe, ihr Fahrverhalten auf vielfachen Ebenen (z.B. Verringerung des Aktionsradius', primäre Nutzung gut bekannter Strecken, Fahren nur bei gutem Wetter und nur noch reduziert in der Dunkelheit, Verlangsamung der Geschwindigkeit) ihrer verbliebenen Leistungsfähigkeit an und hierin ist wohl ein Hauptgrund dafür zu sehen, dass die Unfallrisiken mit dem Alter nicht dramatisch ansteigen.

Probleme des Autofahrens im Alter entstehen, aber auch dies ist an sich kein altersspezifischer Aspekt, dann, wenn selbstwahrgenommene bzw. rückgemeldete (z.B. vom Hausarzt) Leistungsdefizite verleugnet oder vermiedlicht werden und diese Einbußen so stark sind, dass auch personseitige Kompensationen (wie oben beschrieben) nicht mehr greifen können. Diese wichtige Untergruppe innerhalb der Älteren zu identifizieren bzw. auf deren Fahrkompetenz, soweit noch möglich, positiv einzuwirken, ist allerdings ein besonders schwieriges Unterfangen. Hier dürften in der Regel auch die ansonsten lobenswerten Angebote zur kritischen Prüfung und Verbesserung der Fahrtauglichkeit, etwa des ADAC, die sich an alle Altersgruppen und selbstverständlich auch an Seniorinnen und Senioren richten, wenig ausrichten, da wahrscheinlich genau diese älteren „Problemfahrer" (wie allerdings auch jüngere „Problemfahrer") nicht von diesen erreicht werden.

Aber auch Screening-Untersuchungen mit (gesetzlich verankertem) Verpflichtungscharakter wären vermutlich keine wirkliche Lösung dieses Problems. Zum Ersten zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern (z.B. Finnland), dass solche Untersuchungen die Unfallrate älterer Menschen im Vergleich mit anderen Ländern ohne ein solches Screening nicht deutlich positiv beeinflussen (Hakamies-Blomquist, Johannson & Lundberg 1996). Zum Zweiten müsste in solchen Screenings auch die geistige Leistungsfähigkeit im Sinne einer Demenzdiagnose bzw. -prognose berücksichtigt werden, denn neuere Studien zeigen, dass demenzielle Prozesse zu der wichtigsten Ursache einer Fahruntüchtigkeit im Alter avanciert sind. Solche Screenings auf der Basis von Testverfahren (vor allem in Richtung einer Prognose) sind aber heute noch relativ unzuverlässig und von zu vielen „Falsch Positiven"-Urteilen bestimmt. Zum Dritten besteht die Gefahr, dass das erfolgreiche Durchlaufen solcher Screenings zu einer Überschätzung der verbliebenen Fähigkeiten führt und sich damit Unfallrisiken sogar erhöhen können. Letztlich bleibt nur, über den Weg der beharrlichen Rückmeldung unter Einbezug von Angehörigen oder sonstigen wichtigen Bezugspersonen so viel wie möglich dafür zu tun, dass besonders gefährdete Ältere ihr Fahrverhalten selbst entsprechend regulieren. Eine Ausnahme stellen hier allerdings bereits an einer mittelgradigen oder schweren Demenz erkrankte Ältere dar. Bei diesen sind in seltenen Fällen extreme Maßnahmen der Fahrbeschränkung (etwa Verkauf des Autos durch die Angehörigen) angezeigt.

Nicht übersehen werden darf schließlich beim Thema Auto und Alter, dass nicht nur Anpassungen der Person (im Extremfall die Beendigung des aktiven Autofahrens) gefordert sind. Eine wesentliche Rolle kommt hier auch der unterstützenden Rolle von Technik (z.B. Navigationssysteme, Systeme zur Distanzregelung, kfz-seitige Verbesserung der Ausleuchtung des Straßenraums, Reduktion der Blendwirkung des Gegenverkehrs, Einparkhilfen, Systeme zur Verbesserung der Fahrdynamik wie Anti-Blockiersystem, Antriebsschlupf-Regelung und elektronische Stabilitätsprogramme) bzw. der Gestaltung der Umwelt (etwa bessere Ausleuchtung besonders gefährdeter Verkehrswege) zu (Färber 2000). Experten weisen ferner zu Recht seit vielen Jahren darauf hin, dass lediglich die konsequente Einhaltung bereits bestehender Geschwindigkeitsvorschriften wahrscheinlich einer erheblichen Verbesserung der Integration von Älteren in den Straßenverkehr dienen würde. Solche Anstrengungen würden allerdings nicht nur den Älteren, sondern wohl allen Verkehrsteilnehmern zugute kommen. Aus diesem Grunde sollte man auch hier nicht außer Acht lassen, dass Ältere durchaus auch als eine Ressource für die Gesellschaft, etwa im Sinne eines Korrektivs der vorherrschenden Philosophie des „Immer schneller" unserer bisherigen Mobilitätskultur, betrachtet werden können. So gehört es wohl auch zu den zentralen zukünftigen

Herausforderungen unserer auf der einen Seite immer mobiler werdenden Gesellschaft, auf der anderen Seite die quantitativ immer stärker ins Gewicht fallende Gruppe der weniger mobilen Älteren, nicht aus dem Auge zu verlieren.

7.4 Technik als Ressource des Alterns

In Ergänzung zu einem Umweltverständnis im räumlich-sozialen Sinne der Wohnung bzw. der Nutzung des Wohnumfelds soll in diesem Kapitel auch Technik als eine wesentliche Ressource der Umwelt von älteren Menschen betrachtet werden. Wir halten diese umfassende Sichtweise der Umwelt alter Menschen schon deshalb für notwendig, weil Technik zunehmend stärker auch den Alltag von älteren Menschen bestimmt. Zwar hat die maschinelle Technik spätestens seit Anfang dieses Jahrhunderts Einzug in den Haushalt gehalten; jedoch hat sich diese Entwicklung etwa seit den 50er-Jahren in erheblicher Weise verstärkt und speziell mit der breiten Nutzung der Mikrochiptechnologie etwa seit den 80er-Jahren die Funktions- und Steuermöglichkeiten signifikant erweitert (Stichwort „Intelligente Systeme"), aber auch verkompliziert. Seit den 90er-Jahren ist ferner eine Revolutionierung der Informations- und Kommunikationstechnologien zu verzeichnen (Stichwort Internet). In diese neuen Potenziale der Ressource Umwelt werden auch große Hoffnungen für ältere Menschen gesetzt und zwar nicht nur zur Kompensation von schwerwiegenden Leistungseinbußen und Behinderungen, sondern zur Optimierung und Bereicherung des ganz alltäglichen Alterns und seinen Gestaltungsmöglichkeiten, wobei wohl in vielen Fällen beides angestrebt wird, die Kompensation von physischen und psychischen Einschränkungen wie die Optimierung von Lebensqualität insgesamt.

Ferner erscheint die Behandlung des Themas Alter und Technik innerhalb eines Kapitels zu den räumlichen und infrastrukturellen Ressourcen der Älteren auch deshalb geboten, weil speziell die neuen Technologien Fragen des Wohnens und der außerhäuslichen Gestaltung im Alter unmittelbar tangieren. Der Einsatz von „intelligenter Haustechnik" beispielsweise, also die Vernetzung und damit zentrale Steuermöglichkeit traditionell unabhängiger technischer Geräte und Systeme in der Wohnung (z.B. der Heizung, Herd, Beleuchtung, Türöffnung, Waschmaschine, TV, Notruf), verändert den Wohnalltag in entscheidender Weise („Intelligentes Wohnen"). In diesem Zusammenhang ist allerdings auch zu konstatieren, dass bislang gerade jene forschungs- und anwendungsbezogenen Disziplinen, die sich mit Fragen des Alltags alter Menschen in oder außerhalb ihrer Wohnungen befassen, noch zu häufig relativ unverbunden nebeneinander stehen bleiben (Wahl et al. 1999). Beispielsweise besteht nach dem Eindruck der Kommission noch eine weitgehende Nicht-Kommunikation zwischen Architekten/innen oder Stadtplanern/innen auf der einen Seite und Forschern/Anbietern im Bereich von auch für alte Menschen relevanten Technologien auf der anderen.

Für die Kommission ist es deshalb völlig unstrittig, dass in eine Erörterung der Umwelten alter Menschen auch der Aspekt der Technik gehört, zumal gerade in diesem Bereich derzeit eine dynamische Entwicklung eingetreten ist, denen sich die Älteren selbst, die Gesellschaft, aber auch in der Altenhilfe tätige Professionelle stellen müssen. Die folgenden Ausführungen basieren dabei in wesentlichen Teilen auf einer von der Kommission in Auftrag gegebenen Expertise „Alltag und Technik" (Mollenkopf et al. 1998).

7.4.1 Zur Einordnung und aktuellen Bedeutung des Themas Alter und Technik

Die Thematik Alter und Technik ist zu sehen vor dem Hintergrund des Übergangs unserer Gesellschaft in eine „Informationsgesellschaft" (die im Übrigen alle Altersgruppen betrifft) sowie im Kontext sich klar abzeichnender demographischer und ökonomischer Tendenzen (z. B. Tendenz zur Verkleinerung der Haushaltsgrößen, Tendenz zum Rückgang des familiären Pflegepotenzials, erhofftes Einsparpotenzial im Zuge von Kostendämpfungsbemühungen im Gesundheitswesen durch den Einsatz von Technik wie z.B. „Tele-Care").

Diese Entwicklungen haben offensichtlich Auswirkungen auf die Gestaltung von Alternsprozessen heute und morgen und zwar nicht nur im Sinne der Aufrechterhaltung der grundlegenden Selbstständigkeit bzw. des Ausgleichs von Defiziten bzw. der Behandlung von chronischen Erkrankungen (z. B. des Bewegungsapparats, der Sensorik, der Demenz), sondern auch als Impetus für soziale Kommunikation, die Gestaltung der „freien" Zeit im Alter und die aktionsräumliche Mobilität, also im Hinblick auf das „normale" Altern. Ebenso haben diese Entwicklungen Auswirkungen auf Angehörige von älteren Menschen, auf Professionelle (z. B. qualifiziertes Wissen über technologische Lösungen, Einbezug in Wohnberatung usw.) sowie auf für Fragen eines zeitgemäßen Angebots für Ältere (z. B. Trainingskurse zur Nutzung des Internets). Insofern ist der Übergang in eine Informationsgesellschaft auch ein Thema für kommunale Planungen auf den unterschiedlichsten Ebenen (vgl. dazu allgemein auch Themenheft „Raumordnung und Städtebau in der Informationsgesellschaft" der Zeitschrift „Informationen zur Raumentwicklung" des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung, Heft 1, 1998; vgl. auch Expertise von H. Schubert zu „Auswirkungen der Veränderung von Alters- und Haushaltsstrukturen auf die Städte" im Rahmen der Arbeit der Weltkommission „Urban 21").

Das Thema Technik und Alter hat vor diesem Hintergrund seit etwa Mitte der Achtzigerjahre (Veröffentlichung der Ergebnisse der NASA Technology Transfer Group im Jahr 1984; vgl. OTA 1984) ein sehr hohes Maß an Aktivitäten unterschiedlichster Art auf sich gezogen. Industrie, Entwickler und Anbieter haben eine kaum mehr überschaubare Bandbreite von neuen technischen Produkten entwickelt, die zum einen Teil bereits Standardangebote auf dem Markt darstellen (z. B. Notrufsysteme), zum anderen Teil zwar existieren, aber noch nicht standardmäßig auf dem Markt verfügbar sind bzw. dieser

Prozess gerade erst anläuft (z. B. Intelligentes Wohnen/ Smart Home Technologie, Sensortechnik, Tele-Care). Im Bereich der Informationstechnologie haben signifikante Weiterentwicklungen und Trends, speziell neue Kommunikationshardware (wie Fax, Bildtelefon) sowie die fortschreitende Vernetzung (E-Mail, Internet), auch Auswirkungen auf alltägliches Altern und Kommunikationsmöglichkeiten im Alter (siehe auch die Initiative „Forum Info 2000" der Bundesregierung). Ferner sind international eine Reihe von wichtigen Netzwerken (z. B. COST A5, ETAN der EU), von Gesellschaften (z. B. Gründung der International Society for Gerontechnology im Jahre 1997) und von Forschungs- und Entwicklungszentren (z. B. Technische Universität Eindhoven, Zentrum für Gerontotechnik in Iserlohn, Fraunhofer Institut Stuttgart) entstanden. Schließlich werden zunehmend häufiger national wie international entsprechende Konferenzen ausgerichtet (z. B. Internationale Konferenz zur Gerontechnology in Helsinki 1996, sowie in München 1999; Tagung „Selbstständigkeit durch Technik und technische Hilfen im Alter" des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, KDA, in Zusammenarbeit mit SRH-Gruppe und dem Deutschen Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg, Deutsches Zentrum für Alternsforschung, im Juni 1998) und Forschungsprojekte durchgeführt (z. B. Forschergruppe „Seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag", sentha, der Deutschen Forschungsgemeinschaft an der Technischen Universität Berlin, unter Beteiligung auch des Deutschen Zentrums für Alternsforschung).

In diesen Entwicklungen kreuzen sich mit Blick auf das Alter gewissermaßen zwei Linien, die auch marktwirtschaftlich für die Entwicklung unserer Gesellschaft nicht unerheblich sein dürften: Auf der einen Seite besteht aus der Perspektive der Entwicklung und Anbieter (unterfüttert mit entsprechender Grundlagen- und Anwendungsforschung) die Hoffnung, hier einen der wenigen noch wachsenden Märkte bedienen zu können. Aus der Perspektive der Älteren kommt diese Tendenz ihrem wachsenden Bedürfnis entgegen, ihre eigenen Belange in einem breiten Sinne auch deutlich auf dem „Markt" repräsentiert zu sehen, d. h. immer stärker auch als Gesellschaftsmitglieder mit einer beachtlichen „Konsumentenmacht" und damit auch mit Rückwirkungsmöglichkeiten auf den Markt und seine Produkte („Silbermarkt") gesehen zu werden (Meyer-Hentschel Management Consulting 2000). Diese Entwicklung ist, bei einem Blick über die deutschen und europäischen Grenzen hinaus, vor allem in den USA bereits weit vorangeschritten. Große Software-Firmen beispielsweise unterstützen dort längst Projekte (etwa Gestaltung von Web-Seiten, von sonstigen Benutzeroberflächen) zur Verbesserung der Teilhabe von Älteren an den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien und arbeiten eng mit einschlägigen Seniorenorganisationen zusammen; die „American Association of Retired Persons" (AARP) gehört mit ihren zurzeit etwa 33 Millionen Mitgliedern zu den mächtigsten Interessenvertretungsorganisationen in den USA überhaupt, welche die weitere Entfaltung des „Silbermarkts" konstruktiv-kritisch verfolgt.

Auch in Deutschland sind zwischenzeitlich eine Vielzahl von Initiativen, Netzwerken und Forschungs-, Beratungs- und Trainingszentren zu verzeichnen, die bereits vielfältige direkte Auswirkungen auf Ältere besitzen bzw. diese unmittelbar einbeziehen. Übersicht 7-4 enthält einen Überblick über die in den letzten Jahren wichtigsten und aktivsten dieser Bestrebungen (Stand: Januar 2000). Dabei besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit, denn es entstehen derzeit nahezu monatlich neue Aktivitäten der unterschiedlichsten Art (z. B. Internet-gestützte Seniornetze, Initiativen der unterschiedlichsten Art, um Älteren den Zugang zu den neuen Technologien zu erleichtern, bis hin zu einem vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützen Vorhaben des Berliner Vereins „Jahresringe", das Interessierten in der eigenen Wohnung ein Training anbietet).

Neben den in Übersicht 7-4 genannten Institutionen mit eher überregionalem Wirkungsbereich existieren mittlerweile vielfältige weitere lokale Ansätze (nur beispielhaft genannt seien hier die des Evangelischen Johannes-Krankenhauses in Bielefeld (die Ausweitung des Hausruf-Dienstes zu einem System der Bildkommunikation), und

Übersicht 7-4: Neue Technologien für Ältere: Wichtigste and aktivste Initiativen, Netzwerke, Forschungs-, Beratungs- und Trainingszentren in den letzten Jahren (Stand: Januar 2000)

Institution (alphabetisch geordnet)	**Kurzcharakterisierung der wesentlichen Ziele und Aktivitäten**
Berliner Institut für Sozialforschung (BIS)	Sozialwissenschaftliche Forschungsarbeiten zu den Möglichkeiten von neuen Technologien für Ältere und Behinderte, speziell zu den Themen Intelligentes Wohnen, Bildtelefon, Online-Dienste für Ältere
Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO), Bonn	Hohes Engagement für die Nutzung neuer Medien bei Älteren; gemeinsam mit dem Psychologischen Institut der Universität Bonn Herausgabe des Internetdienstes SENIORWEB
Deutsche Telekom	Vielfältige Projekte auch zur Nutzung moderner Kommunikationstechnologien für und von Älteren; orientiert an der Initiative des Bundespräsidenten „Fit für das Informationszeitalter"

noch Übersicht 7-4

Institution (alphabetisch geordnet)	**Kurzcharakterisierung der wesentlichen Ziele und Aktivitäten**
Deutsches Zentrum für Alternsforschung (DZFA) an der Universität Heidelberg	Studien und Analysen zu sozialwissenschaftlichen und psychologischen Fragen des Einsatzes neuer Technologie bei Älteren, speziell im Bereich der geriatrischen Rehabilitation und Pflege
empirica – Gesellschaft für Kommunikations- und Technologieforschung mbH, Bonn	Konzeption, Entwicklung, Evaluation und Implementierung neuer Technologien in unterschiedlichen sozialen Anwendungsfeldern, auch bei Älteren
Evangelisches Geriatriezentrum e.V., Berlin	Forschungsprojekte zur Evaluation neuer Kommunikationstechnologien bei älteren Menschen
Fachhochschule Frankfurt	Einrichtung eines fachübergreifenden gerontotechnischen Labors; Studierende sollen für die besonderen Probleme des selbstständigen Wohnens bei Behinderung, Alter und Pflegebedürftigkeit qualifiziert werden
Forschungsinstitut Technologie-Behindertenhilfe (FTB), Wetter	Vielfältige Forschungsarbeiten zur Nutzung von neuen Technologie für Behinderte und Ältere; speziell im Wohnbereich
Förderverein „Institut für Altersforschung und Gerontechnologie", Nürnberg	Forum für Anbieter, Vermittler und Anwender im Bereich der Nutzung innovativer Technik für das Wohnen im Alter
Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation/Universität Stuttgart, Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement	Förderung des selbstständigen Wohnens durch Nutzung neuer Technologien; Einrichtungen und Evaluation einer Musterwohnung mit intelligenter Haustechnik („Smart Home") in Stuttgart
Fraunhofer Institut Karlsruhe	Nutzung und Erprobung des Internets im Rahmen der Beratungs- und Pflegearbeit mit älteren und behinderten Menschen
Fraunhofer Institut St. Ingbert	Nutzung und Erprobung von Möglichkeiten der Tele-Therapie und Tele-Pflege; beispielhaft untersucht bei älteren Schlaganfallpatienten
Gesamthochschule Kassel, Institut für Arbeitswissenschaft (IfA)	Diverse Forschungsprojekte zu Bedarfen, zu den Einsatzmöglichkeiten und Gestaltungskriterien neuer Technologien; z. B. Marktanalyse von „weißer Ware"
Gesellschaft für Gerontotechnik (GGT) mbH, Iserlohn	Vermittlung zwischen Industrie, Wissenschaft und Anwendern zur Entwicklung guter Techniklösungen für ältere Menschen; Erprobung, Begutachtung und Optimierung seniorenrelevanter Produkte
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln	Neben traditionellen Einsatzmöglichkeiten von Technik im Wohnbereich werden zunehmend häufiger auch Initiativen (z. B. Tagungen) zu neuen Technologien für Ältere unternommen
Seniorenwirtschaftszentrum im Wissenschaftspark Gelsenkirchen	Forschung, Beratung und Dienstleistung zur Schaffung und Sicherung von Arbeitsplätzen in der Seniorenwirtschaft; Zusammenarbeit unterschiedlicher Institutionen und Organisationen
sentha („Selbstständige Technik im häuslichen Alltag"), DFG-Forschergruppe an der Technischen Universität Berlin	Verbund von interdisziplinär angelegten Forschungsarbeiten (z.B. Arbeitswissenschaft, Design, Sozialwissenschaft) zur Entwicklung seniorengerechter Produkte
Technische Universität München, Fachgebiet Haushaltstechnik	Forschungs- und Entwicklungsarbeiten zur Entwicklung barrierefreier Produkte für Ältere und Behinderte, speziell Küchen: Check-Listen und Forderungskataloge zur barrierenfreien Gestaltung von Hausgeräten
Technische Universität Darmstadt, Institut für Elektromechanische Konstruktion	Entwicklung von Regeln als Hilfestellung für Konstrukteure und Designer (sog. „SENSI"-Regeln für Senioren und sicher)
Universität Bamberg, Institut für Urbanistik und Sozialplanung	Untersuchung der sozialen Voraussetzungen und Konsequenzen des Einsatzes von Technik, speziell bei Demenz (Projekt „Technology, Ethics and Dementia"/TED), Kooperation mit Herstellern

noch Übersicht 7-4

Institution (alphabetisch geordnet)	**Kurzcharakterisierung der wesentlichen Ziele und Aktivitäten**
Universität Bonn, Psychologisches Institut	Primär psychologische Studien zur Thematik Alter und Technik; z. B. Arbeiten zum Umgang mit Fahrkartenautomaten, Videorekordern und TV
Universität Frankfurt, Interdisziplinäre Arbeitsgruppe Technikforschung Frankfurt	Explorative Studien zur Nutzung neuer Technologien speziell im Bereich des Wohnens im Alter („Intelligentes Wohnen")
Verein „Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft e.V."	Hervorgegangen aus der Initiative der Bundesregierung FORUM INFO 2000, Arbeitsgruppe „Senioren in der Informationsgesellschaft"; Begleitung und Unterstützung der Älteren auf dem Weg in die Informationsgesellschaft
Zentrum für allgemeine wissenschaftliche Weiterbildung (ZAWiW), Universität Ulm	Angebot von vielfältigen Einstiegshilfen zur Internetnutzung durch Ältere; Multiplikatorenschulung

der Haus-Teledienst Frankfurt, „virtuelles Altenheim"), sodass insgesamt bereits heute in der BRD eine beeindruckend hohe Zahl und Bandbreite an Initiativen, Netzwerken, Forschungs-, Beratungs- und Trainingszentren zur Thematik Alter und Technik zu konstatieren sind.

Die Kommission schätzt derzeit insgesamt diese begrüßenswerten Entwicklungen so ein, dass endgültige Bewertungen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf Altern heute und morgen noch nicht möglich sind. Insofern geht es an dieser Stelle eher darum, wichtige Fragen aufzuwerfen sowie die bislang vorgelegten Antwortversuche einer ersten Einschätzung zu unterziehen. Folgende Fragen sind aus Sicht der Kommission von besonderer Tragweite:

- Was ist gemeint, wenn von neuen Technologien für Ältere die Rede ist? Hier stellt sich auch die Frage, ob und inwieweit es überhaupt sinnvoll ist, diesbezüglich eine explizit altersspezifische Perspektive einzuführen (vgl. z. B. die Begriffe „Gerontotechnik", „Gerontechnology", „seniorenfreundliche Technik", „seniorengerechte Technik") oder eher die hilfreiche Funktion von gut gestalteter und gut bedienbarer Technik für alle Menschen hervorzuheben (vgl. z. B. die Begriffe „Technik für alle Lebensalter", „generationsübergreifende Technik", „Design for all", „Universal Design").
- Welche grundlegenden Nutzungsaspekte neuer Technologien sind bei Älteren zu beachten? Hier stellt sich speziell die Frage nach der Benutzerfreundlichkeit, nach dem Zugang der Älteren zu neuen Technologien sowie die Frage der Akzeptanz.
- Welche Potenziale und Risiken neuer Technologie für ältere Menschen sind zu erwarten? Hier geht es, vor dem Hintergrund der Fragen (1) und (2), einerseits um die Herausarbeitung des Ressourcencharakters neuer Technologien; auf der anderen Seite ist zu überlegen, ob die Nutzung neuer Technologien für ältere Menschen auch Nachteile mit sich bringen kann.

7.4.2 Was ist gemeint, wenn von neuen Technologien für Ältere die Rede ist?

Sicherlich zählen auch relativ einfache Hilfen und Hilfsmittel wie ein Griff an der Badewanne, ein Rollator oder ein Einkaufswagen zur alltags- und altersrelevanten Technik. Mit neuen Technologien sind allerdings primär jene technischen Hilfe- und Unterstützungssysteme gemeint, die auf der Grundlage der Mikroelektronik und Mikrochip-Technologie basieren. Hier sollte zunächst nach Alltagstechnik und Pflege- und Rehabilitationstechnik unterschieden werden. Alltagstechnik umfasst technische Geräte und Systeme, die grundsätzlich allen Altersgruppen zur Verfügung stehen, insbesondere aber für ältere Menschen zur selbstständigen Bewältigung und freien Gestaltung ihres privaten Alltags geeignet sind. Typische Beispiele wären etwa intelligente Haustechnik, auf die weiter unten noch eingegangen wird, und Notrufsysteme. Pflege- und Rehabilitationstechnik umfasst Technik und Technologie, die dazu dient, in geriatrischen Einsatzbereichen sensorische, motorische und kognitive Beeinträchtigungen zu erkennen, zu behandeln und auszugleichen sowie als Informations- und Kommunikationssysteme rehabilitative Behandlung und Pflege zu erleichtern und zu unterstützen. Typische Beispiele wären hier Hörgeräte oder die Durchführung eines motorischen Trainings über einen Bildschirm bzw. einen Personalcomputer, der in der Wohnung des älteren Menschen installiert worden ist und der über eine Datenleitung zwischen Klinik und Wohnung angesprochen werden kann. Neue

Kommunikationsmedien wie das Internet, die Abrufbarkeit von Diensten und Informationen über den Bildschirm am PC oder am Fernsehgerät (z. B. Tele-Shopping, Tele-Banking, Tele-Care, Tele-Medizin, Abruf von Zeitungen und Büchern) sowie die Nutzung von Fax und elektronischer Post spielen zunehmend in beiden Bereichen eine wesentliche Rolle.

Die Bandbreite der bereits heute verfügbaren technischen Hilfsmittel auf der Basis neuer Technologien mit großer Bedeutung bzw. Auswirkungen auch für ältere Menschen ist enorm: Die Palette reicht von Notrufsystemen, intelligenter Haushaltstechnik (z. B. automatische Abschaltfunktion bei Herden, Bewegungsmelder, sprachgesteuerte Betätigung von Rollläden), Mobil-Telefon und Bildschirm-Telefon, Personalcomputern, Fahrkartenautomaten, Geldautomaten bis hin zu medizinischen Geräten zur Kontrolle von Blutdruck und Blutzucker, Hörgeräten, Bildschirmlesegeräten und sonstigen Kompensationen von Sehverlusten (z. B. kamerabasierte Abnahme und Wiedergabe von Texten), microchip-unterstützten Prothesen, Rollstühlen und Treppenliften. Ebenso darf nicht vergessen werden, dass Alltagsgeräte wie Herde, Videogeräte, Radios, Fernsehgeräte, Staubsauger, Telefonapparate, Steuersysteme in Autos usw. in immer stärkerem Maße von komplexen Technologien bestimmt werden, was nicht nur bei älteren Menschen dazu zu führen scheint, dass von immer mehr potenziell verfügbaren Funktionen immer weniger genutzt werden. Viele dieser technischen Geräte verlangen Grundkenntnisse in der menügeführten Steuerung von Funktionen, wie überhaupt die menügeführte und damit auch automatisierte Steuerung von Dienstleistungen (z.B. Reservierung von Tickets über Telefon, Weiterverbindungen bei Telefonaten mit großen Organisationen, Geldentnahme am Geldautomat) immer weiter zunimmt, eine Entwicklung, die beispielsweise in den USA bereits weit fortgeschritten ist und dort zunehmend vor allem älteren Menschen Probleme bereitet.

In Deutschland liegen bisher nur wenige repräsentative Daten zur Nutzung von prototypischen neuen Technologien wie dem Personalcomputer bzw. dem Internet im Alter vor. Nach Befunden der DFG-Forschergruppe sentha an der Technischen Universität Berlin lag beispielsweise der Anteil von Computerbesitzern bei den 65- bis 74-Jährigen bei 9,1 Prozent und bei den über 75-Jährigen bei 4,5 Prozent. Über einen Internetanschluss verfügten 3,4 Prozent der 65- bis 74-Jährigen und 2,7 Prozent der über 70-Jährigen (vgl. auch Tabelle 7-1).

Eine vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebene Studie kommt zu etwas höheren Nutzungszahlen; danach nutzen heute 10 Prozent der 55- bis 64-Jährigen, 7 Prozent der 65- bis 70-Jährigen und noch 4 Prozent der 70- bis 75-Jährigen das Internet (Pressemitteilung des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 05.04.2000). Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 ist bei allen in Tabelle 7-1 genannten langlebigen Gebrauchsgütern davon auszugehen, dass diese bei den über 55-Jährigen in den alten Bundesländern (noch) deutlich häufiger anzutreffen sind als bei jenen aus den neuen Bundesländern (Münnich & Illgen 1999).

Zwei Beispiele neuer Technologien seien im Folgenden etwas näher skizziert, das Eine eher der Alltagstechnik (intelligentes Wohnen), das Andere eher der Pflege- und Rehabilitationstechnik (Einsatz von Personalcomputern zur professionellen Beratung und Stärkung sozialer Kontakte bei geriatrischen Patienten) zugehörig. Intelligentes Wohnen basiert auf intelligenter Haustechnik. Intelligente Haustechnik bietet primär eine vernetzte Alternative zu den bislang in Haushalten vorhandenen, unabhängigen Einzelgeräten (wie Waschmaschine, Kaffeemaschine) bzw. Einzelsystemen (wie Heizung, Stromversorgung). Intelligente Haustechnik basiert nun auf zwei Komponenten: Zum einen lassen sich über den so genannten „Bus" (per Leitung oder Funk) alle Geräte und Systeme im Haushalt verbinden. Das dadurch entstehende Netzwerk kann beispielsweise über einen Personalcomputer und ein entsprechend umgerüstetes Fernsehgerät gesteuert werden. Die zweite Komponente besteht aus den verschiedensten Hauseinrichtungen, die nun nicht nur über die Steuereinheit manipulierbar sind, sondern die auch untereinander kommunizieren können: etwa Beleuchtungskörper, Fenster und Türen, Waschmaschine und Trockner, Kühl- und Gefriergeräte, Bewegungsmelder, Rollläden, Jalousien, Markisen, Heizungsanlagen, Geschirrspüler, Herde, Stromzähler. Ferner kann eine Vernetzung mit Nachbarschaften, mit Service- und Hilfeeinrichtungen (Notrufsysteme, Sturzdetektoren) oder auch dem Internet erfolgen. Die Leistungen solcher Systeme sind sicherlich nicht nur für ältere bedeutsam, aber sie könnten diesen in besonderer Weise Vorteile bringen: Die komplexe Verschaltung und zentrale Steuerung führt zur Energieeinsparung und bringt damit Gewinne für Ökologie und Ökonomie, fördert die objektive Sicherheit, aber auch das subjektive Sicherheitsgefühl, unterstützt die allgemeine Lebensqualität durch Bequemlichkeit und Komfort und fördert die Kommunikation mit der „Außenwelt". Leider sind bislang in Deutschland erst wenige Projekte dieser Art mit Älteren realisiert, und es fehlt folglich auch an Erfahrungen, geschweige denn Evaluationsstudien. Die weitaus größeren Erfahrungen aus anderen, speziell skandinavischen Ländern sind allerdings durchaus ermutigend.

In einem Projekt der Forschungsgruppe des Evangelischen Geriatriezentrums Berlin und der Deutschen Telecom Berkom GmbH wurden mobilitätseingeschränkte geriatrische Patienten (überwiegend mit Zustand nach Schlaganfall) nach der Entlassung nach Hause in einem Netzwerk von Bildtelefonen und Personalcomputern sowohl untereinander als auch mit einer Dienstleistungszentrale im Geriatriezentrum verbunden (Nieczaj et al. 1998). Ebenso waren Angehörige mit eingebunden. Neben dem Angebot einer professionellen Beratung und Betreuung sollten auch neue Möglichkeiten des sozialen Austauschs angeregt werden. Dazu wurde die Benutzeroberfläche so vereinfacht, dass mit einem Minimum einfacher Bedienungsschritte Bildkommunikation mit anderen möglich war. Zusätzlich konnte auf einen einfach zu bedienenden elektronischen Informationsdienst, der im Gegensatz zur Zentrale rund um die Uhr verfügbar war, zurückgegriffen werden. Das wichtigste Ergebnis der Studie besteht wohl darin, dass ganz überwiegend eine hohe

Tabelle 7-1: Ausstattung mit und gewünschter Besitz von ausgewählten Geräten der Informations- und Kommunikationstechnologie nach Altersgruppen (1999)

Gerät	Alter (in Jahren)					
	55-64		65-74		75 und älter	
	Ausstattungsgrad	Gewünschter Besitz (bei Nichtbesitzern)	Ausstattungsgrad	Gewünschter Besitz (bei Nichtbesitzern)	Ausstattungsgrad	Gewünschter Besitz (bei Nichtbesitzern)
	%					
Computer	21,1	8,5	9,1	3,8	4,5	2,0
Modem/ Internet-Anschluss	7,5	10,4	3,4	3,2	2,7	1,1
Faxgerät	11,7	8,8	5,1	4,3	3,5	1,3
Mobiltelefon (Handy)	13,7	17,1	7,4	9,1	4,1	4,7

Quelle: Sentha 2000. Projekt „Seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag". Technische Universität Berlin, Sozialwissenschaftliches Teilprojekt (Berliner Institut für Sozialforschung und Deutsches Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg). Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2000.

Akzeptanz des Systems und seiner multiplen Möglichkeiten seitens der älteren Menschen, ihrer Angehörigen und der beteiligten Professionellen zu beobachten war. Die Kommunikation intensivierte sich im Laufe der Studie sehr deutlich und auch der Informationsdienst fand reges Interesse. Andererseits zeigte die Studie, dass sowohl der technische Aufwand und die Mühen der Überwindung technischer Probleme als auch die Schulungsintensität erheblich sind, um das Potenzial solch neuer Systeme auch wirklich ausschöpfen zu können.

Abschließend sei an dieser Stelle noch zur Frage von Vor- und Nachteilen der Einnahme einer seniorenspezifischen Perspektive beim Themenkreis Alter und Technik Stellung bezogen. Technik und technische Entwicklungen betreffen grundsätzlich alle Menschen unserer Gesellschaft; die oft zu findende Argumentation, dass ältere Menschen besonders tangiert, gefordert oder betroffen seien, ist deshalb grundsätzlich nicht zutreffend. Insofern ist eine „Design for all"-Perspektive die grundlegendere, auch als Impuls und Signal an Konstrukteure und Entwickler. Darüber hinaus werden in einer solchen Perspektive Stigmatisierungen einzelner Gruppen in der Gesellschaft (wie der Älteren) vermieden. Diese Perspektive schließt nicht aus, dass es besondere Anforderungen seitens unterschiedlicher Gruppen (wie der Älteren) gibt, die expliziert und auch in die Gestaltung von Produkten Eingang finden sollten. Die Überlegung ist aber wiederum, dass diese besonderen Anforderungen letztendlich allen Nutzern zugute kommen. Deshalb plädiert die Kommission dafür, Begriffe wie „seniorengerecht", „seniorenfreundlich" oder „Gerontotechnik" zukünftig eher zu vermeiden.

7.4.3 Welche besonderen Nutzungsaspekte neuer Technologien sind bei Älteren zu beachten?

Im Bereich der Alltagstechnik sind insbesondere drei Problemfelder zu fokussieren: Benutzerfreundlichkeit, Zugang, und Akzeptanz. Beim Thema Benutzerfreundlichkeit stehen Probleme der Bedienung, der Handhabung, der Funktionalität und der Komplexität im Vordergrund. Dies beginnt bei ungenügenden Bedienungsanleitungen und endet bei Bedienungselementen, die zu klein und schlecht beschriftet, in ihrer Rückmeldefunktion nicht deutlich erkennbar bzw. in ihrer Anordnung nicht hilfreich sind. Sicherlich spielen hier die mit dem Alter assoziierten Rückgänge im Sehen, Hören und in der Grob- und Feinmotorik, aber auch Verluste in der geistigen Leistungsfähigkeit (z. B. Gedächtnis) eine wesentliche Rolle. Es scheint auch eine stärkere Neigung bei Älteren zu bestehen, auftretende Schwierigkeiten vor allem sich selbst und weniger der Bedienungsanleitung bzw. dem Gerät anzulasten. Hier ist auch zu erwähnen, dass an sich in den Ingenieurwissenschaften und in der Ergonomie ein recht hoher Konsens darüber besteht, wie benutzerfreundliche

Produkte für Menschen jeden Lebensalters beschaffen sein sollten, jedoch dies in oft nicht sehr konsequenter Weise umgesetzt wird, beispielsweise deshalb, weil häufig Design- und Trendgesichtspunkte bei der Markteinführung von Produkten höher gewichtet werden als die reine und optimale Funktionalität. Hervorhebenswert sind in diesem Zusammenhang Bestrebungen, die besonderen Belange und Bedürfnisse von älteren Menschen in Qualitätskriterien zu bündeln, so etwa in einem Prüfsiegel der Gesellschaft für Gerontotechnik (GGT) in Iserlohn. Es ist zu erwarten, dass die zukünftig Älteren auf solche Qualitätsmerkmale, die allerdings wiederum in der Regel für alle Nutzer von Vorteil sind, besonderen Wert legen werden. Verstärkte Anstrengungen der Stiftung Warentest wären hier wohl auch sehr zu begrüßen. Die Kommission hält allerdings zu starre Normierungen für wenig hilfreich und zwar schon deswegen, weil sowohl die Technikentwicklung wie die Entwicklung von Altersgenerationen einem ständigen Wandel unterliegt. Am viel versprechendsten erscheint die stärkere Beachtung von generellen Qualitätsmerkmalen für gutes Design, Sicherheit und Bedienungskomfort, die zwar auch die besonderen Bedürfnisse der Älteren berücksichtigen, aber die Nutzungsqualität für alle Altersgruppen erhöhen. Nur auf diesem Wege ist auch sicherzustellen, dass die verfügbare Produktpalette für alle Altersgruppen, hier die Älteren, keinen Einschränkungen unterliegt, was auch als eine Form der Altersdiskriminierung gesehen werden könnte. Und natürlich soll es auch weiterhin unterschiedliche Lösungsvarianten für unterschiedliche Menschen und unterschiedlich alte Menschen geben. Warum sollte sich diesbezüglich der „Silbermarkt" von anderen Märkten unterscheiden?

Der Zugang älterer Menschen zu neuen Technologien ist heute noch durch mehrere Faktoren erschwert: In Bezug auf die Informiertheit bestehen einerseits Defizite bei den älteren Menschen, andererseits aber auch bei den Technik-Entwicklern und -Herstellern. Darüber hinaus bestehen Wissensdefizite bei Professionellen, etwa bei Pflegepersonen, Ärzten oder Wohnberatungsstellen. Fehlende finanzielle Ressourcen spielen ebenfalls eine Rolle, etwa bei der Umgestaltung der eigenen Wohnung hin zu einem „Smart Home" oder bei der Anschaffung eines besonders leistungsfähigen Hörgeräts, das von der Krankenkasse nicht (voll) bezahlt wird. Hinzu kommt eine bei den heutigen alten Menschen noch nicht sehr hoch zu veranschlagende Kompetenz in „Schlüsselqualifikationen" zum Umgang mit neuen Technologien. Hier liegt ein noch weitgehend unbeachtetes Feld für die vielfältig vorhandenen Informations- und Beratungsangebote für Ältere, aber es bedarf eben auch der Verfügbarkeit der „Hardware", um solchen Beratungen auch wirklich anwendungsnahe Erfolgschancen einzuräumen (vgl. auch Stadelhofer 2000).

Hinsichtlich der Akzeptanz ist der Forschungs- und Praxisbefund entscheidend, dass Ältere nicht grundsätzlich technikfeindlich bzw. nicht technikfreundlicher oder -feindlicher als andere gesellschaftliche Gruppen eingestellt sind. Allerdings lässt sich auch sagen, dass alte Menschen in der Tendenz gegenüber Neuerungen jedweder Art eine zurückhaltende Position einnehmen und eine gewisse kritische Distanz einnehmen, die allerdings keinesfalls, im Falle von Technik, mit einer Technikablehnung gleichzusetzen ist. Technik, die unpraktisch und unhandlich ist, die ihren alltagsnahen Wert nicht unmittelbar vermitteln kann und die die besonderen Bedürfnisse von Älteren in keiner Weise würdigt, läuft allerdings schon Gefahr, von älteren Menschen nicht akzeptiert zu werden. In dieser kritischen Rolle der Älteren liegt nach Einschätzung der Kommission aber auch eine Chance und Ressource für die Konsumgesellschaft von morgen.

7.4.4 Welche Potenziale und Risiken neuer Technologien für ältere Menschen sind zu erwarten?

Insgesamt ist der Ressourcencharakter der Technik als hoch anzusetzen und dieser wird in Zukunft noch in signifikanter Weise zunehmen. Die wesentlichen Gewinne liegen im Bereich der grundlegenden Selbstständigkeitserhaltung, der Kompensation von Defiziten und der Verminderung von Pflegerisiken, des Angebots neuer Möglichkeiten der Therapie, Pflege und „Überwachung" (im guten Sinne des Wortes) bis hin zu neuen Formen des sozialen Austauschs, neuen Formen der Erreichbarkeit von signifikanten Anderen und einer „neuen" Mobilität auf der räumlichen (z. B. Navigationssysteme im Auto) und auf der mentalen Ebene (z. B. Erreichbarkeit der „Welt" über Internet von jedem Wohnort aus). Noch konkreter betrachtet ergeben sich etwa die folgenden Vorteile: Alltäglich notwendige Arbeiten können auf Grund zunehmender Automatisierung mit weniger Mühe und geringerem Zeitaufwand erledigt werden. Dieses könnte mittel- und längerfristig den „Alltag im Alter", der in starkem Maße von solchen grundlegenden Lebensführungsaufgaben bestimmt ist, deutlich verändern. Durch neue multimediale Informations- und Kommunikationsgeräte wie Bildtelefon, Internet und E-Mail kann das Bedürfnis nach Sozialkontakten selbst im Falle eines Verlusts der außerhäuslichen Mobilität ebenso befriedigt werden, wie das Bedürfnis nach Weiterbildung und Information. Klassische Barrieren der Bildungsarbeit im Alter wie räumliche Entfernung, Unsicherheit in Gruppen oder eine lebenslagebedingte Distanz gegenüber den tradierten Bildungsinstitutionen entfallen. Die Lernfähigkeit intelligenter technischer Systeme ermöglicht zudem den Ausgleich von Fehlern und Fehlentscheidungen. Intelligente Haustechnik kann das Wohnen in vertrauter Umgebung auch bei beeinträchtigter Gesundheit erleichtern und könnte damit in besonderer Weise das hohe Alter unterstützen. Im Falle von Pflege und Therapie könnte durch den Einsatz von neuen Techniken eine gewisse Entlastung der Professionellen, vielleicht sogar eine spürbare Kostenreduktion eintreten. Schließlich könnte die zunehmende Benutzungssicherheit älterer Menschen im Umgang mit neuen Technologien auch das Gefühl von Kontrolle und Selbstwirksamkeit insgesamt stärken.

Aber auch Risiken müssen im Auge behalten werden. Diese liegen auf der individuellen ebenso wie auf der gesellschaftlichen Ebene. In individueller Sicht ist zu sagen,

dass wir bislang über die sozialen Konsequenzen neuer Technologien und neuer Medien bei alten Menschen praktisch noch nichts wissen. Die Frage etwa, ob eine Internetnutzung langfristig reale soziale Kontakte eher fördert oder stärkere Isolation und Einsamkeit bewirken könnte, ist heute schlicht noch nicht beantwortbar. Eine zu starke Automatisierung könnte ferner zu Unterforderungen und zu einem „Disuse" führen, der sich negativ auf die Aufrechterhaltung von Handlungskompetenzen auswirken könnte. Die sich mit neuen Technologien ergebenden Möglichkeiten der „Totalüberwachung" aus der Distanz bergen neben ihren Möglichkeiten (beispielsweise der Früherkennung eines Re-Insults) auch die Gefahr schwerwiegender Privatheitsverletzungen. Auf der gesellschaftlichen Ebene sind mindestens zwei Risiken im Auge zu behalten: Das eine Risiko ergibt sich daraus, dass der Umgang mit neuen Technologien auch neue Kompetenzen voraussetzt, die zumindest den heutigen Älteren nur in begrenztem Umfang zur Verfügung stehen. Es besteht also die Gefahr, dass die ohnehin sich immer mehr beschleunigende Entwicklung unserer Gesellschaft hin zu einer Informationsgesellschaft an den Alten vorbeigeht und zu einem nicht mehr kompensierbaren Ungleichgewicht führt. Dem dürfte allerdings die nachwachsende Generation von Alten, die mit neuen Technologien bereits in weitaus höherem Maße vertraut ist, entgegenwirken. Das zweite Risiko ist darin zu sehen, dass innerhalb der Gruppe der Älteren eine „Zweiklasseninformationsgesellschaft" der Technik-Nutzer und der Technik-Nichtnutzer entstehen könnte. Die einen Älteren könnten sich mit Hilfe der neuen Technologien neue Handlungs- und Alternsoptionen verschaffen, während den anderen die Ressource Technik eher verschlossen bleiben würde.

7.5 Fazit

In diesem Kapitel wurde der Versuch unternommen, drei wesentliche Bereiche der räumlich-sozialen Umwelt von älteren Menschen – die Wohnung, das Wohnumfeld bzw. die infrastrukturelle Umwelt und Technik als einem sowohl in der Wohnung wie in der infrastrukturellen Umwelt zunehmend auch für Ältere bedeutsamen Aspekt – in einem Gesamtzusammenhang zu betrachten. Hinsichtlich des Wohnens im Alter verdient die zwischenzeitlich weitgehend eingetretene Angleichung der Wohnqualität in den alten und neuen Bundesländern besondere Beachtung, wenngleich die Kommission noch nicht zu einer „Entwarnung" rät. Hinsichtlich der Gestaltungsmöglichkeiten des Wohnens haben sich ältere Menschen wohl noch nie so vielen Optionen gegenübergesehen wie heute. Diese Situation ist auf der einen Seite eindeutig positiv zu beurteilen, denn die wohnbezogenen Entscheidungs- und Handlungsspielräume alter Menschen haben sich damit deutlich verbessert. Allerdings sind auf der anderen Seite auch noch problematische Aspekte zu konstatieren: So ist etwa der Informationsstand über die Möglichkeiten der Wohnraumanpassung bei den Älteren und ihren Angehörigen immer noch gering und die finanziellen Rahmenbedingungen der Wohnberatungsstellen müssen weiter optimiert werden. Beim Betreuten Wohnen, der derzeit wohl wichtigsten Wohnalternative zum üblichen Privathaushalt auch bei vorliegender leichter oder mittelgradiger Pflegebedürftigkeit, ist – auf der Planungsebene – die Datenlage ebenso unbefriedigend, wie auf der individuellen Ebene des älteren „Kunden" die oft nicht nachvollziehbaren Kostenkalkulationen und juristische Probleme bei der Vertragsgestaltung. Weitere „neue" Formen des Wohnens im Alter stellen aus Sicht der Kommission (auch) einen wesentlichen Aspekt einer Ausdifferenzierung des Alters dar. Solche neuen Wohnformen, etwa Wohn- und Eigentümergemeinschaften, sind aber noch zu stark von Eigeninitiativen und den „richtigen" (oder „falschen") Personen vor Ort abhängig, damit sie längerfristig lebensfähig bleiben. Die Verbesserung finanzieller Rahmenbedingungen auch von öffentlicher Seite könnte eine wesentliche Hilfestellung sein.

Fragen des Wohnens sollten stets in direktem Zusammenhang mit Aspekten der infrastrukturellen Umwelt von Älteren bzw. ihrer außerhäuslichen Mobilität gesehen werden. Auch was das Wohnumfeld von älteren Menschen angeht, haben sich erfreulicherweise die Verhältnisse in Ost und West seit der Wende relativ stark angeglichen. Ferner kann kein Zweifel daran bestehen, dass trotz aller Bedeutung des Wohnens auch das raumbezogene Handeln außerhalb der Wohnung für Ältere ein sehr hohes Gut für „gutes" Altern darstellt. Nach den vorliegenden Befunden bestehen keine Zweifel, dass dabei dem Auto schon heute und erst recht in der Zukunft ein hoher Stellenwert zukommt. Autofahren im Alter verdient, bei aller nicht selten pauschal und emotional aufgeladenen Diskussion dieses Themas in unserer Gesellschaft, eine sehr differenzierte Auseinandersetzung. Eindeutig hilfreiche Patentrezepte, etwa im Sinne von Screening-Untersuchungen, existieren nicht, von einer (aus Sicht der Kommission unsinnigen) Bezugnahme auf das chronologische Alter als einem „Off"-Kriterium für Autofahren ganz zu schweigen.

Die gesamte Lebenswelt der Älteren, sei es eher das „Drinnen" oder das „Draußen", wird schließlich heute (und wohl erst recht morgen) von Technik, speziell den so genannten neuen Technologien bzw. den neuen Kommunikationsmedien mitbestimmt. Nicht eine Technikfeindlichkeit der älteren Menschen ist dabei das Problem; problematisch sind vielmehr Technologien, deren Gebrauch für Ältere (aber auch für andere Gruppen der Gesellschaft) noch eher schwierig ist und der Unterstützung bedarf. Seitens der Gestaltung von Produkten und Benutzungsoberflächen ist noch vieles zu verbessern und gleichzeitig muss noch mehr dafür getan werden, um Älteren den Zugang zu den neuen Technologien zu erleichtern, ohne ihre Autonomiebedürfnisse (die sich im Zweifelsfalle auch in einer Entscheidung gegen solche Nutzungen ausdrücken können) zu beschneiden. Die „kompetente" Nutzung neuer Technologien und Medien eröffnet faszinierende Erlebensoptionen für Ältere, gerade auch angesichts der Grenzen des Alters (prototypisch hinsichtlich der außerhäuslichen Mobilität). Allerdings sind auch Gefahren, etwa im Sinne der verhaltensbezogenen Verstärkung einer ohnehin objektiv durch demographische Faktoren bereits konstatierbaren Singularisierungstendenz, nicht zu leugnen.

8. Rechtliche Umwelt als Ressource

8.1. Einleitung

Zur Umwelt für ältere Menschen gehört auch die Rechtsordnung, denn sie beeinflusst in vielfältiger Weise ihre Lebensverhältnisse. Diese Betroffenheit älterer Menschen durch die Rechtsordnung soll nachfolgend näher analysiert werden. Wenn dabei von Recht und Rechtsordnung gesprochen wird, so ist damit zunächst die Gesamtheit der für ältere Menschen relevanten Normen, die in einer Gesellschaft Verbindlichkeit beanspruchen, zu verstehen. Eine Analyse dieser Normen kann einen objektiven Befund zeitigen, indem z. B. festgestellt wird, dass das Recht die Belange älterer Menschen hinreichend berücksichtigt. Aus dem objektiven Recht sind die subjektiven Berechtigungen, wie insbesondere Rechtsansprüche, abzuleiten. Subjektive Rechte bedürfen zu ihrer Realisierung der Geltendmachung durch Personen. Dies kann durch verschiedene persönliche Umstände, wie Unkenntnis, finanzielle Beschränkungen, geistige oder körperliche Behinderung etc. erschwert werden. Die verschiedenen Erschwernisse können besonders für ältere Menschen bedeutsam werden. Die Rechtsordnung muss daher besonderes Augenmerk darauf legen, dass Barrieren für die Geltendmachung subjektiver Rechte abgebaut werden oder auf anderen Wegen die Einhaltung des objektiven Rechts zugunsten derjenigen, die ihre Rechte selbst wahrnehmen können, gesichert wird.

8.2. Das Recht: objektive Rechtsordnung und subjektive Berechtigung

8.2.1 Funktionale Betrachtung

Zu den Faktoren, die die Lebensverhältnisse auch der älteren Menschen bestimmen, gehört das Recht, verstanden als die Gesamtheit der staatlich gesetzten Regeln und der sonstigen Normen, die einen Anspruch auf Verbindlichkeit erheben. Recht beeinflusst diese Umwelt in vielfältiger Weise. Dieser an sich selbst verständliche Befund wird häufig vernachlässigt, wie sich an zahlreichen Untersuchungen zeigt, in denen die rechtliche Umwelt nicht als selbstständiger Aspekt auftaucht (vgl. z.B. Farny, Lütge-Bornefeld & Zellenberg 1996; anders die Berliner Altersstudie, zur rechtlichen Dimension vgl. hier Zacher 1992: 305 ff.).

Das Recht ist – in der Form von Gesetzen – zunächst einmal das Instrument, mit dem die Altenpolitik in die Praxis umgesetzt wird. Das Recht ist gleichzeitig – als Rechtsordnung – der Rahmen, der für alle Bürger, also auch die älteren Menschen gilt und ihr Leben bestimmt. Gleichzeitig verleiht die Rechtsordnung dem Einzelnen Ansprüche und Berechtigungen.

Wenn nachfolgend das Recht als Ressource für ältere Menschen untersucht werden soll, so kann es nicht darum gehen, die Rechtsordnung inhaltlich umfassend daraufhin zu überprüfen, inwieweit sie Regeln zugunsten älterer Menschen enthält, und Überlegungen über die Ausgestaltung dieser Regeln unter spezieller Berücksichtigung der Interessen älterer Menschen anzustellen, also etwa über die Höhe der Altersrenten oder den Umfang des Krankenversicherungsschutzes zu reflektieren. Vielmehr ist funktional zu fragen, inwieweit durch das Recht die Ziele einer Politik für ältere Menschen gefördert werden können, aber auch, inwieweit Recht eine autonome Lebensführung älterer Menschen erschweren kann. Es geht also darum, inwieweit das bestehende Recht den spezifischen Bedürfnissen älterer Menschen Rechnung trägt, sei es durch seine allgemeine Ausgestaltung, sei es durch besondere Regelungen, die das Erkennen, Begreifen und Durchsetzen von Rechtspositionen älterer Menschen erleichtern.

Zum Recht gehören in zunehmendem Maße auch die Normen der Europäischen Union, die gerade auch für ältere Menschen eine Erweiterung ihres Lebensraums schaffen, gleichzeitig aber auch zur Verunsicherung beitragen können. Auf das europäische Recht wird daher besonders einzugehen sein.

8.2.2 Recht als Instrument zur autonomen Lebensführung

8.2.2.1 Die verfassungsrechtliche Basis

Die gesamte Rechtsordnung ist auszurichten auf die Grundentscheidungen der Verfassung, zu denen die Achtung vor der Würde der Persönlichkeit gemäß Artikel 1 GG und die persönlichen Freiheitsrechte gemäß Artikel 2 GG gehören. Der Gesetzgeber ist daher verpflichtet, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass auch ältere Menschen ihre Persönlichkeit frei entfalten können. Diese grundgesetzliche Verpflichtung, auf der letztlich die speziellen Regelungen zugunsten älterer Menschen beruhen, beschränkt sich nicht nur auf das „Ob" eines gesetzlichen Tätigwerdens, sondern auch auf das „Wie". Das bedeutet nicht, dass aus den Artikeln 1 und 2 GG im Einzelnen abgeleitet werden kann, wie eine Altenhilfegesetzgebung materiell im Einzelnen auszugestalten ist. Wohl aber hat der Gesetzgeber gewisse Grundentscheidungen zu beachten, wie die Anerkennung der freien Entfaltung der Persönlichkeit. Daraus folgt, dass der Gesetzgeber einen berechenbaren Rahmen für die Lebensverhältnisse auch der alten Menschen schaffen sollte, wobei dem Einzelnen das Recht auf Selbstbestimmung in diesem Rahmen gewährleistet sein muss. Die Berechenbarkeit von Gesetzen und der Schutz des Vertrauens auf bestehende Rechtspositionen sind damit Forderungen, die direkt aus der Verfassung folgen. Das Leitziel einer modernen Altenpolitik, „älteren Menschen dabei zu helfen, möglichst lange selbstständig leben zu können und diese Fähigkeit bei körperlicher oder psy-

chischer Beeinträchtigung so weit wie möglich wiederzugewinnen" (Ziller 1992: 33 f.) steht damit in vollem Einklang.

Gegenüber diesem positiven, an der Menschenwürde anknüpfenden Konzept findet die Möglichkeit eines Verbots der Altersdiskriminierung, wie es etwa in den angelsächsischen Staaten eine zentrale Rolle spielt (vgl. Schulte 1996: 200 ff.)[103], in der deutschen Verfassungsdebatte bislang nur geringe Beachtung. Allerdings könnte dieser Aspekt in Zukunft eine wachsende Bedeutung erlangen, etwa in Zusammenhang mit der Frage einer Beschränkung von medizinischen Leistungen für ältere Menschen, wie sie etwa in Großbritannien üblich ist.

Recht – in Form von Verfassungsprinzipien – ist aber nicht nur die Grundlage für die Verpflichtung des Staates, das Streben des Einzelnen nach einer autonomen Lebensführung im Alter anzuerkennen und den rechtlichen Rahmen dafür zu schaffen, es ist auch – in Form der (Durchführungs-)Gesetze – das Instrument zur Verwirklichung dieses Verfassungsauftrages.

8.2.2.2 Der Einzelne und das Kollektiv – der Generationenvertrag

Das Grundgesetz stellt den Einzelnen und damit auch den einzelnen älteren Menschen in den Mittelpunkt. Er muss daher Bezugspunkt der Rechtsordnung sein, wenn es um die Ausgestaltung der Rechte und Interessen der alten Menschen geht. Dem entspricht der im deutschen Recht stark ausgebildete Schutz von Rentenansprüchen und Anwartschaften gegen Eingriffe des Staates.

Gleichzeitig wird jedoch häufig in der öffentlichen Diskussion von der Generation und dem Generationenvertrag gesprochen, und zwar in dem Sinne, dass die Gesamtheit der alten Menschen – das Kollektiv – Ansprüche und Forderungen stellt, die von der jeweils erwerbstätigen Generation zu befriedigen sind. Dieser Begriff des Generationenvertrages kann, wenn er juristisch verstanden wird, das Missverständnis implizieren, dass es sich um eine rechtlich verbindliche Beziehung handelt, die vielleicht sogar unabänderliche Ansprüche begründet. Die Rechtsordnung kennt jedoch nicht solche Kollektivansprüche, sie wären mit dem demokratischen Prinzip und den ökonomischen Zwangsläufigkeiten auch nicht vereinbar.

Dennoch bringt der Begriff „Generationenvertrag" einen wichtigen gesellschaftlichen Zusammenhang zum Ausdruck. Jede erwerbstätige Generation hat für den Unterhalt (in Form von Diensten, Waren und Geld) der heranwachsenden und der aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Generation aufzukommen. Dieser Zusammenhang entspricht in einer Kulturgemeinschaft nicht nur einer tatsächlichen Feststellung, sondern auch einer natürlichen Verpflichtung. Dies wird übersehen, wenn immer wieder in der Diskussion über die Alterssicherung von einer Aufkündigung des Generationenvertrages gesprochen wird, wobei zumeist das bestehende Alterssicherungssystem gemeint wird. Damit wird verkannt, dass letztlich jedes Alterssicherungssystem auf der Generationensolidarität und damit einem Generationenvertrag im untechnischen Sinne beruht.

Damit ist noch keine Aussage darüber getroffen, in welchem Umfange dem Einzelnen, insbesondere dem am Anfang seines Erwerbslebens stehenden jüngeren Bürger Vorsorgeautonomie zugetraut und zugemutet werden sollte (Köbl 2000: 523 ff.).

Die gesellschaftliche Dimension der Alterssicherung, die über die Gewährleistung der individuellen Alterssicherungsansprüche hinausgeht, hat zahlreiche Implikationen, die häufig nicht genügend beachtet werden. Alterssicherung ist eine langfristige Aufgabe, die auf Stabilität und Vertrauen basiert. Diese Verlässlichkeit kann gefährdet werden, wenn das System der Alterssicherung je nach den wirtschaftlichen Gegebenheiten und den politischen Stimmungen und Machtkonstellationen einem laufenden Wechsel unterworfen wird. Dem kann durch Stabilisierungsfaktoren entgegengewirkt werden, wie sie z. B. der Sozialbeirat darstellt, für den allerdings primär die gesetzliche Rentenversicherung – und damit nur ein Teil der Alterssicherung – im Mittelpunkt seiner Arbeit steht; es gibt jedoch in neuerer Zeit auch Stellungnahmen des Sozialbeirats zu anderen Bereichen der Alterssicherung, soweit der Beirat an die von der Bundesregierung regelmäßig vorzulegenden Alterssicherungsberichte anknüpft[104]. Es wäre erwägenswert, ob nicht für die Alterssicherung insgesamt eine dem Sozialbeirat vergleichbare Institution zur langfristigen Beobachtung und Beratung der Politik geschaffen werden sollte (vgl. Empfehlungen der SVK Alterssicherungssysteme 1983: 177); man könnte auch daran denken, den Arbeitsbereich des Sozialbeirats auf das gesamte Feld der Alterssicherung auszudehnen, was eine persönliche Ergänzung des Beirats und eine entsprechende Ausstattung (Schaffung eines Sekretariats etc.) erforderlich machen würde.

Ein stabilisierendes Element für das System der Alterssicherung kann, wie das schwedische Beispiel zeigt, auch durch die Art und Weise der Vorbereitung und Ausarbeitung von Reformgesetzen eingeführt werden. Durch wissenschaftliche Vorarbeiten und eine alle politisch relevanten Kräfte einbeziehende Diskussion wird in Schweden sicher gestellt, dass wichtige sozialpolitische Reformen auf einem breiten Konsens beruhen, die dann auch nicht so einfach infrage gestellt werden können (vgl. zu dem schwedischen Beispiel Köhler 1999: 78 ff).

Diese Hinweise zeigen, dass auch in einer Demokratie Elemente und Institutionen geschaffen werden können, die ein Höchstmaß von Stabilität für das Alterssicherungssystem sicherstellen können. Die individuellen Ansprüche sollten daher durch solche kollektiven Vorkehrungen, die die Belange der jeweils älteren Generation wahrnehmen, ergänzt werden.

[103] Vergleiche allerdings neuerdings die Initiative der Arbeitsgemeinschaft 60 plus der SPD, in Art. 3 Abs. 3 GG auch ein ausdrückliches Verbot einer Differenzierung nach dem Alter aufzunehmen.

[104] Vergleiche Gutachten des Sozialbeirats zum Rentenversicherungsbericht 1998 und Stellungnahme zu einigen weiteren Berichten zur Alterssicherung, BT-Drucks. 13/11290, v. 17.7.1998, S. 239–251.

8.2.2.3 Unterschiedlich inhaltliche Ausrichtung der Rechtsnormen zugunsten älterer Menschen

Die spezifisch für ältere Menschen zu schaffenden Rechtsnormen können inhaltlich darauf ausgerichtet sein, dass zugunsten des Einzelnen individuelle Rechte eingeräumt werden, wie z. B. Ansprüche auf Renten oder Sach- und Dienstleistungen, etwa im Krankheitsfall. Die Normen zugunsten älterer Menschen können aber auch die Schaffung einer Infrastruktur der Daseinsvorsorge zum Gegenstand haben, ohne dass Ansprüche des Einzelnen begründet werden. So können bestimmte Institutionen, wie etwa die Kommunen, zur Vorhaltung von Einrichtungen der Altenhilfe verpflichtet werden.

Das deutsche Recht legt, auch im Vergleich mit ausländischen Regelungen, den Schwerpunkt eindeutig auf die individuellen Rechte des Einzelnen. Die Altenhilfe als öffentliche Aufgabe wird nur im Sozialhilferecht geregelt, allerdings auch dort nicht umfassend und im Übrigen begrenzt auf die alten Menschen, die wegen ihrer finanziellen Situation von der Sozialhilfe erfasst werden. Im Übrigen sind die Regelungen, wie etwa zum altersgerechten Wohnen oder zur Rehabilitation, auf viele verschiedene Gesetze verstreut. Eine Zusammenfassung, bessere Koordination und Ergänzung der bestehenden Bestimmungen in einem umfassenden Altenhilfegesetz könnten den bisher unbefriedigenden Zustand verbessern.

8.2.2.4 Umsetzung und Durchsetzung

Individuelle Rechtsansprüche und institutionelle Daseinsvorsorge können in unterschiedlicher Weise Defizite bei der Umsetzung aufweisen. Demgemäß muss die Rechtsordnung in jeweils spezifischer Weise Vorsorge für eine möglichst weitgehende Umsetzung treffen. Soweit es individuelle Ansprüche anbelangt, geht es darum, dass der Einzelne Hilfe bei der Rechtsdurchsetzung erhält, soweit er dazu nicht selbst in der Lage ist. Soweit es um die Verpflichtung staatlicher Stellen geht, Institute der Daseinsvorsorge einzurichten und zu unterhalten, bestehen regelmäßig keine individuellen Ansprüche. Es stellt sich damit das besondere Problem, wie auf die Einhaltung solcher staatlicher Verpflichtungen hingewirkt werden kann. Mangels individueller Ansprüche der Betroffenen kommen nur kollektive Einwirkungsmöglichkeiten, etwa durch Repräsentanz von Senioren in den Vertretungs- und Gesetzgebungskörperschaften der Länder und der Kommunen in Betracht. Auch insoweit steht Deutschland verglichen mit vielen anderen europäischen Staaten noch am Anfang einer möglichen Entwicklung (Ziller 1992: 37).

8.2.3 Schwierigkeiten älterer Menschen mit der komplexen Rechtsordnung

Recht in Form der staatlichen Gesetzgebung kann – speziell für ältere Menschen – eine Belastung, bis hin zu einer Bedrohung darstellen. Die sehr ausdifferenzierte Rechtsordnung – das gilt in besonderem Maße für das Sozialrecht (v. Maydell 1987: 673 ff) – ist in dem Bestreben, möglichst alle relevanten Besonderheiten zu regeln, so kompliziert geworden, dass dem Einzelnen ohne fremde Hilfe ein Zugang zu den ihn betreffenden Regeln kaum noch möglich ist. Diese Tendenz zur detaillierten Regelung trifft im Sozialrecht auf ein gegliedertes System sozialer Leistungen und Hilfen, die einer eigenen Koordinierung bedürfen.

Dieser Befund ist mit dem Konzept eines souveränen Staatsbürgers, der seine Rechte und Möglichkeiten kennt und demgemäß wahrnehmen kann, offensichtlich nur schwer vereinbar. Besondere Schwierigkeiten bestehen dann, wenn die Möglichkeiten zur eigenen Interessenwahrnehmung eingeschränkt sind. Die Folgerung daraus ist, dass Anstrengungen des Gesetzgebers und der Verwaltung nicht nur auf die materielle Ausgestaltung der Rechte älterer Menschen auszurichten sind, sondern auch und in besonderem Maße darauf, dass ältere Menschen ihre Rechte kennen lernen und ihnen bei der Durchsetzung dieser Rechte, soweit erforderlich, geholfen wird.

Dies bedeutet nicht, dass nicht auch durch die Ausgestaltung der Gesetze ein Beitrag dafür geleistet werden kann, dass der Zugang zum Recht für den Einzelnen erleichtert wird. Vor allem in diesem Kontext sind die Bemühungen zu sehen, ein Altenhilfegesetz[105] zu schaffen, in dem primär nicht neue Leistungen und Ansprüche normiert werden sollen, sondern ein System der Altenhilfe geschaffen werden soll, in dem die vielfältigen Hilfen, Dienste und Einrichtungen in einem aufeinander bezogenen, miteinander koordinierten, für den Hilfesuchenden jederzeit bedarfsgerecht abrufbaren Konzept zusammengefasst werden (Ziller 1992: 39).

8.3 Verschiedene Regelungsbereiche

8.3.1 Individuelle Ansprüche

8.3.1.1 Unterschiedliche Anspruchsinhalte: Geld- oder Sach/Dienstleistungen

Für die Rechtsanwendung ist der Unterschied zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen besonders wichtig. Den Geldleistungen kommt, was ihre Verbreitung anbelangt, die größte Bedeutung zu. Geldleistungen verschaffen dem Empfänger die Freiheit, nach eigener Präferenz die empfangenen Zahlungen verwenden zu können. Allerdings ist durch die Geldleistung nicht sichergestellt, dass der Versorgungszweck, dem die Leistung dient, auch tatsächlich erreicht wird. Das gilt jedenfalls dann, wenn die Höhe der Geldleistung nach generellen Kriterien bestimmt wird, wie dies üblicherweise der Fall ist. So kann eine Altersrente trotz einer beachtlichen Höhe im Einzelfall nicht ausreichend sein, um eine notwendig werdende Pflege zu bezahlen.

Sach- und Dienstleistungen, die man häufig auch als Naturalleistungen bezeichnet, sind demgegenüber typisch auf den Bedarf bezogen. Sie können den individuellen Bedürfnissen angepasst werden. Das gilt besonders für

[105] Ziller (1992: 42) spricht von einem „Gesetz über Hilfen für ältere Menschen".

Dienstleistungen. Das Sachleistungsprinzip spielt vor allem in der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung eine Rolle; nur ausnahmsweise kommt auch in diesen Bereichen eine Kostenerstattung in Betracht (vgl. v. Maydell 1982). Die Sachleistungen können sich den Geldleistungen annähern, wenn eine summenmäßige Begrenzung der Leistungspflicht des Leistungsträgers vorgesehen ist, wie dies z. B. bei den Festbeträgen in der Krankenversicherung und den Pflegesachleistungen der Fall ist.

Bei den Sach- und Dienstleistungen stellen sich besondere Fragen bezüglich Art und Weise der Leistungserbringung. So ist es denkbar, dass der Leistungsträger die Naturalleistungen selbst beschafft oder sie in eigener Verantwortung herstellt und die Leistung dann dem Leistungsempfänger zur Verfügung stellt. So könnte man daran denken, dass eine Krankenkasse eigene Krankenhäuser oder eine Stadt eigene Altenpflegeheime unterhält, sodass die Versicherungsleistung „Krankenhausbehandlung" oder die soziale Hilfe „Pflege" in natura durch den Leistungsträger selbst erbracht wird. Dieses Modell einer Direktleistung ist im bestehenden Sozialrecht teilweise rechtlich ausgeschlossen, teilweise ist es zwar zulässig, wird aber selten praktiziert. Regelmäßig beschafft sich der Leistungsempfänger die Leistungen von Dritten, den sog. Leistungserbringern, die die Leistung auf Kosten des Leistungsträgers dem Leistungsempfänger zur Verfügung stellen. Die Beziehungen zwischen Leistungsempfänger und Leistungserbringer und Leistungsträger sind teilweise öffentlich-rechtlich geregelt, teilweise gilt aber auch das Privatrecht (v. Maydell & Scholz 1980).

8.3.1.2 Mindestbedarf- oder Lebensstandardsicherung

Die Regelalterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland (Gesetzliche Rentenversicherung, Berufsständische Versorgungswerke, Beamtenversorgung, etc.) sind darauf ausgerichtet, den Lebensstandard nach einem vollständigen Erwerbsleben sicherzustellen. Auch wenn dieses Ziel nicht in allen Systemen ohne Hinzutreten einer Zusatzsicherung erreicht wird, so ist doch nach wie vor das gesetzliche Versorgungsziel nicht auf eine bloße Sicherstellung des Mindestbedarfs, wie er durch die subsidiär eingreifende Sozialhilfe abgedeckt wird, begrenzt. Der Lebensbedarf wird allerdings im Rahmen der Lebensstandardsicherung abstrakt/generell bestimmt; besondere, situationsbedingte Bedarfssituationen, wie etwa die Pflegebedürftigkeit, werden, sieht man einmal von der Rehabilitation ab, nicht berücksichtigt. Dies bedeutet, dass für solche Fälle Sondersysteme, wie z. B. die Pflegeversicherung, oder mangels besonderer Systeme, im Falle der Bedürftigkeit die Sozialhilfe eingreifen muss. Die Änderung dieses bestehenden Systems wird von den Kritikern des geltenden Rechts gefordert, die die staatliche Absicherung auf eine Grundsicherung, die sich letztlich am Mindestbedarf orientieren soll, beschränken und im Übrigen dem Einzelnen überlassen wollen, für den Fall des Alters privat Vorsorge zu treffen.

8.3.1.3 Anpassung der Leistungen

Auf die Altersrenten und die sonstigen Altersleistungen aus Regelsicherungssystemen bestehen Rechtsansprüche. Das gilt auch für den Anspruch auf Anpassung an die Lohn- und Gehaltsentwicklung. Die Rentenansprüche stehen zudem nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts unter dem Schutz der Eigentumsgarantie des Art. 14 GG. Dieses hohe Maß an Bestandsschutz trägt dem Umstand Rechnung, dass die Renten für die Bezieher und die zukünftigen Bezieher von existenzieller Bedeutung sind. Auf die Beständigkeit der Anwartschaften und der Leistungen muss der Einzelne sich daher verlassen können.

Gleichzeitig sind jedoch alle Sozialleistungen von den wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen abhängig. Dies bedeutet, dass ein absoluter Bestandsschutz nicht möglich ist, vielmehr bedarf jedes Alterssicherungssystem eines gewissen Maßes an Flexibilität. Dieser Konfliktsituation zwischen notwendiger Flexibilität einerseits und Vertrauensschutz andererseits, kann in gewissem Umfang dadurch Rechnung getragen werden, dass die Veränderungsfaktoren, wie etwa ein demographischer Faktor, in die Rentenformel eingebaut werden. Demgegenüber sind Ad-hoc-Eingriffe, wie sie in den Jahren 1999 und 2000 erfolgt sind, indem die Renten nur an die Steigerung der Lebenshaltungskosten angepasst wurden, nicht geeignet, das Vertrauen in die Beständigkeit der Absicherung zu stabilisieren.

8.3.2 Versorgungsstrukturen

Im Rahmen seines verfassungsmäßigen Auftrags zur Daseinsvorsorge ist der Staat verpflichtet, die rechtlichen Grundlagen und den Rahmen für eine Infrastruktur von Altenhilfeeinrichtungen zu schaffen, wobei die Aufgaben zwischen Bund und Ländern verteilt sind.

8.3.2.1 Pluralität von Trägern und Finanzierung der Altenhilfe

Die tatsächliche Situation wird dadurch gekennzeichnet, dass eine Pluralität von Trägern der Altenhilfe besteht. Zu staatlichen, vor allem kommunalen, und frei gemeinnützigen Einrichtungen treten in wachsendem Maße auch private, auf Gewinnerzielung ausgerichtete Anbieter. Das Nebeneinander der verschiedenen Einrichtungen, das durch den im Verhältnis von staatlichen zu frei gemeinnützigen Trägern geltenden Subsidiaritätsgrundsatz maßgebend bestimmt wird, begründet einen besonderen Koordinierungsbedarf, der durch die Pluralität der Kostenträger, bedingt durch das gegliederte System unserer sozialen Sicherheit, noch verstärkt wird. Eine sachgerechte Koordinierung hat aber nicht nur die Pluralität der Träger von Altenhilfeeinrichtungen und Leistungsträgern (Sozialversicherung-, Sozialhilfeträger, etc.) zu berücksichtigen, sondern auch und vor allem das durch funktionale Aspekte bedingte Zusammenspiel verschiedener Einrichtungen der Altenhilfe (soziale, pflegerische und medizinische Einrichtungen in ihren ambulanten, teilstationären und stationären Organisationsformen). Diese

Koordination könnte eine zentrale Aufgabe für ein zu schaffendes Altenhilfegesetz sein.

8.3.2.2 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Altenhilfe

Das Nebeneinander unterschiedlicher Einrichtungen der Altenhilfe und die wachsende Zahl privater Anbieter führen dazu, dass auf dem immer bedeutsamer werdenden Markt von Altenhilfeleistungen die Interessen der „Konsumenten" eine besondere Aufmerksamkeit erfordern. Immer wieder bekannt werden Missstände in Pflegeheimen (vgl. z. B. die Skandalberichte in der Münchner Tagespresse)[106]. Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle setzen die Festlegung von Qualitätsstandards und ihre Überwachung voraus. Für die Heime gibt es bereits eine Regelung in den §§ 9 ff. Heimgesetz. Die Regelungen auf Bundesebene bedürfen allerdings einer Konkretisierung auf Landes- und Kommunalebene, wo sie letztlich in der Praxis umgesetzt werden.

Bislang fehlen auch dem Heimgesetz entsprechende Regelungen für ambulante und mobile Dienste sowie die Kurzzeitpflege, die aus dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes ausgenommen sind. Insoweit besteht gesetzgeberischer Regelungsbedarf.

Die Qualitätskontrolle wird regelmäßig durch staatliche Aufsicht erfolgen, die demgemäß auf die Bereiche auszudehnen ist, für die sie bislang nicht vorgesehen ist (etwa ambulante Versorgung). Soweit Leistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips gewährt werden, wie dies etwa nach dem Pflegeversicherungsgesetz der Fall ist, kommt neben der eventuell eingreifenden staatlichen Aufsicht auch eine Qualitätskontrolle durch die Pflegekassen in Betracht. Nach dem Gesetz gibt es gewisse Überwachungsbefugnisse auch im Falle der Zahlung von Pflegegeld. Jedoch greift nach überwiegender Meinung diese Qualitätskontrolle bislang nicht hinreichend (Schulte 1999: 19, 21 ff).

Neben der Qualitätssicherung und -kontrolle durch den Staat oder/und die Leistungsträger können in diesem Bereich auch die Interessenvertretungen der älteren Menschen wichtige Funktionen wahrnehmen. Repräsentanz und Partizipation älterer Menschen sind bislang in Deutschland, verglichen mit anderen europäischen Staaten, relativ schwach entwickelt. In der Diskussion wird etwa vorgeschlagen, die älteren Menschen – neben Arbeitgebern und Arbeitnehmern – in der Selbstverwaltung der Sozialversicherungskassen zu beteiligen und die Seniorenbeiräte (bei den Kommunen) in Seniorenausschüsse mit eigener Kompetenz in der Seniorenpolitik umzuwandeln. (Schulte 1999: 28 ff. & Ziller 1992: 37)

Was die Wahrnehmung der Interessen der Bewohner von Altenheimen anbelangt, so wird ebenfalls eine Weiterentwicklung des Heimbeirates diskutiert[107] bis hin zur Bildung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft der Bewohner der dem Heimgesetz unterfallenden Einrichtungen; mit der Statuierung einer solchen Körperschaft sollen die Voraussetzungen für eine effektive Mitwirkung der Heimbewohner im Interesse einer Grundrechtssicherung und Grundrechtsentfaltung älterer und behinderter Personen verbessert werden (Giese 1996).

Ob die bislang vorliegenden Erfahrungen bereits ausreichen, eine gesetzgeberische Regelung dieses Bereichs zu entwickeln, erscheint zweifelhaft. Es liegt daher nahe, zunächst einmal mehr Erfahrungen durch gezielte Modellversuche zu gewinnen (Schulte 1999: 29), bzw. abgeschlossene und laufende Modellversuche umfassend auszuwerten. Auf dieser Grundlage könnte dann der Gesetzgeber tätig werden.

8.3.3 Betreuungsrecht

Seit dem 1. Januar 1992 gilt ein grundlegend verändertes Recht der Vormundschaft und der Pflegschaft für Volljährige. Dadurch sollte entsprechend dem Auftrag des Grundgesetzes zur Beachtung der Würde des Menschen eine angemessene Betreuung für diejenigen Personen sichergestellt werden, die ihre eigenen Angelegenheiten nicht selbst besorgen können, wobei jedoch nur soweit in die Selbstbestimmung eingegriffen werden soll, als dies unbedingt geboten ist. Das dem neuen Recht zugrunde liegende Konzept hat allerdings in der Realisierung zu beträchtlichen Schwierigkeiten geführt, die punktuell in dem Betreuungsrechtsänderungsgesetz (Konrad 1998: 373 ff) aufgegriffen worden sind, ohne dass das Betreuungsrecht inhaltlich durch dieses Gesetz fortgebildet worden wäre. Vielmehr besteht auch nach dieser – mehr technischen – Reform weitgehende Einigkeit darüber, dass das Betreuungsrecht einer Weiterentwicklung bedarf (Schulte 1999a: 6 ff.), damit die Leitgedanken der Betreuungsrechtsreform realisiert werden können. Entsprechende Forderungen sind vom Vormundschaftsgerichtstag e.V. in „Leitlinien zur rechts- und sozialpolitischen Diskussion um die Weiterentwicklung des Betreuungsrechts 1999" erhoben worden (Vormundschaftsgerichtstag 1999: 24 f.).

Neben einer Vielzahl von Vorschlägen, die etwa den Mangel an genügend qualifizierten Betreuern oder die bessere Ausstattung der Betreuungsbehörden, Betreuungsvereine und Gerichte und die Intensivierung der Koordination zwischen allen beteiligten Stellen betreffen, gibt es auch einige grundsätzliche Kritikpunkte, die ein Tätigwerden des Gesetzgebers notwendig machen. Es hat sich erwiesen, dass die primär zivilrechtliche Ausrichtung des Betreuungsrechts zu eng ist und einer sozialen Verankerung und Ergänzung bedarf, um dem sozialpflegerischen Anliegen des Betreuungsverhältnisses (§ 1901 BGB) gerecht zu werden. Personen, die aufgrund der Art und der Schwere ihrer Behinderung oder einer anhaltenden Krankheit eines zivilrechtlichen Schutzes bedürfen, benötigen bei einer regelmäßigen Betreuung zumeist auch tatsächliche (medizinische, rehabilitative, pflegerische) Hilfen, die im Rahmen des Sozialleistungsrechts zu erbringen sind (Schulte 1999b: 8 ff).

[106] Vergleiche z. B. den Bericht „Schärfere Kontrollen in Pflegeheimen", in: Süddeutsche Zeitung vom 10.3.1999: 26.

[107] Vergleiche etwa zu den Erfahrungen in Deutschland und ausgewählten anderen europäischen Ländern: Kuratorium Deutsche Altershilfe 1995.

Dies ist nur ein, allerdings grundsätzlicher Punkt, der eine Reform des Betreuungsrechts erfordert. Daneben gibt es zahlreiche einzelne Probleme, die sich aus der Handhabung des neuen Betreuungsrechts ergeben, wie z. B. bessere Möglichkeiten zur Betreuungsvermeidung, etwa durch Altersvorsorgevollmachten, oder die Probleme bei risikoreichen Behandlungsentscheidungen[108].

Es ist in Anbetracht der zahlreichen vom geltenden Betreuungsrecht nicht oder nicht befriedigend geregelten Problemen vom Vormundschaftsgerichtstag vorgeschlagen worden, ein besonderes Gesetz für das Betreuungswesen zu schaffen, in dem die sozialpolitische Dimension des Betreuungswesens zu regeln wäre. Man könnte allerdings auch daran denken, die speziellen sozialpflegerischen Aspekte des Betreuungsverhältnisses in einem umfassenden Altenhilfegesetz zu regeln. Gefordert wird auch, dass die Rechtstatsachenforschung und die sozialwissenschaftliche Forschung im angesprochenen Bereich intensiviert werden[109].

8.4 Das europäische Recht als zusätzliche rechtliche Umwelt

8.4.1 Überlagerung des nationalen durch das supranationale Recht

Das europäische Recht, verstanden als das von den Europäischen Gemeinschaften gesetzte Recht, nimmt eine eigene Stellung zwischen Völkerrecht, das grundsätzlich nur durch Transformation innerstaatlich verbindlich wird, und dem nationalen Recht ein. Das supranationale Recht wirkt unmittelbar, ohne dass es einer Umsetzung durch den nationalen Gesetzgeber bedarf, und hat grundsätzlich Vorrang vor dem nationalen Recht.

Es handelt sich somit um eine eigenständige, das nationale Recht ergänzende und überlagernde Rechtsmaterie, das sich dem einzelnen Bürger nicht ohne weiteres erschließt. Das liegt auch daran, dass der europäische Gesetzgeber eine für das deutsche Rechtsverständnis fremde Rechtssystematik und Rechtssprache verwendet. Das zeigt sich u.a. an den Rechtsquellen, die durchaus eigenständig sind. Die Gemeinschaftsverträge nehmen jedenfalls partiell die Funktion einer Verfassung wahr. Das wichtigste rechtssetzende Instrument ist die EG-Verordnung, die mit einem deutschen Gesetz verglichen werden kann, während die EG-Richtlinien, die vor allem zur Harmonisierung verwendet werden, ein besonderes Rechtssetzungsinstrument darstellen, weil sie gegenüber den Staaten nur hinsichtlich der Zielsetzung, nicht aber hinsichtlich des Umsetzungsweges verbindlich sind.

Das EG-Recht hat unterschiedliche Bedeutung für die einzelnen gesellschaftlichen Bereiche. Handel, Wirtschaft, insbesondere Wettbewerb, Landwirtschaft sind Bereiche, in denen das europäische das nationale Recht bereits weitgehend verdrängt hat. Das gilt neuerdings auch für die Währung mit sicherlich sehr weit reichenden Folgen, insbesondere auch für jeden einzelnen Bürger (v. Maydell 1998: 391 ff). Andere Sektoren, wie etwa die Sozialpolitik und die Finanzpolitik, sind bislang dagegen überwiegend Domäne der Mitgliedstaaten geblieben.

Allerdings ist die soziale Dimension der EG in den vergangenen Jahrzehnten ständig ausgebaut worden, sodass man heute bereits von einem europäischen Sozialrecht sprechen kann. Elemente dieses europäischen Sozialrechts sind:

- die Grundfreiheiten des Vertrages, wie vor allem die Freizügigkeit, die auch Auswirkungen auf Sozialpolitik und Sozialrecht haben;
- Grundrechte im EG-Vertrag, wie die Lohngleichheit von Mann und Frau, aus denen der EG-Gerichtshof weitgehende Folgerungen gezogen hat, wie etwa das Verbot einer mittelbaren Diskriminierung;
- Verordnungen über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer (insbesondere EG VO 1408/71), durch die die Freizügigkeit sozialrechtlich abgesichert werden soll und durch die ein umfassendes System von Koordinierungsregeln hinsichtlich der nationalen Sozialleistungssysteme geschaffen wurde[110];
- verschiedene im Vertrag eingeräumte Kompetenzen für die Entwicklung von sozialpolitischen Initiativen der EG, die zur Grundlage für eine Konvergenzpolitik in der Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme der Mitgliedstaaten wurden.

Was die weiteren Entwicklungstendenzen des Europäischen Sozialrechts anlangt, so lässt sich Folgendes sagen. Es spricht manches dafür, dass in Zukunft die soziale Dimension der EG weiter ausgebaut werden wird. Nur auf diesem Wege lässt sich die Freizügigkeit umfassend realisieren. Auch sind soziale Schutzvorschriften notwendig, um strukturelle Veränderungen auf den Märkten abzufedern. Schließlich kann nur durch eine Verstärkung der sozialpolitischen Aktivitäten eine langsame Angleichung der Lebensverhältnisse in der Gemeinschaft erfolgen. Dabei ist allerdings nicht zu erwarten, dass in absehbarer Zeit eine Harmonisierung des Sozialrechts im Sinne einer umfassenden Angleichung erfolgen wird. Eine Angleichung kommt allenfalls in einzelnen Punkten in Betracht. Im Übrigen wird es vor allem darum gehen, die Koordinierung der Sozialsysteme zu verbessern, soziale Schutzstandards zu schaffen und eine integrative europäische Sozialpolitik aufzubauen und zu verstärken.

8.4.2 Verunsicherung durch das europäische Recht

Trotz der offensichtlichen wirtschaftlichen Vorteilen und der zusätzlichen individuellen Freiräumen für die einzelnen Bürger wird die Europäische Union von vielen Menschen als Bedrohung, als Fremdbestimmung aus Brüssel

[108] Siehe dazu die Stellungnahme des Vormundschaftsgerichtstages unter Ziff. 10.

[109] Vormundschaftsgerichtstag unter Ziff. 11.

[110] Zur Durchführung dieser Verordnung in Deutschland vgl. Schulte & Barwig 1999.

durch die „europäischen Technokraten" empfunden. Dazu mag beitragen, dass die politischen Entscheidungsprozesse und das europäische Recht, also das Ergebnis der Entscheidungsprozesse, schwer verständlich und wenig transparent sind. Das kann sich auf ältere Menschen in besonderem Maße auswirken: es erhöht ihre Schwierigkeiten, mit dem Rechtssystem zurechtzukommen, schafft Orientierungsprobleme und gibt Anlass zu Misstrauen. Die Folgerung kann nur die Forderung an die Politik sein, noch intensiver als bisher die europäische Politik und das europäische Recht in seinen Grundzügen verständlich zu machen und dadurch Misstrauen abzubauen.

Gleichzeitig erhalten kommunale und regionale Institutionen, die ortsnah die Betreuung älterer Menschen wahrnehmen, eine zusätzliche Bedeutung. Durch solche Ansprechmöglichkeiten kann der durch ein fremdes Rechtssystem entstehenden Entfremdung entgegengewirkt werden.

8.4.3 Ältere Menschen als Gegenstand multilateraler Zusammenarbeit

Auf internationaler Ebene (UNO, IAO, Europarat, OECD) gibt es keine eigene Altenpolitik im engeren Sinne, wohl aber zahlreiche internationale Rechtsdokumente und Studien zur Sozialpolitik unter Einbeziehung von Fragen des Alters. Hinzuweisen ist etwa auf die Dokumente des Weltsozialgipfels der Vereinten Nationen vom März 1995 in Kopenhagen (Schulte 1996: Anhang 1) oder verschiedene Empfehlungen des Europarates (Schulte 1996: 31 ff.). Weitergehend gibt es auch Standards des Europarats (so die Europäische Ordnung der sozialen Sicherheit und die Europäische Sozialcharta) und Übereinkommen der IAO (etwa das Übereinkommen der IAO Nr. 102 über die Mindestnormen der sozialen Sicherheit). Alle diese Dokumente und internationalen Instrumente entfalten per se keine unmittelbare innerstaatliche Rechtswirkung, sie können aber völkerrechtliche Verpflichtungen des Staates begründen, die eigene Rechtsordnung entsprechend auszugestalten. Auch soweit dies nicht der Fall ist, prägen diese Dokumente die internationale Diskussion und können die nationale Politik beeinflussen[111].

Im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft findet sich – wesentlich verdichtet – eine Vielzahl von Deklarationen, Empfehlungen und Programmen, die sich mit Fragen des Alters und der Altenpolitik befassen. Betrachtet man diese Aktivitäten im Einzelnen, so kann man schon von einer entstehenden europäischen Altenpolitik sprechen, zumindest aber von einer Altenpolitik in Europa, die von weitgehend ähnlichen Rahmenbedingungen und gemeinsamen Zielen ausgeht. Es kann hier nur ganz kursorisch auf einige dieser „gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben für eine Politik zu Gunsten alter Menschen" (vgl. umfassend dazu Schulte 1996: 32 ff.) hingewiesen werden:

- In der Gemeinschaftscharta sozialer Grundrechte der Arbeitnehmer vom 9.12.1989, auf die sich die Mitgliedstaaten der EG verpflichtet haben, heißt es in den Ziffern 24 und 25:

  „Entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten der einzelnen Staaten,

  24: muss jeder Arbeitnehmer in der Europäischen Gemeinschaft, wenn er in den Ruhestand geht, über Mittel verfügen können, die ihm einen angemessenen Lebensstandard sichern;

  25: muss jeder, der das Rentenalter erreicht hat, aber keinen Rentenanspruch besitzt, oder über keine sonstigen ausreichenden Unterhaltsmittel verfügt, ausreichend Zuwendungen, Sozialhilfeleistungen und Sachleistungen bei Krankheit erhalten können, die seinen spezifischen Bedürfnissen angemessen sind".

- In der Empfehlung des Rates vom 27. Juli 1992 über die Annäherung der Ziele und Politiken im Bereich des sozialen Schutzes[112], die an eine Empfehlung des Rates vom 24. Juni 1992 über gemeinsame Kriterien für ausreichende Zuwendungen und Leistungen im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherung[113] anknüpft, werden u. a. angesprochen: die Garantie eines sozialen Mindesteinkommens, geeignete Maßnahmen, „um den spezifischen Bedürfnissen älterer Bürger Rechnung zu tragen, wenn diese von der Pflege und den Diensten anderer abhängig sind", „gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der sozialen Ausgrenzung älterer Personen".

- Diese Empfehlungen sind durch eine Grundsatzerklärung des Rates der Europäischen Union und der im Rat vereinigten Minister für Sozialfragen vom 6. Dezember 1993 anlässlich des Abschlusses des Europäischen Jahres für ältere Menschen und der Solidargemeinschaft der Generationen bekräftigt und präzisiert worden (Schulte 1996: Anhang 3). In dieser Grundsatzerklärung werden detailliert Fragen der Einkommenssicherung, der Wohnungspolitik, der Pflege- und Hilfsdienste, der Berufstätigkeit älterer Arbeitnehmer und der Miteinbeziehung der älteren Menschen in das gesellschaftliche Leben angesprochen.

- In Zusammenhang mit der Vorbereitung des Europäischen Jahres der älteren Menschen gab es eine Reihe von Programmen und Aktionen, die vor allem dem Informations- und Erfahrungsaustausch dienten (Schulte 1996: 56), wie etwa das EG-Observatorium der Seniorenpolitik (Schulte 1996: 51).

Auch wenn diese verschiedenen Aktivitäten der EG, von denen nur eine Auswahl hier erwähnt worden ist, noch nicht als eine eigenständige europäische Altenpolitik gewertet werden können, zumal sie nicht zu unmittelbaren Rechtssetzungsakten geführt haben, so muss man doch sehen, dass eine neue supranationale Ebene der sozialpolitischen Diskussion entstanden ist, die neben die lokale, regionale und nationale Ebene getreten ist und die auf

[111] Zu den internationalen Regelungen vgl. v. Maydell & Nußberger 1996)

[112] Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft 1992 Nr. L 245/49 v. 26. August 1992.

[113] Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaft 1992 Nr. L 245/46 v. 26. August 1992.

längere Sicht – auch bei Aufrechterhaltung der nationalen sozialen Sicherungssysteme – zu gemeinschaftsrechtlichen Konsequenzen führen kann[114]. Es besteht daher ein originäres Interesse der sozialpolitischen Akteure, ihre Belange in die europäische Diskussion einzubringen, insbesondere dann, wenn das eigene System, wie das in Deutschland der Fall ist, Besonderheiten aufweist, wie etwa die bedeutsame Mitwirkung der freigemeinnützigen Träger in der Sozialarbeit in Deutschland, Besonderheiten, die in den meisten anderen europäischen Staaten in dieser Form nicht bekannt sind (vgl. Schulte 1996: 50 f., M. w. Nachw.).

8.4.4 Rechtsvergleich als Element einer modernen Altenpolitik

Die Rahmenbedingungen für eine Alterssicherungs- und Altenhilfepolitik sind in den europäischen Industriestaaten, aber auch in anderen Teilen der Welt, wie z. B. Japan, sehr ähnlich. Das gilt vor allem für die Alterung der Bevölkerung. Dies bedeutet, dass sich alle diese Staaten mit Fragen der Versorgung und Betreuung von alten und sehr alten Menschen befassen müssen. Es liegt daher nahe, von sozialpolitischen Überlegungen und Erfahrungen in anderen Staaten Kenntnis zu nehmen und zu prüfen, inwieweit im Ausland erprobte Modelle auch für das eigene Land von Interesse sein können. Vergleichende Studien (vgl. z. B. May 1993) haben gezeigt, dass in Bereichen, in denen in Deutschland Defizite bestehen, wie bei betreutem Wohnen oder der Mitwirkung und Mitbestimmung älterer Menschen in ihren Einrichtungen in anderen Staaten durchaus interessante Erfahrungen gemacht worden sind, so etwa in den Niederlanden, Dänemark, Italien, etc.

Rechtsvergleichung ist im Bereich der Sozialpolitik bislang noch nicht auf breiter Ebene betrieben worden. Dennoch gibt es einzelne Initiativen, wie etwa in Zusammenarbeit zwischen Deutschland und den Niederlanden und weitere Aktivitäten im Rahmen der Europäischen Union[115], die die Fruchtbarkeit dieses Ansatzes belegen. Eine Intensivierung dieser Bemühungen in der Zukunft erscheint sinnvoll im Interesse der Bereicherung der nationalen Sozialpolitik, sie liegt aber auch auf der Linie einer Konvergenzpolitik, wie sie von der Europäischen Gemeinschaft angestrebt wird.

8.4.5 Freizügigkeit innerhalb der Gemeinschaft und Export von Sozialleistungen[116]

Zu den Grundlagen der Europäischen Union, wie sie aus der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft hervorgegangen ist, gehören die Grundfreiheiten des Gemeinsamen Marktes, so u.a. die Freizügigkeit der Arbeitnehmer und die Niederlassungsfreiheit der Selbstständigen sowie die Dienstleistungsfreiheit. Der am 1. November 1993 in Kraft getretene Vertrag über die Europäische Union hat durch den in den EG-Vertrag eingefügten Artikel 8a EGV (jetzt Art. 18 EGV) die Freizügigkeit zum Bestandteil der Unionsbürgerschaft gemacht, allerdings vorbehaltlich der im Sekundärrecht festzulegenden Bedingungen. Dennoch gelten nach wie vor für verschiedene Personengruppen unterschiedliche Detailregelungen. Im Jahr 1990 ist das Recht auf Freizügigkeit über den Kreis der Erwerbstätigen hinaus auf andere Gruppen ausgedehnt worden. So sind die Mitgliedstaaten nach mehreren Richtlinien seit dem 1. Juli 1992 verpflichtet, Rentner, Studenten und sonstige Nicht-Erwerbstätige, soweit sie die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Union besitzen, sowie ihren Familienangehörigen (Ehegatten und Verwandte in ab- und aufsteigender Linie, soweit ihnen Unterhalt gewährt wird, bei Studenten nur Ehegatten und unterhaltsberechtigten Kindern), das Aufenthaltsrecht zu gewähren, wenn diese Personen nachweisen (bei Studenten glaubhaft machen), dass sie über ausreichende Existenzmittel verfügen, sodass sie nicht auf Leistungen der Sozialhilfe zurückgreifen müssen; außerdem muss im Heimatstaat ein Krankenversicherungsschutz bestehen, der auch im Aufenthaltsstaat einen hinreichenden Schutz gewährt.

Für die Arbeitnehmer schafft Art. 39 EGV ein nicht so eingegrenztes Recht auf Freizügigkeit; alle auf der Staatsangehörigkeit beruhenden Ungleichbehandlungen der Arbeitnehmer der Mitgliedstaaten in Bezug auf Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen sind nach dieser Vorschrift unzulässig. Damit wird das Verbot der Diskriminierung nach der Staatsangehörigkeit des Art. 12 EGV konkretisiert.

Zur rechtlichen Stellung der Wanderarbeitnehmer bestimmt Art. 7 VO (EWG) Nr. 1612/68 über die Freizügigkeit der Arbeitnehmer: Ein Arbeitnehmer, der Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist, darf im Hoheitsgebiet der anderen Mitgliedstaaten hinsichtlich der Beschäftigungs- und Arbeitsbedingungen nicht anders behandelt werden als die inländischen Arbeitnehmer. Außerdem genießt er die gleichen sozialen und steuerlichen Vergünstigungen, wobei der Europäische Gerichtshof diesen Begriff weit auslegt[117]. Darunter fallen insbesondere auch soziale Leistungen an ehemalige Wanderarbeitnehmer, wie z. B. Sozialhilfeleistungen, die nicht von der VO 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer erfasst werden.

Die VO 1408/71 erfasst die Bereiche der sozialen Sicherheit, insbesondere also Leistungen bei Krankheit, Mutterschaft, Invalidität, Alter, Arbeitsunfall und Berufskrankheiten, Arbeitslosigkeit, Tod sowie Familienleistungen. Durch diese Verordnung ist ein Koordinierungssystem geschaffen worden, welches die zu Erwerbszwecken in den Mitgliedstaaten ein- und auswandernden Arbeitnehmer und Selbstständige so stellt, dass sie in ihrer sozialen Sicherheit durch die Wanderung keine Nachteile erleiden. Neben der Zusammenrechnung der Versicherungszeiten, der Möglichkeit der Leistungsinanspruchnahme außerhalb des Heimatstaats und weiteren Einzelfragen stellt die VO auch sicher, dass Ansprüche auf Rentenleistungen,

[114] Auf die schon bestehende europäische Rechtssetzung mit Bezug auf die alten Menschen wird nachfolgend unter 8.3.5 noch eingegangen.

[115] Zu solchen Kooperationen vgl. Schulte 1999: 19 ff)

[116] Schulte 1996: 39 ff.

[117] EuGHE 1979, 2019.

die in einem Mitgliedstaat erworben worden sind, auch in jedem anderen Mitgliedstaat erfüllt werden müssen.[118] Durch die Ermöglichung dieses Leistungsexports wird die wirtschaftliche Grundlage dafür geschaffen, dass ältere Menschen von der ihnen – unter Einschränkung – eingeräumten Freizügigkeit tatsächlich Gebrauch machen können. Welche Sozialleistungen exportpflichtig sind, ist immer wieder streitig gewesen. Zuletzt hat der EuGH das Pflegegeld aus der Pflegeversicherung als exportierbar erklärt, und zwar entgegen der innerstaatlichen deutschen Gesetzesregelung[119]. Diese Koordinierungsregeln über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer und der Selbstständigen sind nicht nur für ältere Deutsche, die ihren Lebensabend in einem anderen Mitgliedstaat der EU verleben wollen, sondern auch für die ehemaligen Wanderarbeitnehmer bedeutsam, die in ihrem Aufnahmeland, z. B. in Deutschland bleiben wollen.[120]

Insgesamt zeigen diese Hinweise zum Recht auf Freizügigkeit in der EU, wie auch für ältere Menschen neue Freiräume und Wahlmöglichkeiten geschaffen worden sind. Voraussetzung dafür, dass von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden kann, ist allerdings, dass die älteren Menschen besser als bisher darüber informiert werden.

8.4.6 Europäischer Markt für Gesundheitsleistungen

Soziale Sicherheit wird mittelbar auch durch andere Grundfreiheiten (neben der Freizügigkeit) tangiert. Warenverkehrsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, lassen sich nicht einengen. Sie haben Auswirkungen auch auf den Sozialleistungsbereich, wie der EuGH in mehreren Entscheidungen deutlich gemacht hat (vgl. v. Maydell 1999: 3 ff.). Es stellt sich hier eine Vielzahl von Fragen, die nur zum Teil aufgrund der bisherigen Rechtsprechung des EuGH als geklärt angesehen werden können. Zu dieser Klarstellung gehört, dass das EG-Wettbewerbsrecht nicht notwendig auf private Mitbewerber beschränkt ist. Unternehmen i. S. des Wettbewerbsrechts können auch Sozialleistungsträger oder Organisationen und Vereine der Freien Wohlfahrtspflege sein, wenn sie im Wettbewerb auftreten (vgl. Schulte 1999c: 269 ff). Nationalstaatliche Regelungen, die nach dem sog. Territorialitätsprinzip Leistungsverpflichtungen der Sozialversicherungsträger auf das Inland beschränken, können gegen die Warenverkehrs- und die Dienstleistungsfreiheit verstoßen, wenn nicht eine besondere Rechtfertigung für die Beschränkung vorliegt (vgl. auch Eichenhofer 1999: 101 ff.).

Diese zunächst vor allem in Deutschland sehr kritisch beurteilte Entwicklung, von der eine Gefährdung des bestehenden Sozialleistungssystems befürchtet wird, öffnet gleichzeitig durchaus neue Freiheits- und Gestaltungsräume, und zwar für die Sozialversicherungsträger, die in Zukunft stärker als bisher Leistungserbringer im Ausland einschalten können, weil sie vielleicht billiger sind; Freiräume aber auch für die einzelnen Bürger, die – etwa in Grenzregionen – z. B. Gesundheitsleistungen im Ausland in Anspruch nehmen. Auch dieser Aspekt zeigt, in wie starkem Maße das europäische Recht als neue Dimension in die Überlegungen mit einbezogen werden muss, wobei es sich bei den erwähnten Regelungen nur um Beispiele handelt, die noch ergänzt werden könnten.

Damit soll verdeutlicht werden, dass es tatsächlich für die Menschen, auch für die älteren Menschen, eine sich entwickelnde neue rechtliche Umwelt gibt, die das nationale Recht überlagert, teilweise verdrängt und ergänzt. Dieser irritierende Prozess ist sicherlich geeignet, zusätzliche Unsicherheit zu schaffen; er begründet aber auch neue Gestaltungsmöglichkeiten und Wahlfreiheiten, die es deutlich zu machen und zu nutzen gilt.

8.5 Fazit

Dieses Kapitel befasst sich mit den rechtlichen Normen, die die Lebensbedingungen der alten Menschen mitbestimmen. Im Zuge einer fortschreitenden Verrechtlichung kommt der „rechtlichen Umwelt" eine wachsende Bedeutung zu. Zu dieser rechtlichen Umwelt gehören die individuellen Ansprüche des Einzelnen, aber auch die Rechtsordnung insgesamt, die unter anderem die im Rahmen der Daseinsvorsorge vorgehaltenen Versorgungsstrukturen für ältere Menschen umfasst. Die Rechtsvorschriften, die speziell für ältere Menschen bedeutsam werden könnten, konnten in diesem Kapitel naturgemäß nicht, was ihren Inhalt anbelangt, dargestellt werden. Vielmehr ging es speziell um die Fragen, die sich beim Umgang älterer Menschen mit der Rechtsordnung stellen.

Das Verhältnis von älteren Menschen zur rechtlichen Umwelt ist als ambivalent zu kennzeichnen. Einerseits stellt die Rechtsordnung die individuellen Berechtigungen und die Versorgungsinfrastuktur zur Verfügung, die der ältere Mensch benötigt, um am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können. Recht ist insoweit eine wichtige Lebensgrundlage. Andererseits ist die komplexe, sich ständig verändernde und schwer verständliche Rechtsordnung gleichzeitig ein Anlass für Irritationen und Verunsicherungen.

Die Ambivalenz zeigt sich auch bei dem sich schnell entwickelnden europäischen Recht, das die deutsche Rechtsordnung überlagert und partiell verdrängt. Einerseits schafft das europäische Recht – abgesehen von den Impulsen für eine moderne Altenpolitik, die von der Europäischen Union ausgehend – neue Freiräume, etwa durch die Freizügigkeit innerhalb der Gemeinschaft, und zusätzliche Möglichkeiten bei der Gestaltung eines altersgerechten Lebens. Andererseits ist das europäische Recht in Deutschland eine noch weitgehend unbekannte Materie, deren Zusammenwirken mit dem deutschen Recht und deren Auswirkungen auf den einzelnen Menschen undeutlich und daher eine Quelle zusätzlicher Verunsicherung sind.

[118] Dieser Rentenexport ist auch vom Volumen her ein durchaus beachtlicher Faktor; so wurden 1997 von den insgesamt ca. 20,5 Mio. Renten fast 1 Million von den Rentenversicherungsträgern ins Ausland gezahlt (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998: 317).

[119] Urt. v. 5.3.1998 (Molenaar) – Rs. C-160/96, EuGHE 1998, I-443.

[120] Zu der Situation der Migranten, insbesondere der aus sog. Drittstaaten kommenden, vgl. v. Maydell & Schulte 1995, insbes. S. 105 ff.

Der ältere Mensch kann die Möglichkeiten, die ihm die Rechtsordnung einräumt, nur dann wahrnehmen, wenn er seine Rechte kennt. Dazu bedarf er der Hilfe. Daraus ergeben sich Folgerungen für den Ausbau der Institutionen, die Informationen, Auskunft und Beratung für ältere Menschen zur Verfügung stellen. Darüber hinaus kommt der Weiterentwicklung des Betreuungsrechts – auch in diesem Zusammenhang – eine zentrale Bedeutung zu.

9. Empfehlungen

Im vorliegenden Kommissionsbericht wurden Perspektiven einer Politik für ältere Menschen im Kontext individueller und gesellschaftlicher Ressourcen erarbeitet. Es wurde gezeigt, dass ältere Menschen über Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines unabhängigen und aktiven Lebens verfügen und dass sie durch die Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen in ihrer Unabhängigkeit und Aktivität unterstützt werden können. Es wurde weiterhin dargestellt, in welcher Hinsicht ältere Menschen durch ihre Ressourcen einen produktiven Beitrag für die Gesellschaft leisten können.

Die Existenz individueller Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines unabhängigen und aktiven Lebens im Alter wurde in den Kapiteln des Kommissionsberichtes anhand von empirischen Befunden belegt, die darauf hindeuten, dass Selbstständigkeit, Lebenszufriedenheit, soziale Integration, materielle Sicherung und zufrieden stellende Wohnbedingungen beim deutlich grösseren Teil der älteren Bevölkerung zentrale Merkmale der Lebensstile und Lebenslagen bilden. Allerdings wurde auch hervorgehoben, dass die im Grunde positiv zu bewertende Lebenssituation im Alter nicht darüber hinwegtäuschen darf, dass es nicht wenige ältere Menschen gibt, bei denen die Lebenslage von Einschränkungen bestimmt ist. Diese Menschen sind auf vermehrte Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen angewiesen, damit ein unabhängiges und aktives Leben im Alter gelingen kann. Die Risiken in Bezug auf körperliche und seelische Gesundheit sowie objektiv gegebene und subjektiv erlebte soziale Integration nehmen vor allem im sehr hohen Alter (im so genannten „vierten Lebensalter") erkennbar zu, woraus sich eine besondere Verantwortung der Gesellschaft für das (hohe) Alter ableiten lässt. Diese Verantwortung ergibt sich vor allem im Hinblick auf die altenfreundliche Gestaltung der räumlichen, sozialen und infrastrukturellen Umwelt, die medizinisch-rehabilitative und pflegerische Versorgung und die materielle Sicherung. Die Kommission hat an vielen Stellen des Berichts hervorgehoben, wo sie besondere Verantwortungsbereiche der Gesellschaft sieht. Sie hat gleichzeitig deutlich gemacht, wo sie Lücken und Mängel in der Bereitstellung gesellschaftlicher Ressourcen sieht und wie diese behoben werden könnten.

In den Kapiteln des Kommissionsberichts wurde aber auch die Existenz von individuellen Ressourcen zur Aufrechterhaltung eines unabhängigen und aktiven Lebens im Alter belegt und aufgezeigt, dass diese Ressourcen in vielerlei Hinsicht den sozialen Netzwerken älterer Menschen sowie der Gesellschaft zugute kommen oder zugute kommen könnten, wenn sie erkannt und genutzt würden. Vor allem in den Familienbeziehungen, aber auch in den nachbarschaftlichen Beziehungen leisten ältere Menschen Hilfe. Im Hinblick auf die gesellschaftliche Nutzung der Ressourcen des Alters ist festzustellen, dass diese vielfach nicht erkannt und genutzt werden. Diese Aussage gilt zum einen für die Arbeitswelt, in der die Tendenz zur Frühausgliederung älterer Beschäftigter besteht – dadurch bleiben berufs- und betriebsbezogene Erfahrungen ungenutzt. Diese Aussage gilt zum anderen für den Bereich des nachberuflichen Engagements. Dieses Engagement wird in unserer Gesellschaft noch nicht ausreichend als produktiver Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen interpretiert; darüber hinaus fehlt in vielen Fällen die für die Umsetzung dieses Engagements notwendige Infrastruktur.

Die nachfolgend aufgeführten Empfehlungen knüpfen an jene Aussagen der einzelnen Kapitel des Kommissionsberichtes an, die sich zum einen auf die Notwendigkeit der Bereitstellung von gesellschaftlichen Ressourcen zur Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines unabhängigen und aktiven Lebens im Alter, zum Erhalt von Lebensqualität und der Bewahrung menschlicher Würde, zum anderen auf die Schaffung von Rahmenbedingungen zur vermehrten Umsetzung der gesellschaftlichen Ressourcen älterer Menschen beziehen. Da sich die beiden ersten Kapitel des Berichtes eher mit grundsätzlichen Überlegungen zum Thema „Alter und Gesellschaft" beschäftigen, wurden aus diesen keine Empfehlungen abgeleitet.

Empfehlungen zum Kapitel „Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource"

Medizinische Versorgung

1. Prävention, Kuration und Rehabilitation müssen gleichberechtigte und sich ergänzende Leistungen des Gesundheitssystems werden. Derzeit werden die Leistungen Kuration, Rehabilitation und Prävention inhaltlich – vom Angebot der verschiedenen Leistungsträger her – in verschiedenen Institutionen angeboten. Die Finanzierung erfolgt aus voneinander unabhängigen und teilweise sogar miteinander konkurrierenden Budgets, wobei Prävention und Rehabilitation derzeit nicht zur Regelleistung gehören. Diese Situation steht einer bedarfsgerechten Versorgung älterer Menschen entgegen.

2. Die Kommission spricht sich für eine Intensivierung der Prävention und Gesundheitsförderung im Alter aus. Vorliegende wissenschaftliche Erkenntnisse über die positiven Wirkungen von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Alter werden bislang nicht umgesetzt. Viele der im Alter vorkommenden und dann oft mit hohen Kosten zu behandelnden Krankheiten könnten durch derartige Maßnahmen jedoch vermieden, zumindest aber verzögert werden. In anderen Ländern mit Erfolg angewendete Verfahren, wie beispielsweise der präventive Hausbesuch und die Durchführung eines geriatrischen Basisassessments, werden hier zu Lande noch viel zu selten genutzt.

3. Die Kommission empfiehlt den Ausbau der geriatrischen Rehabilitation. In einigen Bundesländern erfolgt die geriatrische Medizin in so genannten § 111 SGB V-Klinken, in anderen Bundesländern gehört sie zur Grundversorgung (§ 108, Nr. 3 i. V. m. § 109 SGB V). Der geriatrische Patient, der in eine Klinik des Typs § 111 SGB V eingewiesen wird, hat in der Regel erschwerte Zugangsvoraussetzungen und wird durchschnittlich drei Wochen später in die Geriatrie zur gezielten Rehabilitation überwiesen. Diese Zugangsbarrieren abzubauen ist eine wichtige Aufgabe der Zukunft. Darüber hinaus ist es unumgänglich, die geriatrische Rehabilitation auszubauen. Dabei sollten die durch den Abbau von Akutkrankenhausbetten frei werdenden Ressourcen zum Ausbau der stationären, teilstationären und ambulanten geriatrischen Rehabilitation genutzt werden. Außerdem ist das Angebot an geriatrischen Tageskliniken und ambulanter Geriatrie zu erweitern.

4. Neue technologische Möglichkeiten und Medien sollten für die Gesundheitserhaltung und -sicherung im Alter stärker genutzt werden. Neue Technologien bieten zahlreiche Möglichkeiten, eingetretene Kompetenzverluste zu kompensieren, soziale Isolation zu überwinden und kürzere Kommunikationswege zwischen professionellen Helfern und älteren Menschen zu schaffen. Sie bieten darüber hinaus Chancen für eine frühzeitige Diagnostik, angemessene Therapie und kontinuierliche Schulung von Patienten. Diesbezüglich besteht allerdings noch ausgeprägter Forschungsbedarf.

Spezielle Anforderung an die Versorgung psychisch Kranker

5. Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen ist als Bestandteil und Aufgabe der allgemeinpsychiatrischen Versorgung zu betrachten. Zugleich bedarf es spezifischer gerontopsychiatrischer Einrichtungen und Betreuungsangebote, um Fachkompetenz im Hinblick auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation sicher zu stellen. Neben dieser fachspezifischen Aufgabe – Gerontopsychiatrie – ist in der primärärztlichen Versorgung die gerontopsychiatrische Kompetenz zu stärken. Gleichzeitig ist die konsiliarische Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie und Nervenheilkunde (mit Expertise in Gerontopsychiatrie) und Neurologen zu fördern.

6. Bei der regionalen psychiatrischen Versorgungsplanung für den teilstationären und stationären Versorgungsbereich sind hinsichtlich der Festlegung der Platz-/Bettenmessziffern die Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (1988) und der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (1997) zu berücksichtigen.

7. Es ist auf ein ausreichendes Angebot mit einem abgestuften Versorgungskonzept mit stationären, teilstationären (Tageskliniken) und ambulanten (Tagesstätten, Beratungsstellen) Angeboten zu dringen. Gerade die Tagesstätten zur Betreuung von vor allem demenzkranken Menschen sind eine sinnvolle und notwendige Ergänzung in der ambulanten Betreuung der chronisch psychisch kranken Menschen.

8. Es darf nicht alleine wegen des fortgeschrittenen Lebensalters bei den älteren Menschen die Indikation zur Fachpsychotherapie in Zweifel gezogen werden. Ein Ausschluss älterer Menschen von dieser Behandlung wäre angesichts der nachgewiesenen Erfolge der Fachpsychotherapie auch im höheren und hohen Lebensalter nicht zu rechtfertigen.

9. Es sollte noch mehr Wert auf die Verknüpfung der geriatrischen Schwerpunkte mit gerontopsychosomatischer, alterspsychotherapeutischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz gelegt werden. Diese Verknüpfung kann innerhalb einer Einrichtung durch einen Konsiliardienst (der Konsiliarius kommt an das Bett eines Patienten in der somatischen Fachabteilung) geleistet werden. Dabei sollte dieser geriatrische Schwerpunkt für konsiliarische Leistungen aus dem Bereich der psychotherapeutischen Medizin und der Gerontopsychiatrie in der Vergütungsstruktur berücksichtigt werden.

Betreuung älterer Menschen mit geistiger Behinderung

10. Die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz ist für Menschen mit Behinderungen nicht auf ein bestimmtes Lebensalter begrenzt. Sie muss in allen Lebensphasen zur Anwendung kommen, wenn sie der Erhaltung und Förderung von Kompetenzen und somit dem Grundzweck und -ziel der Eingliederungshilfe dient. Tendenzen der Praxis, die Gewährung von Eingliederungshilfen an die Altersgrenze für Berufstätigkeit zu binden, muss entschieden entgegen getreten werden. Die Eingliederungshilfeverordnung nach § 47 BSHG muss im Abschnitt II, Maßnahmen der Eingliederungshilfe, dahin gehend modifiziert werden, dass die Formen der Hilfen nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben präzisiert werden, die erforderlich sind, um dem Menschen mit Behinderung die für ihn erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft in seinem bisherigen Bezugsfeld zu ermöglichen.

11. Bei der Betreuung und Versorgung älterer Menschen mit Behinderung ist auf speziell geeignete Wohnformen zu achten, durch die die Förderung

und Betreuung sowie – wenn nötig – die Pflege behinderter Menschen erleichtert wird. Einrichtungen der Altenhilfe sind nur bedingt für die Förderung, Betreuung und Pflege behinderter Menschen geeignet. Aus diesem Grund ist der Umzug in eine stationäre Einrichtung der Altenhilfe als „generelle Strategie" abzulehnen. Vielmehr ist – in Abhängigkeit von den bestehenden Bedürfnissen, Kompetenzen und Einbußen eines behinderten Menschen sowie von der örtlich gegebenen Infrastruktur – zu entscheiden, welche Wohnform gewählt wird. Dabei darf diese Entscheidung nicht ohne den behinderten Menschen selbst und seine Betreuungspersonen getroffen werden. Darüber hinaus ist bei dieser Entscheidung zu beachten, dass Beziehungen zur Tagesstätte erhalten bleiben. Grundsätzlich gilt für behinderte Menschen die Forderung nach dem Erhalt der Selbstständigkeit in der gewohnten Umgebung.

12. Bei der Betreuung und Versorgung älterer Menschen mit Behinderung ist darauf zu achten, dass kompetentes Fachpersonal aus verschiedenen Disziplinen zur Verfügung steht und eine disziplinenübergreifende Zusammenarbeit möglich ist. Die mit dem Alternsprozess einhergehenden Einschränkungen und Risiken erfordern neben der pädagogischen Förderung auch pflegerische Unterstützung. Durch Betreuungspersonen mit pflegerischer Ausbildung und/oder gerontologischer Weiterbildung können Menschen mit Behinderungen geeignete Maßnahmen der Kompetenzförderung und -erhaltung angeboten und so die subjektive Lebensqualität erhöht und die Pflegephase verkürzt werden. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass das Demenzrisiko bei Personen mit Down-Syndrom erkennbar erhöht ist, woraus sich besondere Anforderungen ergeben.

13. Die Förderung und Betreuung älterer Menschen mit Behinderung sollte sich nicht allein auf stationäre Angebote beschränken. Vielmehr sollten in Zukunft auch entsprechende ambulante Angebote vorgehalten werden. Durch diese kann die mit dem Ausscheiden aus der Behindertenwerkstatt verbundene Einengung des sozialen Umfeldes zum Teil kompensiert werden. Im Sinne des Normalisierungsgedankens sollte die Trennung der Bereiche Arbeit und Wohnen ihre Fortsetzung in der Trennung der Bereiche Freizeit und Wohnen finden. Durch die Möglichkeit, Angebote außerhalb der Wohngruppe zu nutzen, werden nicht nur neue soziale Kontakte ermöglicht, darüber hinaus werden vorhandene Kompetenzen geübt und sollten deshalb auch länger erhalten bleiben.

Pflege als Bestandteil des Versorgungssystems

14. Die Kommission appelliert an Politik, Wissenschaft, Verbände und professionelle Akteure, weiterhin Anstrengungen zu unternehmen, um die Eigenständigkeit der Pflege zu fördern und ihr Handlungs- und Autonomiespielräume zu eröffnen. Damit unterstreicht die Kommission eine bereits früher vertretene, im Versorgungsalltag aber noch nicht hinreichend realisierte Auffassung, nach der Pflege „als personelle Dienstleistung einen eigenständigen Beitrag zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung" (Sachverständigenrat 1997, Ziffer 292) leistet.

15. Die Kommission empfiehlt, den Ausbau der noch jungen Pflegewissenschaft durch geeignete Maßnahmen voranzutreiben und die Pflegeforschung aktiv zu fördern. Viele der herkömmlichen Pflegekonzepte werden aktuellen Erfordernissen und Aufgabenstellungen in der Gesundheitsversorgung nicht mehr gerecht. Vergleichbar anderen Bereichen des Gesundheitswesens sind heute auch in der Pflege wissenschaftlich gestützte und auf ihre Evidenz hin überprüfte Konzepte gefordert. Dies umso mehr, als der Strukturwandel des Alters und die Veränderung des Krankheitspanoramas künftig mit großen wissenschaftlichen Herausforderungen einhergehen wird.

16. Unumgänglich ist aus Sicht der Kommission eine am aktuellen Wissensstand orientierte Erweiterung und Modernisierung des gesetzlich festgeschriebenen, traditionellen Pflegeverständnisses, dass Pflege auf manuelle körperorientierte Maßnahmen reduziert. Eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Pflege älterer Menschen verlangt weitaus mehr. Sie erfordert die Wahrnehmung zahlreicher kommunikativer und edukativer Aufgaben, wie Unterstützung, Anleitung, Beratung und Begleitung und umfasst präventive, therapeutische und rehabilitative Funktionen sowie generell die Übernahme von Verantwortung für die Versorgungsgestaltung. Daher ist notwendig, dass der Gesetzgeber künftig der gesamten Bandbreite pflegerischer Aufgaben im Interesse der betroffenen Patienten Rechnung trägt. Eng damit verbunden ist die Forderung nach einer Revision der Einstufungskriterien gemäß SGB XI, wobei insbesondere der aus psychischer Krankheit (Demenz, Depression etc.) resultierende Pflegebedarf künftig stärkere Berücksichtigung finden muss. Der hohe Bedarf an Betreuung für psychisch kranke Menschen wird gegenwärtig bei der Einstufung nach den Maßnahmen des SGB XI nicht ausreichend berücksichtigt.

17. Von fundamentaler Bedeutung ist zukünftig, den Paradigmenwechsel von der Krankheits- zur Gesundheitsorientierung auch mit Blick auf die Pflege nachzuvollziehen und zur Entfaltung präventiver Potenziale in der Pflege beizutragen. Aufgrund der nachrangigen Position dieser Gesundheitsprofession bleiben diese im Versorgungsalltag bislang weitgehend ungenutzt. Pflege wird zumeist erst dann hinzugezogen, wenn zuvor alle Möglichkeiten der Kuration ausgeschöpft und lediglich be- oder verwahrende Aufgaben wahrzunehmen sind. Notwendige gesellschaftliche Ressourcen für die Gesundheitserhaltung und Gesundheitssicherung alter Menschen gehen so verloren. Um hier eine Kurs-

korrektur herbeizuführen, sind Anpassungsbemühungen auf professioneller wie auf struktureller Ebene unumgänglich.

18. Für eine grundlegende Verbesserung der Pflegequalität sollte nach Auffassung der Kommission die Entwicklung und Umsetzung nationaler, evidenzbasierter Pflegestandards, die durch Konsensusverfahren abgestimmt sind, vorangetrieben werden. Analog zur fast abgeschlossenen Entwicklung des nationalen Standards zur Dekubitusversorgung sind weitere nationale Standards für zentrale Bereiche der Pflege zu erarbeiten. Nach einer Übergangsfrist sollten diese Standards von den Einrichtungen und Diensten eingehalten und ein Kriterium für den Versorgungsvertrag werden. Bei Nichteinhaltung solch abgestimmter nationaler Standards sollte die Möglichkeit bestehen, den Versorgungsvertrag zur Disposition zu stellen.

19. Die Kommission plädiert an Leistungsanbieter und Kostenträger, die überfällige Umorientierung zu einer am Bedarf und den Bedürfnissen der Nutzer ausgerichteten Angebotsgestaltung zu vollziehen und sich künftig auf die qualitative Ausdifferenzierung ihres Leistungsspektrums zu konzentrieren. Immer mehr alte Menschen geben bei Krankheit, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der häuslichen Versorgung den Vorzug vor einer stationären Betreuung. Hierauf wurde inzwischen mit einer mengenmäßigen Ausweitung des Angebots an ambulanten Pflegediensten reagiert. Eine qualitative Ausdifferenzierung des Leistungsangebots dieser Einrichtungen blieb bislang jedoch aus. Nach wie vor ist das Leistungsspektrum dieser ambulanten Dienste jedoch verhältnismäßig eng und unflexibel. Es ist zu sehr durch die organisatorischen Rahmenbedingungen und Möglichkeiten der Finanzierung als durch den Bedarf und die Bedürfnisse alter Menschen determiniert. Hier sind dringend Veränderungen angezeigt.

20. Nach Auffassung der Kommission sind darüber hinaus besondere Anstrengungen erforderlich, um die Schließung von Versorgungslücken im ambulanten Bereich voranzutreiben. Zwar konnten in den letzten Jahren zahlreiche Versorgungslücken in der ambulanten Pflege geschlossen und die Betreuung älterer Menschen verbessert werden. Dennoch haben einige Patientengruppen nach wie vor erhebliche Schwierigkeiten, ein adäquates häusliches Versorgungsangebot zu erhalten. Dies gilt vor allem für gerontopsychiatrisch Erkrankte, Migranten, Schwerkranke mit technikintensivem Pflegebedarf, chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs und Sterbende. Die Kommission plädiert dafür, Modellversuche zu implementieren, in denen nach tragfähigen Lösungen für die damit verbundenen Aufgaben gesucht werden kann.

21. Im Hinblick auf die ambulante Krankenpflege ist eine ausreichende Anzahl an gerontopsychiatrisch qualifizierten Fachkräften notwendig. Die Pflege psychisch erkrankter Menschen stellt besondere Anforderungen, die eine entsprechende Qualifizierung erfordern. Zentrale Aufgaben der psychiatrischen Krankenpflege sind das Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen, die Förderung von sozialer Kommunikation und Einbindung, die sinnvolle Tagesstrukturierung und Hilfe zu deren Realisierung. Die zentrale Stellung des Gesprächs ergibt sich daraus, dass es Entlastung vom Leidensdruck psychopathologischen Erlebens bieten und zur Stabilisierung des durch die psychische Erkrankung häufig beeinträchtigten Selbstwertgefühls beitragen soll. Regelmäßigkeit und Kontinuität der Gesprächsbereitschaft sowie ausreichende Zeit sind zentrale Bedingungen einer Pflege psychisch erkrankter Menschen.

22. Für die professionellen Hilfesysteme ist es notwendiger denn je, neben den Patienten auch Angehörige und freiwillige Helfer verstärkt in den Blick zu nehmen. Da viele Aufgaben in der Pflege und Versorgung älterer Menschen allein mit professioneller Hilfe kaum zu bewältigen sein werden, wird nach Ansicht der Kommission der Förderung von informeller Unterstützung künftig große Bedeutung beizumessen sein. Die Proklamation einer neuen „Kultur des Helfens" (SGB XI) allein reicht nicht aus. Vielmehr sind spezifische Angebote zur Stabilisierung und Unterstützung informeller Hilfe zu fördern, die geeignet sind, eine Überlastung oder gar gesundheitliche Gefährdung dieser wichtigen sozialen Ressourcen zu vermeiden.

23. Die Kommission empfiehlt den Akteuren, der Schaffung aufgabenangemessener Arbeitsbedingungen in der Pflege hohe Priorität einzuräumen. Vorliegende Studien über die Arbeitsbedingungen in der Pflege und Zahlen über die Abwanderungsraten aus der Pflege belegen die hohen Belastungen, die in vielen Bereichen mit dieser Tätigkeit verbunden sind. Zu den Belastungsfaktoren gehört u. a., dass vielerorts Struktur defizite auf personaler Ebene kompensiert werden müssen, institutionelle Rahmenbedingungen unangemessen und wenig stützend angelegt sind und der Arbeits- und Problemdruck hoch ist. Eine Entspannung der Arbeitssituation wird schließlich auch der Gesundheitssicherung der Pflegenden zugute kommen.

24. Tagespflege muss zu einem regelhaften und gut erreichbaren Angebot der Versorgung werden. Sie bildet ein Zwischenglied zwischen häuslicher Pflege und der Versorgung im Heim. Die eigene Wohnung und die vertraute Umgebung einschließlich der gewachsenen sozialen Beziehungen können aufrechterhalten und zugleich notwendige Pflege- und Betreuungsleistungen von geeigneten Personen in geeigneten Einrichtungen erbracht werden. Obwohl die Tagespflege im Pflegeversicherungsgesetz als Baustein der Versorgung vorgesehen ist, besteht immer noch keine ausreichende Angebotsstruktur.

25. Im Heimbereich ist eine Verbesserung der direkten gerontopsychiatrischen Versorgung dringend notwendig. Voraussetzung hierfür ist, dass Qualifizierungsbemühungen und Qualitätsentwicklungsmaßnahmen im Bereich der Pflege unterstützt und

angemessene Rahmenbedingungen für die Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten im Bereich der stationären Langzeitversorgung geschaffen werden. Darüber hinaus ist dafür Sorge zu tragen, dass die medizinische Betreuung der Heimbewohner verbessert wird und unnötige Krankenhauseinweisungen durch eine enge Kooperation zwischen Pflege und Medizin vermieden werden.

26. Die Einführung des Bezugspflegekonzepts in stationären Pflegeeinrichtungen ist zu fördern und spätestens ab 2004 generell einzuführen. Um die Umstellung auf diese Form der Arbeitsorganisation zu erleichtern, sollte den Einrichtungen der Zugang zu entsprechenden Beratungs- und Qualifizierungsangeboten ermöglicht werden. In engem Zusammenhang damit steht die Forderung, die Entwicklung und den Einsatz rationaler Personalbemessungsinstrumente, die dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen, in stationären Einrichtungen voranzutreiben. Einer der Schwerpunkte in der pflegewissenschaftlichen Forschung der nächsten Jahre sollte es sein, in Anlehnung an europäische und außereuropäische Länder angemessene Grundlagen für die Personalbemessung zu erarbeiten, dort bereits erprobte Verfahren kritisch im Hinblick auf eine mögliche Anwendung in der Bundesrepublik zu überprüfen und deren Implementation sorgfältig zu begleiten.

27. Vor dem Umzug Pflegebedürftiger in eine stationäre Einrichtung sollte der Versorgungsbedarf der Betroffenen sorgfältig ermittelt werden. Im Rahmen eines geriatrisch-pflegerischen Assessments, bei dem neben der pflegebedürftigen Person auch der nächste Angehörige bzw. die – bisherige – Hauptpflegeperson einzubeziehen ist, sind u.a. die rehabilitativen Potenziale zu prüfen. Dem Abschluss des Heimvertrags zwischen Einrichtung und Bewohner sollte unbedingt ein Assessment vorausgehen.

28. Beim Neubau und der Modernisierung von stationären Pflegeeinrichtungen sollte künftig der Wohncharakter im Vordergrund stehen. Den Maßstab sollten kleine Heime und Hausgemeinschaften bilden. Die Orientierung an der Wohn- und Lebensqualität gilt vor allem mit Blick auf die in Zukunft noch stärker anwachsende Gruppe der gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner. Solche Einrichtungen mit einem entsprechenden Betreuungs- und Pflegekonzept machen (geschlossene) „Sondereinrichtungen" für Demente und andere Gruppen überflüssig. Des Weiteren sind beim Neubau und der Modernisierung von stationären Pflegeeinrichtungen nur noch Einzelzimmer zuzulassen. Eine Änderung der Heimmindestbau-Verordnung ist dringend erforderlich:

– Beim Neubau und bei der Modernisierung von Heimen sollen nur noch Einzelzimmer mit einer Größe von 16 qm, mindestens 14 qm Fläche (reine Zimmerfläche ohne Verkehrsflächen) statt heute 12 qm zulässig sein. Neben dem Heimgesetz sind die Förderbestimmungen der Bundesländer entsprechend zu verändern.

– Für bestehende Einrichtungen, die noch Doppelzimmer haben, soll die Pflicht bestehen, eine entsprechende Modernisierung in einem Zeitraum von 10 Jahren abgeschlossen zu haben.

– Doppelzimmer, die kleiner als 24 qm sind, sollen innerhalb von 5 Jahren in Einzelzimmer umgewandelt werden.

Im Neubau sollen nur noch gemeinde- bzw. wohnortnahe stationäre Einrichtungen zulässig sein, deren Größe bei maximal ca. 40 Plätzen liegt. Grundsätzlich sollte bei Neubau und Modernisierung geprüft werden, ob alle Plätze oder ein Teil der Plätze statt in solchen kleinen Heimen in Hausgemeinschaften mit einer Gruppengröße von max. 8 Personen eingerichtet werden können.

Zur Gesundheitsversorgung älterer Migranten/ Ausländer

29. In der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, der Länder und der Gemeinden muss die Situation älterer Migranten stärker als bisher Berücksichtigung finden. Es sollten außerdem interkulturelle pflegerische und medizinische Versorgungsformen evaluiert und gefördert werden.

30. Der Zugang zu gesundheitlichen und pflegerischen Versorgungsleistungen muss für ältere Migranten erleichtert werden. Es sollten Anstrengungen unternommen werden, die Zugangsbarrieren zu Leistungen des Gesundheitswesens abzubauen. Dazu ist eine Sensibilisierung der in diesem Feld aktiven Akteure für kulturspezifische Anforderungen erforderlich. Sie setzt eine Verankerung von migrationsspezifischen Themen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Medizin und Pflege voraus. Der Auf- und Ausbau interkultureller konsiliarischer Dienste für medizinische und pflegerische Institutionen wird empfohlen. Außerdem sollten Maßnahmen zur Förderung der Einstellung von bilingualem und bikulturellem Personal geprüft werden. Schließlich sind stärker als bisher mehrsprachige Informationsmöglichkeiten über Versorgungsmöglichkeiten für ältere Migranten zu entwickeln und vorzuhalten, Dolmetscherdienste bereitzustellen und Selbsthilfeorganisationen in Planungsprozesse aktiv einzubinden.

Empfehlung zur Qualifizierung in Medizin und Pflege

31. Die Kommission empfiehlt, die Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Sektor der Geriatrie und der Gerontopsychiatrie auszubauen. Aufgrund der wachsenden Bedeutung chronischer Erkrankungen einerseits und dem quantitativ hohen Anteil der älteren Bevölkerung als Patienten im Gesundheitswesen, muss geriatrisches Fachwissen stärker in alle relevanten Fachgebiete der Medizin einfließen. Im Medizinstudium muss deutlich mehr Wissen über den älteren Organismus, dessen typische, oft chroni-

sche Erkrankungen im Alter und die spezifisch geriatrischen Belange des älteren Patienten sowie das Zusammenspiel mit sozialen und psychischen Faktoren vermittelt werden. Diese Inhalte sollen sich stärker verpflichtend in den Curricula der Medizinerausbildung widerspiegeln und zugleich in Weiterbildungsordnungen und Fortbildungsprogrammen Niederschlag finden.

Zwar haben Allgemeinmediziner für die Kontinuität der Behandlung eine besondere Bedeutung. Auch sind sie am ehesten in der Lage, das Gesamtspektrum der beim älteren Patienten vorliegenden Erkrankungen – auch im Kontext des unmittelbaren sozialen Umfeldes – zu erkennen und individuelle Behandlungspläne aufzustellen. Sie sollten aber für die Grenzen der eigenen diagnostischen und therapeutischen Kompetenz sensibilisiert und zugleich im gerontopsychiatrischen Bereich geschult werden. Die Diagnostik und Therapie schwieriger und komplizierter psychischer Erkrankungen sollte künftig der Kompetenz des Psychiaters/Gerontopsychiaters vorbehalten bleiben. Dies gilt auch für die Versorgung psychisch Kranker im Pflegeheimbereich, zumindest dann, wenn der Anteil dieser Patienten relativ hoch ist. Bei der Niederlassung psychiatrischer Fachärzte sollte seitens der Ärztekammer die Schwerpunktbildung Gerontopsychiatrie ermöglicht werden. Im Kontext einer solchen Schwerpunktbildung wären auch die Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Erkrankungen durch niedergelassene Ärzte sicher zu stellen.

32. In der Ausbildung zum ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten sowie in der Weiterbildung sollten die Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten der Alterspsychotherapie obligater Bestandteil des Curriculums sein. Erst dadurch ist sicher gestellt, dass in Zukunft auch vermehrt ältere Patienten von Fachpsychotherapeuten zur Psychotherapie angenommen werden. In den Altersgenerationen der Zukunft wird ein deutlich stärkeres Interesse an psychotherapeutischer Behandlung erwartet. Darauf müssen sich Fachpsychotherapeuten ausreichend vorbereiten.

33. Die Kommission begrüßt, dass die Bundesregierung mit dem im Gesetzgebungsprozess befindlichen Gesetzentwurf über die Berufe in der Altenpflege der Altenpflegeausbildung bundeseinheitliche Regeln geben und sicherstellen möchte, dass die Ausbildung auf eine Pflege ausgerichtet wird, die den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Die Kommission erachtet dies als einen ersten Schritt und hofft, dass das Gesetz bald verabschiedet werden kann.

34. Die Kommission spricht sich entschieden dafür aus, die Qualifikation der Pflege anzuheben. Grundsätzlich wird empfohlen, die Trennung zwischen sozialpflegerischen und gesundheitspflegerischen Berufen zu überwinden und die Grundausbildung in den Pflegeberufen zusammenzuführen (generalistische Ausbildung). Darüber hinaus sind die Möglichkeiten zur akademischen Ausbildung in der Pflege zu erweitern. Dies bedeutet den Ausbau des Studienangebotes an Universitäten und die Förderung wissenschaftlichen Nachwuchses. Studieninhalte sind künftig so zu gestalten, dass sie den sich wandelnden Anforderungen an die Pflege und der gesamten Bandbreite pflegerischer Aufgaben Rechnung tragen. Außerdem empfiehlt die Kommission die Förderung von Studienprogrammen sowie Fort- und Weiterbildungsangeboten zur Ausbildung spezieller klinischer Pflegeexpertise. Derartige Angebote sollten der professionellen Kompetenzerweiterung der Pflege in Bereichen wie der Qualitätssicherung, der Angehörigenberatung und -anleitung, der Versorgung spezifischer Zielgruppen (z. B. psychisch Kranke, Schwerstkranke) oder von Patienten mit speziellen Bedarfslagen (z. B. interaktions-/technikintensive Versorgung) reagieren. Einer engen Verzahnung der Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft und aus anderen relevanten Disziplinen (z. B. der Gerontologie, Psychiatrie) sollte dabei besondere Aufmerksamkeit zukommen.

Ausgaben, Finanzierung und Vergütung

35. Angesichts der vorliegenden Modellrechnungen zum rein demographisch bedingten Beitragsanstieg in der GKV ist von den Veränderungen im Bevölkerungsaufbau allein nur ein moderater Anstieg zu erwarten. Die Kommission warnt dennoch davor, die Maxime der Beitragssatzstabilität zu verabsolutieren, sofern an dem Ziel einer bedarfsgerechten, wirksamen und kostengünstigen Gesundheitsversorgung festgehalten werden soll.

36. Der § 140a ff. SGB V kann gerade auch für ältere und alte Menschen mit ihren Risikobesonderheiten eine Grundlage zur innovativen Entwicklung integrierter Versorgungsformen sein. Die neuen Versorgungsformen sind nicht mehr auf einen Versorgungssektor, eine Versorgungsform oder eine Teildisziplin beschränkt. Angesichts der Chronifizierung der Krankheiten, der Multimorbiditäten im Alter und der altersmedizinischen Spezifika sollten sie die Geriatrie als Fachdisziplin und somit die Rehabilitation einschließen. Die Geriatrie mit ihrem funktionellen Herzstück der Rehabilitation ist dazu im § 108 (3) SGB V einzufügen; eine Integration der §§ 109 und 111 SGB V ist erforderlich. Im Rahmen der Verwirklichung der Möglichkeiten des § 140a ff. SGB V sind neue Vergütungsformen zu entwickeln, die den sektorübergreifenden Behandlungs- und Versorgungsprozessen einer altersgerechten Versorgung Rechnung tragen.

37. Die budgetäre Trennung von SGB V und SGB XI führt dazu, dass die im § 5 SGB XI formulierte Vorrangigkeit der Rehabilitation gegenüber der Pflege in ihren Möglichkeiten unausgeschöpft bleibt. Die budgetären Anreizbedingungen sind neu zu setzen. Die Pflegekassen sind zu der Finanzierung der

geriatrischen Rehabilitation anteilig heranzuziehen, da ihnen die rehabilitativ eingesparten Pflegekosten zu Gute kommen.

38. Bei der Einführung fallbezogener Vergütungsformen auf der Basis von DRGs (diagnosis related groups) im Krankenhaussektor gemäß § 17b KHG ist die spezifische Krankheitssituation im Alter angemessen zu berücksichtigen. Insbesondere ist bei einer DRG-bedingten Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus die transsektorale Versorgungsintegration mit Blick auf die schlechte Risikostruktur älterer und alter Menschen als Patienten zu beachten. Unnötige Verweisungsketten, Drehtüreffekte, bedarfsinadäquate Verlagerungen in die Langzeitpflege, Entlassung in ungesicherte häusliche Lebenssituationen sind zu vermeiden. Der alte Mensch darf nicht zum Spielball eines intra- und intersektoralen Lastenverschiebemechanismus werden.

Integration der Versorgung

39. Besondere Aufmerksamkeit muss nach Ansicht der Kommission die Sicherung einer integrierten und kontinuierlichen Versorgung alter Menschen erfahren. Kooperation und Koordination im Gesundheitswesen müssen verstärkt gefördert und zur professionellen Pflicht erhoben werden. Versorgungsbrüche, Desintegration und Schnittstellenprobleme gehören zu den bekannten Erscheinungen bei der Versorgung alter Menschen und mindern ihre Lebensqualität. Sie zu beheben ist eine zentrale Aufgabe des Gesetzgebers, der Gesundheitsprofessionen und -organisationen. Die Kommission plädiert an alle Akteure, Hindernisse auf dem Weg zu einer integrierten Versorgung zu überwinden, aktuelle gesundheitspolitische Impulse aktiv aufzunehmen und vorhandene Spielräume für eine integrierte Versorgung stärker als bislang zu nutzen.

40. Belastende und kostenintensive (Irr-)Wege durch das Versorgungswesen zu vermeiden, die Zugänglichkeit zu den für alte Menschen tauglichen Versorgungsangeboten zu erleichtern und die Erreichbarkeit pflegerischer Leistungsangebote zu erhöhen, muss hohe Priorität der Gesundheits- und Altenpolitik haben. Die Unübersichtlichkeit des Versorgungssystems stellt gerade für ältere Menschen ein Problem dar. Jüngst vermehrt diskutierte und erprobte Maßnahmen, wie (Verbraucher-)Beratungs- und Koordinationsstellen sind ein erster Schritt zur Beantwortung dieser Herausforderung. Nach Auffassung der Kommission reichen sie aber nicht aus. Notwendig ist vielmehr generell die Schaffung von Versorgungspfaden (Pathway Management) sowie die Etablierung eines individuellen Case Managements. Letzteres hat sich bei ausgewählten Patientengruppen bewährt, zu denen neben alten Menschen auch solche zählen, deren Situation durch Problemkumulation gekennzeichnet ist oder bei denen Barrieren den Zugang zu Versorgungsleistungen erschweren (Migranten).

Stärkung der Nutzerposition

41. Die Kommission empfiehlt die Stärkung der Position alter Menschen als Nutzer des Gesundheitswesens. Ihre Perspektiven und Präferenzen sollen in die Versorgungsgestaltung mehr als bisher einbezogen werden. Kompetenz- und Partizipationserhöhungen von Nutzern des Versorgungssystems können einen wesentlichen Einfluss auf die Qualität der Leistungen und die Wirtschaftlichkeit des Systems haben. Aus der Stärkung der Nutzerkompetenz kann ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein, eine zunehmende Selbstbehandlungsfähigkeit, ein verbesserter Schutz vor Fehlbehandlung sowie eine an den Bedürfnissen alter Menschen orientierte Qualitätsverbesserung der Versorgung resultieren. Dabei darf jedoch nicht übersehen werden, dass erweiterte Partizipation und Kompetenz auch die Übernahme von höherer Verantwortung für die Folgen einer getroffenen Entscheidung bedeutet und hochbetagte, kranke Menschen eine solche Verantwortung evtl. nicht übernehmen wollen oder können. Eingedenk dieser Besonderheit empfiehlt die Kommission den Aufbau von Strukturen der Teilhabe und Mitsprache von Laien in Einrichtungen der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie den Ausbau von Informationssystemen. Viele der aktuell erhobenen Forderungen zur Nutzerorientierung und -einbeziehung kollidieren mit heutigen Handlungsroutinen im Gesundheitswesen und erfordern ein Umdenken bei allen Beteiligten. Angesichts dessen plädiert die Kommission dafür, den gesellschaftlichen Diskurs über die Nutzerorientierung aktiv zu befördern und den dabei zum Vorschein kommenden Wertkonflikten mehr Aufmerksamkeit zu widmen.

Empfehlungen zu Kapitel 4 „Arbeit und Arbeitswelt als Ressource"

42. Die Kommission hält es für sinnvoll, von einer reaktiven Politik für ältere Arbeitnehmer zu einer präventiven, lebenslauforientierten und „altersneutralen" Politik der Beschäftigungsförderung und -sicherung alternder Belegschaften zu kommen. Notwendig sind integrierte Politikkonzepte, die Beschäftigungs-, Bildungs-, Frauen-, Familien- und Migrationspolitik miteinander verbinden. Dabei ist zu bedenken, dass die Betriebe die entscheidenden Akteure hinsichtlich der (Nicht-)Beschäftigung älterer Arbeitnehmer sind und bleiben. Die staatlichen Förderkonzepte sind bekannt (z.B. präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz, Förderung der Qualifikationsanpassung und -erhaltung, Arbeitszeitanpassung, Arbeitsplatzgestaltung). Es kommt nun darauf an, diese Konzepte betriebsnah zu gestalten.

43. Es sind neue Tätigkeitsfelder für ältere Arbeitnehmer – außerhalb des Ehrenamts – zu entwickeln. Ein Beispiel hierfür ist das Konzept der „horizontalen Laufbahn", innerhalb derer älter werdenden Mitarbeitern neue Tätigkeitsfelder erschlossen werden, ohne dass dies mit einem Aufstieg in der Hierarchie

verbunden ist. Sowohl Beschäftigungsfähigkeit („workability") als auch Beschäftigungsmöglichkeit („employability") müssen gefördert werden, wobei sich der Fokus der Interventionen unterscheidet. Während bei der Förderung der Erwerbsfähigkeit die individuellen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen unterstützt werden sollten, stehen Arbeitsmarkt und Betriebe bei der Förderung der Erwerbsmöglichkeit im Mittelpunkt.

44. Es müssen Anstrengungen einer weiteren Humanisierung der Arbeitswelt unternommenen werden, insbesondere um die Arbeitsbedingungen für ältere Arbeitnehmer zu verbessern. Durch geeignete Maßnahmen der Arbeitsorganisation sollten berufs- und arbeitsbedingte Einbußen von Leistungsfähigkeit und Gesundheit minimiert werden. Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung sollten in jedem Fall die Optimierung der Arbeitsumgebung (Ergonomie, Hygiene, Sicherheit), Vermeidung von Über- und Fehlbelastungen sowie rechtzeitige Rehabilitationsmaßnahmen umfassen.

45. Die Bedingungen für die Vereinbarkeit des Tätigseins in der Arbeitswelt und in der Lebenswelt müssen verbessert werden. Für die Zukunft wird es immer bedeutsamer, die Anforderungen der Arbeitswelt mit jenen der Lebenswelt zu synchronisieren (Familiengründung, Kindererziehung, Pflege hochaltriger Menschen). Hier sind unterschiedliche Interventionsmöglichkeiten denkbar, etwa hinsichtlich kürzerer Ausbildungszeiten, regelmäßiger Bildungszeiten auch während des „mittleren Erwachsenenalters" sowie der Möglichkeit freiwilliger Erwerbspausen während der Berufsphase. Dies könnte auch dazu beitragen, die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen zu erhöhen und die Möglichkeiten einer gleichberechtigten und ausgewogenen Teilhabe der Geschlechter an beruflichen, privaten und öffentlichen Aktivitäten zu verbessern.

46. Die berufliche Fort- und Weiterbildung älterwerdender Arbeitnehmer bedarf einer besseren Förderung. Das Konzept des „lebenslangen Lernens" muss mit Leben erfüllt werden. Die Qualifizierungserfordernisse der Arbeitswelt sollten systematisch mit den bestehenden Strukturen und Angeboten der beruflichen Aus- und Weiterbildung verknüpft werden. Die Politik sollte geeignete Rahmenbedingungen für flexible Weiterbildungsmaßnahmen schaffen, um den sich rasch verändernden Qualifikationsbedürfnissen der Unternehmen Rechnung zu tragen. Interventionen sollten weniger reaktiv und altersspezifisch sein, vielmehr ist es wichtig, den Umgang mit älter werdenden Arbeitnehmern präventiv und lebenslauforientiert (sowie altersneutral) zu gestalten. Im Bereich der beruflichen Weiterbildung kann jedoch nicht vollständig auf altersspezifische Lösungsmuster verzichtet werden (z. B. hinsichtlich der Lehr- und Lerntechniken in der Weiterbildung).

47. Die politischen Rahmenbedingungen sollten stärker darauf ausgerichtet werden, dem Trend der Frühverrentung entgegen zu wirken. Politische Rahmenbedingungen sollten eine Kultur des Umgangs mit älteren Arbeitnehmern fördern, die sowohl einer Ausgliederung älterer Arbeitnehmer aus dem Berufsleben entgegenwirkt als auch den Interessen jüngerer Erwerbstätiger gerecht wird. Es ist darauf zu achten, dass zukünftige Belegschaften nicht nur älter, sondern auch anders zusammengesetzt sein werden (mehr Frauen, mehr Ausländer und Ausländerinnen). Dennoch sollten Maßnahmen offen stehen, die den Übergang in den Ruhestand erleichtern, wenn ältere Arbeitnehmer dies wünschen. Die Kommission hält insbesondere die Regelungen zur Altersteilzeit für angemessene und sinnvolle Maßnahmen in diesem Bereich. Politische Entscheidungsträger sollten eine Herabsetzung des Renteneintrittsalters nicht betreiben. Die Kommission hält die „Rente mit 60" für ein ungeeignetes Instrument der Arbeitsmarktpolitik.

48. Die Sozialpartner sollten eine altersintegrative Tarifpolitik verfolgen. Sie sollten darauf verzichten, unter Rückgriff auf die Argumentationsfigur der „Generationensolidarität" ältere Arbeitnehmer aus dem Arbeitsleben zu drängen. Vielmehr sollten die tariflichen Rahmenbedingungen darauf ausgerichtet sein, die Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer nicht weiter zu vermindern. Darüber hinaus sollten in der betrieblichen Personalpolitik die komplexen Generationenverhältnisse in den Blick genommen werden (Weitergabe von Expertise, Unterschiede in der Qualifikation, Entlohnungssysteme).

49. Das Renteneintrittsalter sollte der Entwicklung der Lebenserwartung Älterer angepasst werden (vgl. Empfehlung Nr. 59). Allerdings sind hierbei die Arbeitsmarktbedingungen sowie die Risiken der Erwerbsunfähigkeit zu beachten. Zudem sollte das jeweils geltende Renteneintrittsalter für die nachwachsenden Generationen langfristig berechenbar und verständlich sein.

50. Die Kommission hält es für notwendig, dass eine gesellschaftliche Debatte über die Gestaltung und Strukturierung eines längeren Arbeitslebens geführt wird, u. a. damit eine Verlängerung der Berufsbiografie auch in den individuellen Lebensplanungen berücksichtigt wird.

51. Die Kommission empfiehlt eine Intensivierung und Förderung der Forschung zur Situation älterer Arbeitnehmer. Es besteht Forschungsbedarf hinsichtlich einer Reihe von Bereichen: Evaluierung von arbeitsmarktpolitischen und qualifikationsbezogenen Interventionen, Evaluierung von Transfermaßnahmen, Lebensverlaufsforschung unter Berücksichtigung von Kohortenunterschieden sowie Belastungs- und Risikoforschung. Forschung in diesen Bereichen sollte verstärkt gefördert werden.

Empfehlungen zu Kapitel 5 „Ökonomische Ressourcen im Alter"

52. Die Kommission hält eine regelmäßige, umfassend konzipierte und hinreichend differenzierte Verteilungsberichterstattung für notwendig, u. a. um frühzeitig Entwicklungstendenzen identifizieren zu können. Diese sollte sich nicht nur auf „Armut" und „Reichtum" beziehen, sondern das gesamte Einkommensspektrum umfassen.

53. Die Kommission tritt dafür ein, in regelmäßigen Abständen Untersuchungen zur voraussichtlichen materiellen Lebenslage jüngerer Generationen im Alter durchzuführen, insbesondere zu den voraussichtlichen Rentenansprüchen. Für das Jahr 1996 wurde mit der Studie „Altersvorsorge in Deutschland 1996" erstmals eine systematische Erfassung und Berechnung der Ansprüche auf Alterssicherung von noch im Erwerbsleben stehenden Personen (im Alter zwischen 40 und 60 Jahren) vorgenommen. Zugleich wurden die Ansprüche unter bestimmten Annahmen bis zum „Rentenalter" fortgeschrieben. Diese Art der Untersuchung sollte in Zukunft wiederholt werden.

54. Für die Beurteilung der Einkommenslage im Alter ist ein umfassender Ansatz erforderlich, bei dem nicht nur die Höhe der verschiedenen Einkunftsarten (insbesondere Renten) und deren Entwicklung berücksichtigt wird, sondern auch die Entwicklung von Abgaben (direkten Steuern, indirekten Steuern, aber auch Zuzahlungen im Krankheits- und Pflegefall). Erst eine solch umfassende Sicht erlaubt eine Beurteilung der Einkommenslage im Hinblick auf Zielerreichung oder Zielverfehlung, vor allem auch hinsichtlich der Verteilung zwischen Generationen (also für einen Vergleich mit der Einkommenslage jüngerer Menschen).

55. Die Kommission hält angesichts der Komplexität und Kompliziertheit des deutschen Transfersystems Transferberatungsstellen für sinnvoll, in denen Bürger umfassende Informationen u. a. über Anspruchs-Grundlagen und Einrichtungen erhalten können. Dies setzt entsprechend qualifiziertes Personal voraus. Insgesamt könnte dies auch ein Baustein für eine vernetzte Versorgungsstruktur sein.

56. Die Kommission hält auch für die Zukunft einkommensbezogene, am früheren Einkommen anknüpfende Systeme der gesetzlichen Alterssicherung für sinnvoll, in denen eine klare und enge Beziehung zwischen Vorsorgeaufwendungen und Alterseinkünften besteht. Unter anderem im Interesse der Akzeptanz für solche Einrichtungen hält die Kommission die Integration eines speziellen Systems der Mindestsicherung in die gesetzliche Rentenversicherung nicht für sinnvoll. Um die Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe („verschämte Altersarmut") zu vermeiden, wird allerdings vorgeschlagen, im Rahmen des BSHG bei Sozialhilfebedürftigkeit im Alter auf den Rückgriff auf Kinder zu verzichten. Diejenigen, die Kinder aufgezogen haben, leisteten hierdurch auch einen Beitrag für die Funktionsfähigkeit von Alterssicherungssystemen. Gerade diese Familien durch einen weiteren Finanzierungsbeitrag zur Situation im Alter zusätzlich zu belasten – während ein Rückgriff bei Kinderlosen nicht erfolgen kann – hält die Kommission auch im Interesse eines Ausgleichs zwischen Kindererziehenden und Kinderlosen sowie zwischen Generationen nicht für sinnvoll.

57. Angesichts der noch deutlichen Unterschiede in den Erwerbskarrieren von Männern und Frauen werden die von Frauen erworbenen eigenen Ansprüche auf Alterssicherung noch lange Zeit nicht ausreichen, um für den größten Teil von Frauen allein durch sie eine ausreichende Alterssicherung zu realisieren. Im Falle des Todes des Ehepartners bleibt deshalb eine abgeleitete Sicherung (Hinterbliebenenversorgung) weiterhin notwendig.

58. Vermögenseinkünfte im Alter werden auch in der nächsten Zeit für breite Kreise der Bevölkerung keinen solchen Umfang erreichen, dass hierdurch eine spürbare Minderung des Leistungsniveaus in den Regel-Alterssicherungssystemen kompensiert werden kann. Insofern sind Ansätze zu einer weiteren Minderung des Leistungsniveaus in diesen Systemen mit der Gefahr von Sicherungslücken verbunden. Da ältere Menschen in Ostdeutschland für lange Zeit noch überwiegend auf Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung angewiesen sein werden, würden sie von Leistungseinschränkungen besonders betroffen.

59. Eine weiter steigende Lebenserwartung, insbesondere im höheren Erwachsenenalter, legt es nahe, länger als bisher Erwerbseinkünfte als wichtige Quelle des Lebensunterhalts zu nutzen. Eine Anhebung des Zeitpunktes für den frühesten Bezug von Altersrenten wie auch für ihren vollen Bezug (also ohne Abschläge), könnte (sollte) mit der Entwicklung der Lebenserwartung verknüpft werden. Im Interesse der Anpassungsmöglichkeiten für Arbeitnehmer wie Betriebe an sich ändernden sozialrechtlichen Regelungen sollte eine solche Neugestaltung frühzeitig beschlossen werden und bei verbesserter Arbeitsmarktlage in Kraft treten. Dabei ist eine klare und verständliche Regelung einer Ad-hoc-Entscheidung vorzuziehen. Auch eröffnet ein früherer Beginn der Erwerbstätigkeit vermehrt Chancen für frühzeitige ergänzende Altersvorsorge neben Ansprüchen aus Regelsicherungssystemen.

Empfehlungen zu Kapitel 6 „Soziale Ressourcen"

60. Altenpolitik trägt mit Verantwortung für den sozialen Frieden und gesellschaftlichen Dialog unter den Generationen. Sie soll zum Ausgleich der Interessen der verschiedenen Altersgruppen beitragen, ihre Integration in familiale und gesellschaftliche Netze fördern und Rahmenbedingungen zur Partizipation schaffen.

Generationenbeziehungen stellen eine der herausragenden Entwicklungsaufgaben der Gegenwart dar und könnten zu einem der anspruchsvollsten und produktivsten Felder praktischer Sozial- und Alter(n)spolitik werden.

61. Die familialen Netze müssen gestärkt werden. Dies beinhaltet auch den Ausbau von Maßnahmen, die es ermöglichen, gegenseitige familiale Unterstützungen zu realisieren, u. a. zeitlich befristete Freistellungen zur Pflege eines alten Angehörigen oder zur Enkelkinderbetreuung. Die Kommission hält angesichts der Vielfalt partnerschaftlicher und familialer Bindungen zudem eine weitgehende soziale Anerkennung aller Beziehungen für notwendig, in denen Menschen füreinander einstehen.

62. Familien müssen von moralischem Druck befreit werden; es sind ihnen mehr Entscheidungsfreiheiten für den intergenerationalen sozialen Austausch zu eröffnen. Es ist eine Aufgabe heutiger Politik, die Ambivalenzen der Generationenbeziehungen zu erkennen und Spielräume für Handeln zu eröffnen. Die Zukunft alter Menschen wird entscheidend davon abhängen, ob es gelingt, Familien durch sozialpolitische, institutionelle, aber auch persönliche Initiativen so zu stärken, dass Überlastungen im Prozess intergenerativen Austauschs ausbleiben. Die Kommission tritt dafür ein, pflegende Angehörige mehr zu entlasten.

63. Es muss Sorge getragen werden für den Erhalt der Selbstständigkeit alter Menschen in den sozialen Bezügen. Die Kommission empfiehlt den Ausbau von Hilfen für alleinlebende alte Menschen, und sie empfiehlt insbesondere auch, gemeinsam sehr alt gewordene Paare bei der Aufrechterhaltung eines selbstständigen Lebens zu unterstützen. Noch mangelt es in diesem Zusammenhang an Konzepten einer qualitativen Weiterentwicklung formeller Hilfen im Sinne einer Unterstützungskette; einer Kette, die von alten Personen eigenständig zur Kompensation von Ressourcenverlusten mobilisiert werden kann: von der Beratung bis zur institutionellen Versorgung.

64. Die Informations- und Beratungsmöglichkeiten für Familien sollten ausgebaut und erweitert werden. Die Kommission empfiehlt, ein modernes, leicht zugängliches Informationsnetz über Hilfeangebote für Familien und ihre alten Angehörigen auszubauen. Angesichts des demographischen Wandels sollte sowohl die Beratung für pflegende Angehörige weiterentwickelt als auch gleichzeitig ein präventiv wirkendes Beratungsnetz aufgebaut werden. Das Erleben der neuen Chancen, aber auch neuer Risiken des langen Lebens führt bei nachfolgenden Generationen alter Menschen zu Konsequenzen. Sie wollen Vorsorge treffen für weitere Altersabschnitte, z. B. indem sie sich nach alternativen Wohnformen umsehen oder Barrieren im Wohnumfeld beseitigen.

65. Das weibliche Hilfe- und Unterstützungspotenzial ist auch durch die Stärkung der Geschlechtersolidarität zu entlasten. Neben dem Ausbau und der besseren Vernetzung formeller sozialer Ressourcen bedeutet dies eine stärkere Beteiligung der Männer an Hilfe- und Pflegeleistungen. Durch eine verbesserte private und gesellschaftliche Akzeptanz dieser konkreten Form von Geschlechtersolidarität könnte zukünftig die einseitige Zuweisung von sozialer Hilfeleistung an den weiblichen Teil der Familien abgebaut werden. Ein Versorgungsmix könnte dazu führen, dass Frauen mehr zu Koordinatorinnen sozialer Ressourcen im familialen Bereich werden und so Zeit für sich gewinnen.

66. Freiwilliges Engagement alter Menschen ist zu fördern. Das Potenzial derjenigen, die bereit sind, sich freiwillig sozial zu engagieren, sollte besser ausgeschöpft werden. Es mangelt vielen potenziell Interessierten in erster Linie an Informationen, Beratung und Strukturen, um die vorhandene Bereitschaft in tatsächliches Engagement zu überführen. Die Kommission hält den Ausbau von Rahmenbedingungen, die das gewachsene Potenzial alter Menschen an Wissen und Zeit integrieren, für einen wichtigen Modernisierungsschritt in einer altersgewandelten Gesellschaft. Die Kommission befürwortet eine Ergänzung der bisherigen Maßnahmen durch eine stärker gemeinwesenorientierte Förderung des freiwilligen Engagements, die auf die Verbesserung der lokalen Lebensverhältnisse besonders in sozial belasteten Wohngebieten zielt. Dabei sollen Ansätze der Engagementförderung gestärkt werden, die versuchen, für bislang unterrepräsentierte Gruppen mit niedrigem sozialen Status Zugänge zu Engagementformen zu eröffnen, die gesellschaftliche Partizipation ermöglichen. Die Politik hat jedoch dafür Sorge zu tragen, dass freiwilliges Engagement nicht zum sozialstaatlichen Rückzug aus Feldern führt, die kontinuierlich einer hohen Professionalität bedürfen.

67. Es sind Voraussetzungen zu schaffen für eine bedarfsgerechte Pluralisierung sozialer Altenarbeit. Soziale Altenarbeit sollte eigene Fachlichkeit entwickeln können und zugleich ein offenes Feld für bürgerschaftliches Engagement sein. Möglichkeiten zur Professionalisierung und Maßnahmen zur Qualitätskontrolle von Angeboten sollten ausgebaut werden.

68. Die Spezifika der Lebenssituation älterer Migranten/Ausländer sollten mehr beachtet werden. Politik muss dazu beitragen, dass sozialrechtliche Benachteiligungen von älteren Ausländern abgebaut werden, die in ihr Herkunftsland außerhalb der Europäischen Union zurückkehren oder ihr Leben zeitweise dort und zeitweise in Deutschland verbringen (Pendelmigration). Dringend erforderlich sind Maßnahmen zur stärkeren Öffnung sozialer Dienste für Migranten als Nutzer. Das setzt eine entsprechende Qualifizierung des Personals voraus und die Schaffung von ethnischen Angeboten in Gebieten mit einem vergleichsweise hohen Ausländeranteil in der

Bevölkerung. Nicht zuletzt muss eine lebenslauforientierte Politik zur Verbesserung der Situation jüngerer Ausländergenerationen beitragen: zum einen unter präventiven Gesichtspunkten, zum anderen, um die jüngere Generation in Ihrer Rolle als Helfer zu unterstützen.

Empfehlungen zu Kapitel 7 „Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressource"

69. Verbesserung des Wissens über die Möglichkeiten von Wohnraumanpassung und der Finanzierung von Wohnberatungsstellen. Die Potenziale von Wohnraumanpassung werden weiterhin von den älteren Menschen selbst wie von entsprechenden Experten und Institutionen unterschätzt. Hier sind notwendig: Bessere Aufklärungsarbeit, Sensibilisierung für die Möglichkeiten der Wohnraumanpassung, in stärkerem Maße zugehende Altenarbeit, um auch das präventive Potenzial von Wohnraumveränderungen voll auszuschöpfen. Es spricht einiges dafür, dass ältere Menschen in ländlichen Regionen diesbezüglich einen besonders schlechten Informationsstand aufweisen und deshalb bei solchen Bemühungen der besonderen Beachtung bedürfen.

    Nach wie vor gibt es keine geregelte und verlässliche Finanzierung der Wohnberatung. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Finanzierung von Wohnberatung ist eine wichtige Voraussetzung für einen flächendeckenden Ausbau des Netzes von Wohnberatungsstellen.

70. Formen des Betreuten Wohnens sind weiter zu fördern, sollten aber auch kritisch begleitet werden. Die Kommission ist der Meinung, dass Formen des Betreuten Wohnens schon aufgrund des starken Bedürfnisses der älteren Menschen einer weiteren Förderung bedürfen. Allerdings ist auch Sorge dafür zu tragen,

    – dass die angebotenen Wohn- und Versorgungsleistungen gegenüber Älteren stärker transparent gemacht werden müssen: Hierzu gehört die Unterstützung bei der Aufklärung der Nutzer, aber auch eine bessere Information der Beratungsstellen. Vor allem die kommunalen Beratungsstellen sollten sich gezielt um eine quantitative und qualitative Einschätzung dieses Wohnangebotes vor Ort bemühen. Insgesamt sollte dieses Wohnangebot kommunalpolitisch stärker in den Blick genommen werden.

    – dass qualitative Mindeststandards für das Wohn- und Betreuungsangebot definiert werden und zielgruppenspezifische Konzepte für die praktische Umsetzung entwickelt werden. Ebenso sind Strategien zur Anpassung von Qualitätsstandards an veränderte Bedarfslagen zu entwickeln. Hierzu wäre die Initiierung eines Erfahrungsaustausch unter den Anbietern ein wichtiger Arbeitsschritt.

    Eine Ausweitung des Heimgesetzes auf Formen des Betreuten Wohnens erscheint der Kommission allerdings nicht sinnvoll. Dies setzt jedoch voraus,

    – dass die Bewohner bei der Wahrung und Durchsetzung ihrer Interessen und Rechte unterstützt werden. Hierzu gehört die Entwicklung von Musterverträgen, in denen die Standards an das Wohn- und Betreuungsangebot rechtlich klar geregelt sind. Die Einbindungen der Seniorenvertretungen als mögliche Kontrollinstanzen vor Ort oder/und die Schaffung überörtlicher Stellen zur Bearbeitung von Rechtsverstößen („Beschwerdestellen") wären weitere mögliche Ansatzpunkte.

71. Neue Wohnformen bieten die Chance zur weiteren Entfaltung einer Alterskultur. Wohnen und Wohnformen sind immer auch Ausdruck der Kultur einer Gesellschaft. Neue Wohnformen im Alter, wozu etwa diverse Formen des gemeinschaftlichen Wohnens, Hausgemeinschaften, aber auch Formen des Betreuten Wohnens gerechnet werden können, sind dabei Ausdruck eines kulturellen Wandels und auch einer kulturellen Ausdifferenzierung des Alters. Seitens der Politik sollte weiterhin viel dafür getan werden, solche neuen Wohnformen zu befördern und ihnen eine tragbare Erprobungsbasis zu geben.

72. Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Verwirklichung von neuen Wohnformen. Gemeinschaftliche Wohnformen, die in hohem Maße von den Bewohnern selbst organisiert werden, bedürfen der Unterstützung, insbesondere bezüglich der zusätzlichen Planungskosten, der Mitbestimmung bei der Bewohnerauswahl, der Mischfinanzierung, der Beschaffung preiswerter Grundstücke sowie der Bereitstellung von Gemeinschaftsräumen. Wohldosierte Formen der öffentlichen Förderung wären eine geeignetes Mittel. Es sollte viel dafür getan werden, dass neue Formen des Wohnens im Alter auch in den neuen Bundesländern in noch stärkerem Maße zum Zuge kommen. Betreute Wohngruppen und Hausgemeinschaften für Pflegebedürftige erscheinen in zunehmendem Maße als Alternative zum herkömmlichen Pflegeheim bedeutsam. Zur Ausweitung dieses Angebots gerade für ältere Menschen mit Demenzerkrankung müssen Hemmnisse beseitigt werden. Diese bestehen vor allem in den mangelnden Fördermöglichkeiten für das spezielle Raumangebot sowie für die hauswirtschaftlichen und sozialen Betreuungsleistungen.

73. Die Erschließbarkeit des „Draußen" ist ein hohes Gut für Ältere. Auch wenn es stimmt, dass Alltag im Alter vor allem ein Alltag „in den eigenen vier Wänden" ist, so ist doch und vielleicht gerade deswegen die Erschließbarkeit der verschiedensten Ressourcen der „Außenwelt" auch ein entscheidender Faktor von Lebensqualität im Alter. In diesem Zusammenhang ist im Besonderen der steigende Anteil der älteren Autofahrer und immer häufiger auch Autofahrerinnen immer wieder Gegenstand der öffentli-

chen Diskussion. Eine altersbezogene Begrenzung dieser sehr wesentlichen Mobilitätsressource älterer Menschen erscheint der Kommission nicht sinnvoll. Andererseits sollten Ältere in noch stärkerer Weise motiviert werden, ihre Modellrolle als Umsteiger auf den öffentlichen Personennahverkehr in besonderer Weise wahrzunehmen.

74. Das Vertrautmachen der älteren Generation mit neuen Technologien, etwa im Bereich der neuen Kommunikationsmedien, muss eine hohe Priorität im politischen Handeln besitzen. Neue Techniken sind Ausdruck der Informationsgesellschaft; die Älteren bilden hier prinzipiell keine Ausnahme, denn alle Altersgruppen der Gesellschaft sind betroffen. Allerdings bedürfen ältere Menschen der besonderen Aufmerksamkeit, da sie – im Gegensatz zu anderen Gruppen – erst ansatzweise über Sozialisationserfahrungen mit neuen Technologien, die bei erwachsenen Menschen in unserer Gesellschaft primär über den Beruf erfolgen, verfügen. Es existieren bereits wichtige Initiativen der Bundesregierung (wie die Initiative Forum Info 2000, entsprechende Aktivitäten im Rahmen des Internationalen Jahres der Senioren), die unbedingt weiter voranzutreiben sind. Hier ist auch zu sehen, dass für einen kompetenten und selbstgesteuerten Umgang mit neuen Technologien von den Älteren neue Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernt werden müssen. Initiativen, die diesen Lernprozess überzeugend befördern können sowie Initiativen, denen es mit Kreativität, Einfallsreichtum und einem guten Gespür für die Bedürfnisse, Ängste und verständlichen Vorbehalte von Älteren gelingt, den Prozess des Sich-Vertrautmachens mit neuen Technologien zu verstärken, verdienen besondere Förderung.

75. Gerade die neuen Technologien sollten zum (weiteren) Anlass genommen werden, den Verbraucherschutz für ältere Menschen zu verbessern. Die Umsetzungswege zwischen Entwicklern und den Nutzern sind derzeit noch nicht befriedigend gelöst. Viele der angebotenen Produkte erscheinen als unausgereift und vorschnell auf den „Silbermarkt" geworfen. Aus diesem Grunde ist ein stärkerer Einbezug der Älteren selber in solche Entwicklungsprozesse zu fordern. Ferner empfiehlt die Kommission die rasche Einrichtung einer Clearingstelle im Interesse der Verbesserung der Produktqualität. Auch die Stiftung Warentest könnte in dieser Beziehung wichtige neue Aufgaben übernehmen.

76. Es erscheint sehr wichtig, das Wissen über neue Technologien bei Professionellen in der Altenhilfe zu verbessern. Hier wäre z. B. an Lehrbücher, Fortbildungsveranstaltungen, aber auch die Überarbeitung von Curricula der Ausbildung (z. B. von Altenpflegern) usw. zu denken. Auch die Qualifikation von Beratungsangeboten, etwa von Wohnberatung, muss in dieser Hinsicht verbessert werden. Überhaupt sollte viel dafür getan werden, dass die noch bestehende Kluft zwischen dem Feld der neuen Technologie (speziell intelligenter Haustechnik) und dem Feld der Planung und Architektur verringert wird. Dies könnte etwa dadurch geschehen, dass in Planungen für Wohnformen von Älteren auch durch gesetzliche Vorschrift dafür Sorge zu tragen ist, dass optimale Voraussetzungen zur Installation neuer Technologien geschaffen werden.

77. Es besteht ein ausgeprägter Forschungsbedarf im Bereich Alter und Technik – diese Forschung sollte von der Bundesregierung durch gezielte Ausschreibungen mit unterstützt werden. Unser Wissen über den kurz- und längerfristigen Nutzen sowie über die Risiken von Technik für Altern ist bislang noch sehr rudimentär, sodass hier ein hoher Bedarf an Forschung, vor allem Evaluationsforschung besteht, der auch durch entsprechende Ausschreibungen seitens der Bundesregierung bedient werden sollte. Vorschläge für solche Evaluationsforschung: (1) Intelligente Haustechnik: Studien bei „normal" Alternden ebenso wie bei Hilfe- und Pflegebedürftigen; auch unterschiedliche Wohnsettings sollten einbezogen werden (normaler Privathaushalt, Betreutes Wohnen, Wohnen in Heimen); (2) Auswirkungen von Internet-Nutzung: In welcher Weise verändert sich dadurch kurz- und langfristig das Alltagsleben Älterer?

Empfehlungen zu Kapitel 8 „Rechtliche Umwelt als Ressource"

78. Solidarität zwischen den Generationen sollte als ein durchgängiges Prinzip die Ausgestaltung der Rechtsordnung bestimmen. Auf dieser Solidarität beruht der Zusammenhalt der Gesellschaft. Auch wenn Konstrukte wie der Generationenvertrag nicht im Sinne einklagbarer Ansprüche verstanden werden dürfen, so kann doch durch rechtliche Instrumente, wie z. B. das Umlageprinzip in der gesetzlichen Rentenversicherung, die Verbundenheit der Generationen in einer Gesellschaft zum Ausdruck gebracht werden.

79. Die institutionellen Einrichtungen der Altenhilfe bedürfen eines weiteren Ausbaues. Die deutsche Altenhilfe wird geprägt durch ein Nebeneinander von individuellen Ansprüchen und institutionellen Einrichtungen, wobei in Zukunft die institutionelle Seite eine stärkere Beachtung finden sollte. Der Pluralismus der Finanzierungsformen und der Einrichtungen der Altenhilfe trägt zu mehr Wahlmöglichkeiten für den einzelnen bei; andererseits besteht auch die Gefahr einer zusätzlichen Verunsicherung. Dies bedeutet, dass der staatlichen Rechtsordnung als Rahmenregelung eine besondere Verantwortung zuwächst. Ein Aktionsfeld für staatliches Tätigwerden ist die Festlegung und regelmäßige Anpassung von Qualitätsstandards und die Kontrolle der Einhaltung dieser Standards. Das ist, unbeschadet der eigenen Verpflichtung der jeweiligen Einrichtung und Institution, eine staatliche Aufgabe, der Bund, Länder und Kommunen nachkommen müssen.

80. Information, Beratung und Auskunft älterer Menschen über bestehende Ansprüche und Hilfen müssen verbessert werden. Die immer komplexere und kompliziertere Rechtsordnung stellt an ältere Menschen besondere Verständnis- und Orientierungsanforderungen. Auch wenn eine grundlegende Vereinfachung des Rechts nicht zu erwarten ist, so sind doch, diese Forderung richtet sich an den Gesetzgeber, die Möglichkeiten für die Schaffung von mehr Verständlichkeit besser als bisher auszuschöpfen. Ein Altenhilfegesetz könnte und sollte diesem Anliegen Rechnung tragen. In Anbetracht der Kompliziertheit der Rechtsordnungen werden Information, Auskunft und Beratung für ältere Menschen immer wichtiger. Die Entwicklung des europäischen Rechts unterstreicht diese Bedeutung zusätzlich. Die allgemeinen Anliegen, wie sie in den §§ 13 – 15 SGB I angesprochen sind, sollten eine altenspezifische Weiterentwicklung, etwa in dem geplanten Altenhilfegesetz, erfahren. Dabei sollte an die bundesrechtliche Regelung in § 75 BSHG angeknüpft werden; gleichzeitig sollten die Erfahrungen verwertet werden, die in den bereits bestehenden vielfältigen Alten- und Angehörigenberatungsstellen gesammelt worden sind.

81. Das Betreuungsrecht muss weiterentwickelt werden. Der einzelne alte Mensch wird – auch bei einem ausgebauten Auskunfts- und Beratungssystem – häufig nicht in der Lage sein, die Ressourcen, die ihm die Rechtsordnung bietet, voll zu nutzen. Er bedarf dann einer Betreuung, die stärker als dies bisher der Fall ist, die verschiedenen rechtlichen Bereiche und insbesondere den Bereich der sozialen Sicherheit einbeziehen sollte. Vor allem auch insoweit bedarf das Betreuungsrecht einer Weiterentwicklung.

Literaturverzeichnis

Aktion gegen Gewalt in der Pflege (1999): Memorandum der Aktion gegen Gewalt in der Pflege. Für eine menschenwürdige Pflege. Bonn.

Alber, J.; Schölkopf, M. (1999): Seniorenpolitik. Amsterdam.

Alt, C. (1994): Reziprozität von Eltern-Kind-Beziehungen in Mehrgenerationennetzwerken. In: W. Bien (Hrsg.): Eigeninteresse oder Solidarität? Beziehungen in Mehrgenerationenfamilien. Opladen, S. 223-248.

Arnold, M.; Paffrath, D. (2000): Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart/New York.

ASG (1996): Das ASG-Reformkonzept der Pflegebildung. Bonn.

Aulbert, E.; Klaschik, E.; Pichlmaier, H. (Hrsg.) (1998): Palliativmedizin. Die Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Stuttgart.

Aust, B. (1994): Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. (Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung) Berlin.

Avolio, B. J. (1991): A levels-of-analysis perspective of aging and work research. In: K. W. Schaie, M. P. Lawton (Hrsg.): Annual Review of Gerontology and Geriatrics 11. New York.

Bäcker, G. (1999a): Von der Frühverrentung zur Altersteilzeit. Alter Wein in neuen Schläuchen? In: G. Naegele, R.-M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie, Lebenslagen im Alter und Sozialpolitik für ältere Menschen. Eine Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen, S. 249-265.

Bäcker, G. (1999b). Leistung und Erfahrung. Altern in der Arbeitsgesellschaft. In: A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Bd. 2: Lebenslagen und Lebenswelten, Soziale Absicherung und Altenpolitik. Opladen.

Backes, G. (2000): Lebenslagen und Alter(n)sformen von Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Vechta/Berlin.

Bäcker, G. (1996): Demographischer Wandel, Arbeitsmarktentwicklung und Beschäftigungsperspektiven älterer Arbeitnehmer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, S. 23-28.

Backes, G. (1992): Familie und Alter: Zwischen traditionellem Leitbild und modernen Lebensformen. In: Zeitschrift für Sozialreform 38 (8), S. 457– 477.

Badelt, C.; Österle, A. (1998): Grundzüge der Sozialpolitik. Allgemeiner Teil: Sozialökonomische Grundlagen. Wien.

Badura, B.; Hart, D.; Schellschmidt, H. (1999): Bürger orientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden.

Baltes, M. (1999): Die heutigen Generationen bauen die Straßen, auf denen die nächsten fahren – Über den Lebenslauf und die Zukunft des Alters. Unveröffentl. Ms. eines Vortrags anlässlich der SPD-Veranstaltung „Leitbilder für das 21. Jahrhundert: Die neue Rolle des Aktiven Alters".

Baltes, M. (1998): The psychology of the oldest-old: The fourth age. In: Current Opinion in Psychology 11, S. 411-415.

Baltes M.; Lang, F.; Wilms, H. (1998): Selektive Optimierung mit Kompensation. Erfolgreiches Altern in der Alltagsgestaltung. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bd. 1: Grundlagen (Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Bd. 15), Göttingen u.a.

Baltes, M., Maas, I., Wilms, H.-U.; Borchelt, M. (1996): Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 525-542.

Baltes, P. B. (1999): Alter und Altern als unvollendete Architektur der Humanontogenese. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 443-448.

Baltes, P. B.; Baltes, M. M. (1992): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. In: P.B. Baltes, J. Mittelstraß (Hrsg.) (1994): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. (Forschungsbericht 5 der Akademie der Wissenschaften zu Berlin) Berlin, S. 1-34.

Baltes, P. B.; Mittelstraß, J. (Hrsg.) (1994): Alter und Altern. Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. (Forschungsbericht 5 der Akademie der Wissenschaften zu Berlin) Berlin.

Baltes, P. B.; Smith, J. (1999): Multilevel and systemic analyses of old age. Theoretical and empirical evidence for a fourth age. In: V. L. Bengtson, K. W. Schaie (Hrsg.): Handbook of theories of aging. New York, S. 153-173.

Bandemer, S. von (1997): König Kunde kennenlernen. In: Häusliche Pflege 6 (1), S. 10-16.

Barkholdt, C. (1998a): Destandardisierung der Lebensarbeitszeit. Eine Chance für die alternde Erwerbsgesellschaft? Opladen.

Barkholdt, C. (1998b): Systematische Destandardisierung der Lebensarbeitszeit – angesichts veränderter Lebens- und Arbeitsbedingungen erscheint eine systematische und sozialverträgliche Flexibilisierung der Lebensarbeitszeit geboten. In: Zeitschrift für Sozialreform 44 (9), S. 638-650.

Bastine, R. (1998): Klinische Psychologie. Band I: Grundlegung der Allgemeinen Klinischen Psychologie. Stuttgart.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2000): 4. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Ausländer über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (Hrsg.) (1997): Migration und Integration in Zahlen. Ein Handbuch. Bonn/Berlin.

Becker, Irene (1999): Zur Verteilungsentwicklung in den 80er und 90er Jahren. Gibt es Anzeichen einer Polarisierung in der Bundesrepublik Deutschland? Teil 1: Veränderungen der personellen Einkommensverteilung. In: WSI Mitteilungen 52, S. 205-214.

Becker, S.; Lademann, J.; Müller, K.; Thielhorn, U. (1998): Das Pflegegeschehen in der ambulanten Versorgung aus Patientensicht. Hochschulforum Pflege 2 (2), S. 15-17.

Beck-Gernsheim, E. (1993): Familie und Alter. Neue Herausforderungen, Chancen, Konflikte. In: G. Naegele, H. P. Tews (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen, S. 158-169.

Bedau, K.-D. (1998): Auswertungen von Statistiken über die Vermögensverteilung in Deutschland. (Beiträge zur Strukturforschung 173) Berlin.

Bedau, K.-D. (1999): Zur materiellen Lage der Senioren in West- und Ostdeutschland. In: Wochenbericht des DIW 37, S. 667-678.

Behrend, C. (1997): Die künftige Beendigung des Erwerbslebens – Kontinuität oder Abbau sozialer Standards? Regensburg.

Behrend, C. (1999): Erwerbsarbeit im Wandel, Beschäftigungschancen älterer Arbeitnehmer und Übergänge in den Ruhestand. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Behrens, J. (1999): Länger erwerbstätig durch Arbeits- und Laufbahngestaltung: Personal- und Organisationsentwicklung zwischen begrenzter Tätigkeitsdauer und langfristiger Erwerbstätigkeit. In: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrock, E. Zimmermann (Hrsg.): Länger erwerbstätig – aber wie? Opladen, S. 71-115.

Behrens, J.; Elkeles, T.; Schulz, D. (1998): Begrenzte Tätigkeitsdauer und relative Gesundheit. In: H. R. Walter, W. Dressel, D. Blaschke, G. Engelbrech (Hrsg.): Was prägt Berufsbiographien? Nürnberg, S. 196-228.

Behringer, F. (1998): Qualifikationsspezifische Unterschiede in der beruflichen Weiterbildung: Das Resultat unterschiedlicher Interessen und selektiver betrieblicher Förderung. In: Sozialwissenschaften und Berufspraxis 21, S. 295-305.

Beikirch, E.; Korporal, J. (i.E.): Ambulante Pflege. In: B. Rennen-Allhoff, D. Schaeffer (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München.

Bengtson, V. L.; Burgess, E. O.; Parrott, T. M. (1997): Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. In: Journal of Gerontology: Social Sciences 52B, S. 72-88.

Benninghaus, H. (1996): Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse. 4. Aufl. München/Wien.

Berg, G. (1998): Migranten. In: F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen. München/Wien/Baltimore, S. 549-556.

Berger, G.; Gerngroß-Haas, G. (1997): Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung. In: Altenheim, 36 (3), S. 28-39.

Bertram, H. (1996): Familienwandel und Gernationsbeziehungen. In: H. Buba, N.F. Schneider (Hrsg.): Familie – zwischen gesellschaftlicher Prägung und individuellem Design. Opladen, S. 61-79.

Bertram, H. (1997): Getrennt wohnen – solidarisch leben. Die multilokale Mehrgenerationenfamilie. In: A. Lepenies (Hrsg.): Alt und Jung: Das Abenteuer der Generationen. Basel/Frankfurt am Main, S. 79-85.

Bertuleit, A.; Binne, W. (1996): Handlungsbedarf wegen verfassungswidriger Ungleichbehandlung von Pensionären gegenüber Rentnern bei der Besteuerung? In: Deutsche Rentenversicherung (7), S. 416-462.

Beske, F.; Hallauer, J. F. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland, 3. Aufl. Köln.

Beyreuther K (1997): Molekularbiologie der Alzheimer-Demenz. In: H. Förstl (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart, S 31-43.

Bickel, H. (1995): Demenzkranke in Alten- und Pflegeheimen. Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Medizinische und gesellschaftspolitische Herausforderung: Alzheimer Krankheit. Bonn, S. 49-68.

Bien, W. (Hrsg.) (1994): Eigeninteresse oder Solidarität? Beziehungen in modernen Mehrgenerationenfamilien. Opladen.

Birg, H. (1999): Auswirkungen der demographischen Alterung auf das Gesundheitsystem – Simulationsrechnungen auf der Basis des IBS-Bevölkerungsmodells, Bielefeld (unveröff. Ms.).

Birg, H.; Flöthmann, E.-J.; Frein, Th.; Ströker, K. (1998): Simulationsrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in den alten und neuen Bundesländern im 21. Jahrhundert. Bielefeld.

Birk, D.; Wernsmann, R. (1998): Die Besteuerung der Alterssicherung in ihren verschiedenen Formen. In: J.-E. Cramer, W. Förster, F. Ruland (Hrsg.): Handbuch zur Altersversorgung. Gesetzliche, betriebliche und private Vorsorge in Deutschland. Frankfurt am Main, S. 833-853.

Birk, Dieter (1986): Steuergerechtigkeit und Rentenbesteuerung, In: Deutsche Rentenversicherung, (3,4), S. 129-142.

Blinkert, B.; Klie, T. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Studie zur Situation häuslich versorgter Pflegebedürf-

tiger nach Einführung der Pflegeversicherung, im Auftrag des Sozialministeriums Baden-Württemberg. Hannover.

Blom, M.; Duijnstee, M. (1999): Wie soll ich das nur aushalten? Mit dem Pflegekompass die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen. Bern.

Boecken, W. (1998): Förderung eines gleitenden Übergangs in den Ruhestand: Altersteilzeitgesetz und Teilrente. In: Arbeit und Sozialpolitik 52, S. 29-49.

Boeger, A.; Pickartz, A. (1998): Die Pflege chronisch Kranker in der Familie – Psychosoziale Beeinträchtigungen und Wohlbefinden bei pflegenden Frauen. In: Pflege (11), S. 319-323.

Borchers, A. (1997): Soziale Netzwerke älterer Menschen. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Expertisenband 1 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt, S. 176-200.

Bosl, M. (1999): Multikulturelles Bürgerengagement in Minderheiten – Selbstorganisation und Initiativgruppen. In: Soziale Arbeit 48 (10/11), S. 377-384.

Bracker, M. (1990): Pflegezwang für Frauen. Häusliche Pflege alter Menschen durch Familienangehörige. In: Dr. med. Mabuse 66, S. 38-71.

Braun, J.; Claussen, F. (1997): Freiwilliges Engagement im Alter. Nutzer und Leistungen von Seniorenbüros. Stuttgart/Berlin/Köln.

Breuer, W.; Engels, D. (1999): Grundinformationen und Daten zur Sozialhilfe. (Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung) Bonn, 1999.

Breyer, F. (2000): Zukunftsperspektiven der Gesundheitssicherung. In: R. Hauser (Hrsg.): Die Zukunft des Sozialstaats. Berlin, S. 167-199.

Breyer, F.; Ulrich, V. (1999): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt. Eine ökonometrische Analyse. Konstanz/Greifswald (unveröff. Ms.).

Brödel, R. (Hrsg.) (1998): Lebenslanges Lernen – lebensbegleitende Bildung. Neuwied.

Bruns, A. (1999): Pflege und Weiterentwicklung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge. Die Ersatzkasse 10, S. 971-975.

Bundesanstalt für Arbeit (1999): Amtliche Nachrichten der Bundesanstalt für Arbeit. Nürnberg.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. – BAG (versch. J.): Gesamtstatistik der Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege. Bonn.

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnanpassung e.V. (2000): Wohnungsanpassung und Wohnberatung. Dokumentation eines Workshops im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Selbständig wohnen im Alter" am 23. und 24. Februar 1999 in Kassel. (Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Berlin.

Bundesärztekammer (1998): Neufassung der Richtlinie zur Sterbebegleitung. Köln.

Bundesministerium des Innern (1995): Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahr 2040. Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2000): Sozialpolitische Umschau (1). Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1994a): Alterssicherung in Deutschland 1992 (ASID '92). Band I: Strukturdaten zur Einkommenssituation von Personen und Ehepaaren ab 55 Jahren. (Forschungsbericht 244 Sozialforschung von Infratest Sozialforschung) Bonn.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (1998): Übersicht über das Sozialrecht, 5. neubearbeitete und erweiterte Auflage. Bonn.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (1999): Berufsbildungsbericht 1999. Bonn: Deutscher Bundestag (Drucksache 14/1056).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.) (2000): Ältere Ausländer und Ausländerinnen in Deutschland. Dokumentation der Fachtagung „Ausländische und deutsche Seniorinnen und Senioren gemeinsam: Modelle und Perspektiven gesellschaftlicher Partizipation und Integration. Stuttgart/Berlin/Köln.

Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend – BMFSFJ (Hrsg.) (1998): Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Wohnen im Alter. Bundestags-Drucksache 13/9750. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit – BMG (1999): Daten des Gesundheitswesens – Ausgabe 1999. Baden-Baden.

Burger, St. (1999): Diagnostic Related Groups. Instrument zur Einführung einer leistungsorientierten Vergütung im Krankenhaus. In: Arbeit und Sozialpolitik 53 (5+6), S. 24-31.

Burgio, L. D., Scilley, K., Hardin, J. M., Janosky, J., Bonino, P., Slater, S. C., & Engberg, R. (1994): Studying disruptive vocalization and contextual factors in the nursing home using computer-assisted real-time observation. In: Journal of Gerontology: Psychological Sciences 49 (5), S. 230-239.

Buttler, G. et al. (1999): Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Kosten im Gesundheitswesen, in: Allgemeines Statistisches Archiv 83, S. 120-136.

Cambois, E.; Robine, J.-M. (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy. In: R. Eisen, F. Sloan (Hrsg.): Long-term care: economic issues and policy solutions. Boston, S.11-23.

Caritas (1999): Ehrenamt in der Caritas. In: Caritas Korrespondenz (3), S. 5-36.

Claupein, E. (1990): Vermögen und Vermögensbildungsprozesse der privaten Haushalte. Berlin.

Collatz, J. (1997): Ethnomedizinische Grundlagen bei der Beurteilung von Arbeitsmigranten – verschiedene Aspekte der Lebensleistung. In: J. Collatz, E. Koch,

R. Salman, W. Machleidt (Hrsg.): Transkulturelle Begutachtung. Berlin, S. 13-35.

Collatz, J.; Salmann, R.; Koch, E.; Machleidt, W. (1997): Transkulturelle Begutachtung. Qualitätssicherung sozialgerichtlicher und sozialmedizinischer Begutachtung für Arbeitsmigranten in Deutschland. Berlin.

Corless, I. B.; Germino, B. B.; Pittman, M. (1994): Dying, Death and Bereavement. Theoretical Perspectives and other ways of knowing. Boston.

Crimmins, E.; Hayward, M. (1997): What can we learn about competence at the older ages from active life expectancy? In: S. Willis; K. W. Schaie, M. Hayward (Hrsg.): Societal mechanisms for maintaining competence in old age. New York, S. 1-22.

Dahlem, O. (1993): Qualitätssicherung der Pflege im Alter. In: Sozialer Fortschritt 42 (4-5), S. 105-109.

Dalhoff, M. (1997): Die Regelung zur Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik 51 (11-12), S. 25-50.

Damkowski, W.; Klie, T.; Kronseder, E.; Luckey, K.; Stappenbeck, J. (1997): Ambulante Pflegedienste. Veränderungen wahrnehmen, Ideen umsetzen. Hannover.

Del Togno-Armanasco, V.; Hopkin, L. A.; Harter, S. (1993): Collaborative nursing case management. New York.

Deutsche Bundesbank (1999): Zur Entwicklung der privaten Vermögenssituation seit Beginn der neunziger Jahre. In: Deutsche Bundesbank Monatsbericht 51 (1), S. 33-50.

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. – DBfK (Hrsg.) (1998): Berufsbild. Eschborn.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998): Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik. (Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung 8) Bonn.

Deutscher Bundestag (1998a): Ausschuß für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 13. Wahlperiode. Schriftliche Stellungnahmen für die öffentliche Anhörung des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend „Freiwilliges soziales Engagement und Ehrenamt" am 4. Februar 1998 (Ausschußdrucksache 13/294). Bonn.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1994): Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik. Bonn.

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bundestags-Drucksache 7/4200. Bonn.

Deutsches Institut für Altersvorsorge GmbH (Hrsg.) (1999): Reformerfahrungen im Ausland. Ein systematischer Vergleich aus 6 Ländern. Köln.

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung – DIW (1999): Zur langfristigen Bevölkerungsentwicklung in Deutschland. In: DIW-Wochenbericht 66 (42), S. 745-757.

Deutsches Rotes Kreuz – DRK (Hrsg.) (1991): Ältere Migranten. Förderung des sozialen Engagements junger Menschen zur Vermittlung von Hilfen für ältere ausländische Mitbürger in der Bundesrepublik, Meckenheim-Merl.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung – DZFA (2000a): Noch unveröffentlichte Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Heidelberg.

Deutsches Zentrum für Alternsforschung (DZFA) (2000b). Noch unveröffentlichte Ergebnisse des Projekts „Mobilität und Wohnen älterer Menschen im ländlichen Raum". Heidelberg.

Dieck, M. (1987): Die ältere Generation im Spiegelbild der großen Regierungserklärungen von 1949 bis 1987. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Die ergraute Gesellschaft. Berlin, S. 189-218.

Diehl, C.; Urbahn, J.; Esser, H. (1998): Die soziale und politische Partizipation von Zuwanderern in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1993): Ältere ausländische Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Expertisen zum ersten Altenbericht der Bundesregierung – III. Aspekte der Lebensbedingungen ausgewähler Bevölkerungsgruppen, Berlin.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1998): Ältere Migranten: Daten zur Lebenslage und Überlegungen zur Nachfrage institutioneller Hilfeleistungen. In: Deutsches Rotes Kreuz Generalsekretariat (Hrsg.): Alt in der Fremde, fremd im Alter? Konzepte in der Betreuung und Pflege älterer Migrantinnen und Migranten. Tagungsdokumentation. Bonn, S. 9-25.

Dietzel-Papakyriakou, M. (1999): Wanderungen alter Menschen. Das Beispiel der Rückwanderungen der älteren Arbeitsmigranten. In: G. Naegele, R. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für alte Menschen. Eine Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen/Wiesbaden.

Dietzel-Papakyriakou, M.; Olbermann, E. (1996): Soziale Netzwerke älterer Migranten. Zur Relevanz familiärer und innerethnischer Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 (1), S. 34-41.

Dietzel-Papakyriakou, M.; Olbermann, E. (1998): Wohnsituation älterer Migranten in Deutschland. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnverhältnisse älterer Migranten. Frankfurt a. M./New York, S. 10-86.

Diewald, M. (1990): Pluralisierung oder Polarisierung? Empirische Ergebnisse zur gesellschaftspolitischen Bedeutung von Familien- und Netzwerkbeziehungen in der Bundesrepublik. In: Zeitschrift für Sozialreform 36 (11-12), S. 746-763.

Dinkel, R. (1999): Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand. Eine empirische Kalkulation der

Healthy Life Expectancy für die Bundesrepublik auf der Basis von Kohortendaten. In: H. Häfner (Hrsg.): Gesundheit – unser höchstes Gut? Berlin, S. 61-82.

Dittmann-Kohli, F.; Sowarka, D.; Timmer, E. (1997): Beruf und Alltag: Leistungsprobleme und Lernaufgaben im mittleren und höheren Erwachsenenalter. In: F. E. Weinert, H. Mandl (Hrsg.): Psychologie der Erwachsenenbildung. Enzyklopädie für Psychologie. Themenbereich D: Praxisgebiete, Serie I: Pädagogische Psychologie 4. Göttingen, S. 179-235.

Dittmann-Kohli, F.; van der Heijden, B. (1996): Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer – interne und externe Einflußfaktoren. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29, S. 323-327.

Döhler, M. (1991): Strukturpolitik versus Ordnungspolitik. Ein Vergleich sozialliberaler und christlich-liberaler Reformen im Gesundheitswesen. In: B. Blanke, H. Wollmann (Hrsg.): Die „alte" Bundesrepublik – Kontinuität und Wandel. (Leviathan Sonderheft 12) Opladen, S. 463-481.

Dorbritz, J. (1998): Die Berechnung zusammengefaßter Wiederverheiratungsziffern Geschiedener – Probleme, Berechnungsverfahren und Ergebnisse. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 23 (3), S. 253-262.

Dorbritz, J.; Gärtner, K. (1998): Bericht über die demographische Lage in Deutschland mit dem Teil B „Ehescheidungen – Trends in Deutschland und im internationalen Vergleich. In: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 23 (4), S. 373-458.

Dorbritz, J.; Gärtner, K. (1999): Berechnungen zur Kinderlosigkeit am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung – methodische Probleme und Ergebnisse. In: BiB-Mitteilungen 20 (2), S. 13-15.

Dostal, W. (1995). Die Informatisierung der Arbeitswelt – Multimedia, offene Arbeitsformen und Telearbeit. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 28, S. 527-543.

DV Pflegewissenschaft (1998): Studiengänge der Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Ein Überblick. Duisburg.

Eckerle, K.; Oczipka, T. (1998): Prognos-Gutachten 1998 für den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger – Auswirkungen veränderter ökonomischer und rechtlicher Rahmenbedingungen auf die gesetzliche Rentenversicherung in Deutschland. (Sonderausgabe der DRV-Schriften 9) Frankfurt.

Eggen, Bernd (1998): Privathaushalte mit Niedrigeinkommen. Familienwissenschaftliche Forschungsstelle im Statistischen Landesamt Baden-Württemberg. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit 100) Baden-Baden.

Eichenhofer, E. (1999): Das europäische koordinierende Krankenversicherungsrecht nach den EuGH-Urteilen Kohl und Decker. In: VSSR, Vierteljahresschrift für Sozialrecht (2), S. 101-122.

Eicher, K. (1990): Die Schwerpflegebedürftigkeit als leistungsauslösendes Moment der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Die Sozialversicherung, S. 129-132.

Eichhorn, S. (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: B. Badura, G. Feuerstein, T. Schott (Hrsg.): System Krankenhaus. München. S. 241-253

Eitenmüller, S.; Eckerle, K. (1999): Versorgungslücken in der Alterssicherung: Privater Vorsorgebedarf für den Schutz im Alter, bei Erwerbsminderung und im Hinterbliebenenfall (Prognos Endbericht). Basel.

Emmrich, D.; Schnepp, W. (1998): Aus der Anonymität ins Rampenlicht. In: Forum Sozialstation 22 (93), S. 34-37.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotheapeutisch/psychosomatischen Bereich. Aktion Psychisch Kranke e. V., (Hrsg.), Bonn 1988.

Engstler, H. (1998a): Wiederheirat nach Scheidung. Umfang, Tempo und Faktoren einer erneuten Eheschließung am Beispiel des Scheidungsjahrgangs 1987 in der Schweiz. (Herausgegeben vom Bundesamt für Statistik der Schweiz) Neuchâtel.

Engstler, H. (1998b): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik. (Herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) Bonn.

Erbsland, M. (1995): Demographische Effekte auf die zukünftigen Behandlungsausgaben und den zukünftigen Beitragssatz der GKV, Mannheim (ZEW Discussion Paper 18/95).

Erbsland, M.; Wille, E. (1995): Bevölkerungsentwicklung und Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, S. 661-686.

Erlemeier, N. (1998): Suizidalität im Alter. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd. I: Grundlagen (S. 299-314). Göttingen.

Ermini-Fünfschilling, D.; Meier, D. (1995): Gedächtnistraining – Wichtiger Bestandteil der Milieutherapie bei seniler Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, 190-194.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (Hrsg.) (1993): Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der Europäischen Gemeinschaften. Luxemburg.

Evers, A.; Rauch, U. (1998): Pflieglichkeit und Nutzerorientierung. Eine Untersuchung bei ambulanten Pflegeanbietern im Vogelsbergkreis. Bericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Modellprojekts „Pflege im Vogelsbergkreis". (Herausgegeben von der Koordinierungsstelle für ambulante Pflegedienste des Landratsamts des Vogelsbergkreises) Lauterbach.

Ewers, M (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung.(Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health

P96-208 des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung) Berlin.

Ewers, M. (1998): Pflegequalität – Arbeitsbuch für die ambulante Pflege bei Aids. (Herausgegeben von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.) Hannover.

Ewers, M. (1999): Implikationen therapeutisch-technischer Innovationen in der ambulanten Pflege: das Beispiel der Infusionstherapie. Unveröffentlichtes Manuskript am Institut für Pflegewissenschaft, Bielefeld.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (1999): Herausforderungen für die ambulante Pflege Schwerstkranker. Eine Situationsanalyse nach Einführung der Pflegeversicherung. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft P99-107) Bielefeld.

Ewers, M.; Schaeffer, D. (2000): Klinisches Case Management in Theorie und Praxis. Bern.

Fachinger, U. (1999): Materielle Ressourcen älterer Menschen – Struktur, Entwicklung und Perspektiven. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Bremen.

Fachinger, U. (1998): Die Verteilung der Vermögen privater Haushalte: Einige konzeptionelle Anmerkungen sowie empirische Befunde für die Bundesrepublik Deutschland. (Arbeitspapier 13/1998 des Zentrums für Sozialpolitik) Bremen.

Fachinger, U.; Oelschläger, A. (2000): Alterssicherung von Selbständigen. Sozialpolitischer Handlungsbedarf. (Arbeitspapier 3/2000 des Zentrums für Sozialpolitik) (Erscheint in: D. Boegenhold [Hrsg.]): Kleine und mittlere Unternehmen in der Arbeitsmarktforschung. Arbeit und selbständige Erwerbsarbeit im Strukturwandel. Frankfurt u. a. O.)

Fachinger, U.; Rothgang, H.; Schneekloth, U. (1995): Resümee und Ausblick. In: U. Fachinger, H. Rothgang (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes. Berlin, S. 297-320.

Faigle, B.; Knäpple, A. (1998): Qualität aus Sicht der Pflegebedürftigen. In: Altenheim, 37 (5), S. 8-12.

Färber, B. (2000): Neue Fahrzeugtechnologien zur Unterstützung der Mobilität Älterer. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, S. 178-185.

Farny, D.; Lütke-Bornefeld, P.; Zellenberg, G. (1996): Lebenssituationen älterer Menschen. Beschreibung und Prognose aus interdisziplinärer Sicht. (Sozialwissenschaftliche Schriften 32) Berlin.

Faull, C.; Carter, Y.; Woolf, R. (1998): The Handbook of Palliative Care. New York.

Faulstich, P.; Bayer, M.; Krohn, M. (Hrsg.) (1998). Zukunftskonzepte der Weiterbildung. München.

Ferber, C. von (1993): Pflege und Pflegebedürftigkeit – eine Herausforderung für professionelle und ehrenamtliche Arbeit. In: H. W. Müller (Hrsg.): Pflegenotstand – Not der Pflegenden und Gepflegten – Krankenpflege im Dienst der Gesundheit. (Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheit e.V. 20) Frankfurt a. M.

Fijalkowski, J. (1999): Ausgrenzung und Selbstausgrenzung von Zuwandererminoritäten. Die Bedeutung von Eigenorganisation. In: S. Herkommer (Hrsg.): Soziale Ausgrenzungen. Gesichter des neuen Kapitalismus. Hamburg, S. 209-231.

Filipp, S.-H.; Mayer, A.-K. (1999): Bilder des Alters. Altersstereotype und die Beziehungen zwischen den Generationen. Stuttgart u. a. O.

Fischer, W. (1999): Diagnostic Related Groups (DRG's) im Vergleich zu den Patientenklassifikationssystemen von Österreich und Deutschland. Wolferswil.

Fischer, W. (1997): Patientenklassifikationssysteme zur Bildung von Behandlungsfallgruppen im stationären Bereich. Wolferswil/Bern.

Fooken, I. (1995): Geschlechterdifferenz oder Altersandrogynität? Zur Beziehungsentwicklung in langjährigen Ehebeziehungen. In: A. Kruse, R. Schmitz-Scherzer (Hrsg.): Psychologie der Lebensalter. Darmstadt, S. 231-239.

Fooken, I. (1992): Sexualität im Alter. In: J. Denzin (Hrsg.): Intimität und Identität im Alter. Dokumentation des 7. Psychogeriatrischen Symposions der Freien Universität Berlin. Berlin.

Fooken, I. (1990): Zur Intimitätsentwicklung älterer Ehepaare aus der Perspektive der Lebensspanne. In: R. Schmitz-Scherzer, A. Kruse, E. Olbrich (Hrsg.): Altern - ein lebenslanger Prozeß der sozialen Interaktion. Darmstadt, S. 209-221.

Fooken, I. (1980): Frauen im Alter. Eine Analyse intra- und interindividueller Differenzen. Frankfurt/M u. a. O.

Fooken, I.; Lind, I. (1996): Scheidung nach langjähiger Ehe im mittleren und höheren Erwachsenenalter. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 113) Stuttgart u. a. O.

Forschungsgesellschaft für Gerontologie (1996): Strukturreform der Pflegeausbildungen. Gutachten über Handlungsbedarf zur Neustrukturierung von Berufsbildern der gesundheits- und sozialpflegerischen Berufe und bildungspolitische Schlussfolgerung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Dortmund.

Förstl, H.; Lauter, H.; Bickel, H. (2000): Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. Entwicklungen, Gegenwart und Zukunft. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". München.

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (1998): Älter werden in der Fremde. „Wohn- und Lebenssituation älterer ausländischer Hamburgerinnen und Hamburger", Hamburg.

Frerichs, F. (1998a): Älterwerden im Betrieb. Opladen.

Frerichs, F. (1998b): Beschäftigungschancen und -risiken älterer Arbeitnehmer im Betrieb. In: Zeitschrift für Sozialreform 44, S. 651-671.

Frietsch, H. (1991): Bestimmungsgründe der Sparquote. (Untersuchungen über das Spar-, Giro- und Kreditwe-

sen: Abteilung A: Wirtschaftswissenschaft 144) Berlin.

Fritsch, S. (1994): Differentielle Personalpolitik. Eignung zielgruppenspezifischer Weiterbildung für ältere Arbeitnehmer. Wiesbaden.

Frizzell, L. B. (1997): Fitness and exercise for older adults with developmental disabilities. In: Activities, Adaptation and Aging 21 (3) S. 37-51.

Fuchs, J. (1998): Das Konzept der Stillen Reserve des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. In: J. Schupp, F. Büchel, M. Diewald, R. Habich (Hrsg.): Arbeitsmarktsstatistik zwischen Realität und Fiktion. Berlin, S. 235-254.

Fuchs, J. (1999): Die Situation von Pflegenden. In: NDV Nachrichtendienst 79 (10), S. 337-341.

Gabanyi, M. (1997): Ambulante Pflegedienste im Spannungsfeld zwischen Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kundenorientierung. Augsburg.

Garhammer, M. (1994): Balanceakt Zeit. Auswirkungen flexibler Arbeitszeiten auf Alltag, Freizeit und Familie. Berlin.

Garms-Homolová, V. (1992): Mitarbeiterqualifikation in der Altenhilfe. Gegenwärtige Situation und Qualifikationsbedarf in ambulanten und stationären Einrichtungen der neuen Bundesländer. Expertise im Auftrag des KDA e.V., herausgegeben vom Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte e.V. Berlin.

Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (Hrsg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin.

Garms-Homolová, V.; Schaeffer, D. (1992): Versorgung alter Menschen. Sozialstationen zwischen wachsendem Bedarf und Restriktionen. Freiburg.

Gennrich, R. (2000): Arbeitshilfen für Planung und Betrieb von Tagespflege-Einrichtungen. Köln.

Gerhardt, U. (1999). Herz und Handlungsrationalität. Biographische Verläufe nach koronarer Bypass-Operation zwischen Beruf und Berentung. Eine idealtypenanalytische Studie. Frankfurt.

Gerhardt, U. (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt.

Gerhardt, U.; Friedrich, H. (1982): Familie und chronische Krankheit – Versuch einer soziologischen Standortbestimmung. In: M. Angermeyer, H. Freyberg (Hrsg.): Chronisch kranke Erwachsene in der Familie. Stuttgart, S. 1-25.

Gerste, B.; Rehbein, I. (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick. Bonn.

Giese, D. (1996): Zur Frage der rechtlichen Möglichkeit und den Voraussetzungen zur Statuierung einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft der Bewohner der dem Heimgesetz unterfallenden Einrichtungen. Gutachten, erstattet für die Bundesinteressenvereinigung der Altenheimbewohner. (Maschinengeschriebenes Manuskript) Frankfurt/M.

Gitlin, L. N. (1998): Testing home modification interventions: Issues of theory, measurement, design, and implementation. In: R. Schulz, G. Maddox, M. P. Lawton (Hrsg.): Focus on interventions research with older adults. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, Vol. 18. New York, S. 190-246.

Glaeske, G. et al. (1999): Ursachen für den überproportionalen Anstieg der Gesundheitskosten im Alter. In: Enquete-Kommission „Demographischer Wandel", Deutscher Bundestag (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Band III, Heidelberg, S. 455-630.

Goedereis, K. (1999): Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhaussektors. Dualistik und Monistik im Strukturvergleich. Lohmar/Köln.

Görres, S. (1993): Familienpflege und Angehörigenkarrieren. In: Zeitschrift für Gerontologie 26 (5), S. 378-385.

Greve, W.; Niederfranke, A. (1998): Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 27, S. 130-135.

Großjohann, K.; Rückert, W. (1990): Tagespflege in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart.

Grütz, J.; Faik, J. (1998): Gesetzliche Rentenversicherung und Arbeitsmarkt – Eine ökonomische Betrachtungsweise. In: Deutsche Rentenversicherung 5, S. 292-314.

Häberlein, U.; Militzke, P.; Sackmann, J. (1996): Klarheit durch Kundenbefragung. In: Forum Sozialstation 20 (79), S. 36-39.

Häfner, H. (1994): Psychiatrie des höheren Lebensalters. In: P.B. Baltes, J. Mittelstraß, U. Staudinger (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, S. 230-255.

Hakamies-Blomquist, L.; Johannson, K.; Lundberg, C. (1996): Medical screening of older drivers as a traffic safety measure – A comparative Finnish-Swedish Study. In: Journal of the American Geriatrics Society 44, S. 650-653.

Halsig, N. (1995): Hauptpflegepersonen der Familie: Eine Analyse ihrer Situation, Bedingungen, Belastungen und Hilfsmöglichkeiten. In: Zeitschrift für Gerontologie und Psychiatrie (4), S. 247–262.

Haupt, H. (1999): Die subjektive Wohlfahrt älterer Menschen in Ostdeutschland – Entwicklungen im Spiegel der subjektiven Reflexion älterer Menschen. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Hauser, R. (1999): Personelle Primär- und Sekundärverteilung der Einkommen unter dem Einfluß sich ändernder wirtschaftlicher und sozialpolitischer Rahmenbedingungen. Eine empirische Analyse auf der Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichproben 1973-1993. In: Allgemeines Statistisches Archiv 83, S. 88-110.

Hauser, R.; Glatzer, W.; Hradil, S.; Kleinhenz, G. u. a. (1996): Ungleichheit und Sozialpolitik. (Berichte der

Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern 2) Opladen.

Hauser, R.; Becker, I.: Faik, J.; Schwarze, J. (1997): Entwicklung und Verteilung von Einkommen und Vermögen der privaten Haushalte in Deutschland. Gutachten im Auftrag der Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen. Frankfurt, 20. Juli 1997.

Heeg, S. (2000): Bauliches Milieu und Demenz. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.): Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart, S. 233-241.

Heinze, R. G.; Eichener, V.; Naegele, G.; Bucksteeg, M.; Schauerte. M. (1997): Neue Wohnung auch im Alter. Folgerungen aus dem demographischen Wandel für Wohnungspolitik und Wohnungswirtschaft.. Darmstadt.

Heinze, R. G.; Olk, T. (1999): Vom Ehrenamt zum bürgerschaftlichen Engagement. Trends des begrifflichen und gesellschaftlichen Strukturwandels. In: E. Priller (Hrsg.): Perspektiven gesellschaftlichen Zusammenhalts. Empirische Befunde, Praxiserfahrungen, Messkonzepte. Berlin, S. 77-100.

Helmchen, H.; Baltes, H. H.; Geiselmann, B.; Kanowski; S.; Linden, M.; Reischies, F. M.; Wagner, M.: Wilms, H.-U. (1996): Psychische Erkrankungen im Alter. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 185-220.

Helmchen, H.; Kanowski, S. (2000): Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychiatrie in Deutschland. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Henke, K.-D. (1999): Socially Bounded Competition in Germany. In : Health Affairs 18 (4), S. 203-205.

Henke, K.-D.; Göpffarth, D.(2000): Das Krankenhaus im System der Gesundheitsversorgung. In: J. Heintze, B. Huch, E. Kehres (Hrsg.): Krankenhauscontrolling – Konzepte, Methoden und Erfahrungen aus der Krankenhauspraxis. Stuttgart.

Henke, K.-D.; Rachold, U. (1999): Solidarität und Wettbewerb im Gesundheitswesen. In: G. Igl, G. Naegele (Hrsg.): Perspektiven einer sozialstaatlichen Umverteilung im Gesundheitswesen. München, S. 11-25.

Henke, K.-D.; Schaub, V. E. (1998): Daseinsvorsorge für die Zeiten von Krankheit und Alter. In: K. Morath (Hrsg.): Verläßliche soziale Sicherung. Bad Homburg, S. 177-198.

Herlyn, I. et al. (1998): Großmutterschaft im weiblichen Zusammenhang. Eine Untersuchung zu familialen Generationenbeziehungen aus der Perspektive von Großmüttern. Pfaffenweiler.

Heuft, G.; Kruse, A.; Radebold, H. (2000): Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie. München.

Heuft, G.; Schneider, G. (1999): Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen an die Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Münster.

Heuft, G.; Senf, W. (1998): Psychotherapeutische Behandlung psychosomatisch erkrankter älterer Patienten. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd. II: Intervention. Göttingen, S. 168-180.

Hilb, M. (1997): Ältere Mitarbeiter ein echter Gewinn. In: Personalwirtschaft (12), S. 29-34.

Hilbert, J. (1995): Verknüpfung: Die Schlüsselressource für die sozialverträgliche Entwicklung personenbezogener Dienstleistungen. In: Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Beschäftigungsfelder der Zukunft – personenbezogene Dienstleistungen. Bonn.

Hirsch, R. D.; Holler, G.; Reichwaldt, W.; Gervink, T. (1999): Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 114) Bonn.

Hober, R.-J. (1981): Versorgungsvermögen in der Vermögensverteilung. Tübingen.

Hof, B. (1997): Gesetzliche Rentenversicherung in der demographischen Klemme – Alternative Modellrechnungen für Deutschland bis 2040. In: Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.): Reform des Sozialstaats, Köln, S. 135-202.

Hofdijk, J. (1999): Erfahrungen mit DRG-Fallpauschalensystemen in Europa. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): DRG-Fallpauschalen in der Krankenhausstrukturreform. Symposium des AOK-Bundesverbandes am 18. Mai 1999, S. 21-33.

Hoffmann, E.-O. (2000): Fallpauschalen nach dem DRG-System. In: Arbeit und Sozialpolitik 54 (1+2), S. 10-19.

Hoffmann-Nowotny, H.-J. (1998): Die Integration ethnischer Minoritäten. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 38, S. 316-339.

Höft, B. (Hrsg.) (1999): Empfehlungen für Leistungsstandards in der gerontopschiatrischen Pflege. Bonn.

Holst, E. (1998): Zur Bedeutung, Erfassung und Dynamik der Stillen Reserve - Ein alternatives Konzept auf Basis des sozio-oekonomischen Panels. In: J. Schupp, F. Büchel, M. Diewald, R. Habich (Hrsg.): Arbeitsmarktsstatistik zwischen Realität und Fiktion. Berlin, S. 211-233.

Holst, E.; Schupp, J. (1998). Zum Auf- und Abau der Stillen Reserve in unterschiedlichen konjunkturellen Phasen. In: INIFES, ISF, SÖSTRA (Hrsg.): Erwerbsarbeit und Erwerbsbevölkerung im Wandel – Anpassungsprobleme einer alternden Gesellschaft. Frankfurt, S. 153-162.

Hörl, J.; Kytir, J. (1999): Trends in later life in Austria, 1971-1998 (hektographiertes Manuskript).

Hullen, G. (2000): Modellrechnung der Lebensformen, Haushalts- und Familienstrukturen. Wiesbaden (unveröffentliches Manuskript).

Hülser, O. (1996): Frauenerwerbstätigkeit im Transformationsprozess der deutschen Vereinigung. Ein Ost-West-Vergleich zu den Bedingungen der Erwerbstätigkeit von Frauen im geteilten und vereinigten Deutschland. (Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 194) Nürnberg.

Hummert, M. L. (1990): Multiple stereotypes of elderly and young adults: A comparison of structure and evaluations. In: Psychology and Aging 5, S. 182-193.

Igl, G. (1995): Die Pflegeversicherung. Strukturelle Auswirkungen und Konsequenzen für die Kommunen. In: G. Igl, G. Naegele (Hrsg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Hannover S. 9-40.

Imhof, A. E. (1981): Die gewonnenen Jahre. Von der Zunahme unserer Lebensspanne seit dreihundert Jahren oder von der Notwendigkeit einer neuen Einstellung zu Leben und Sterben. Ein historischer Essay. München.

Institut für Politikwissenschaft der Universität Münster (1999): Bestandsaufnahme der Potentiale und Strukturen von Selbstorganisationen von Migranten mit Ausnahme der Selbstorganisationen türkischer, kurdischer, bosnischer und maghrebinischer Herkunft in Nordrhein-Westfalen. In: Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1999): Selbstorganisationen von Migrantinnen und Migranten in NRW. Düsseldorf.

Institut für Soziale Infrastruktur – ISIS (Hrsg.) (1999): Ansätze und Methoden der Engagementförderung im Dritten Lebensalter. Stuttgart/Marburg/Erfurt.

Institut für Wohnungswesen, Immobilienwirtschaft, Stadt- und Regionalentwicklung an der Universität Bochum – InWis (1998): Der Markt für Seniorenimmobilien. Entwicklungen, Einflussfaktoren, Trends – Eine Studie im Auftrag der Westfälischen Hypothekenbank. Bochum.

Jacobs, K.; Schräder, W. F. (1999): Zur sozialkompatiblen Gestaltung von Strukturverträgen zur integrierten Versorgung. In: Arbeit und Sozialpolitik 53 (3–4), S. 10-19.

Jacobzone, S.; Cambois, E.; Chaplain, E.; Robine, J. M. (1999): The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing? In: OECD: Labour market and social policy. (Occasional Papers 37) Paris.

Jahoda, M. (1958): Current concepts of positive mental health. New York.

Kaiser, H. J. (2000): Mobilität und Verkehr. In: H.-W. Wahl; C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart.

Kayser, B.; Schwefing, B. (1998): Managed Care und HMOs. Bern.

King, D.; Mace, F.C. (1990): Acquisition and maintenance of exercise skills unter normalized conditions by adults with moderate and severe mental retardation. In: Ment. Retard. 28 (5), S. 311-317.

Klauder, W. (1993): Ausreichend Mitarbeiter für Tätigkeiten von morgen? In: H.-J. Bullinger, V. Volkholz, K. Betzl, A. Köchling, W. Risch (Hrsg.): Alter und Erwerbsarbeit der Zukunft. Berlin, S. 22-31.

Klein, T. (1998): Soziale Determinanten der aktiven Lebenserwartung. In: Zeitschrift für Soziologie, 28 (6), S. 448-464.

Klein, T.; Unger, R. (1999): Aktive Lebenserwartung in der Bundesrepublik. In: Gesundheitswesen 61, S. 168-178.

Klie, T. (1996): Qualitätssicherung und Pflegeversicherung - Eine Einführung. In: T. Klie (Hrsg.): Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege. 2. erw. Aufl. Melsungen, S. 1-14.

Klie, T.; Krahmer, U. (1998): Soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxiskommentar. Baden-Baden.

Klose, H.-U. & Ax, C. (Hrsg.) (1998): Zukunft des Handwerks in einer alternden Gesellschaft. In: Forum Demographie und Politik (11) Bonn.

Knieps, F. (1998): Das Zusammenwirken von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung – Kritische Anmerkungen zur Patientenkarriere aus der Sicht der Kassen. In: Sozialer Fortschritt 47 (6), S. 136-138.

Knopf, D. (1996): Pioniere wider Willen. Projektarbeit mit Vorruheständler(innen) in den neuen Bundesländern. In: C. Schweppe (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter. Weinheim/München, S. 207-228.

Knopf, D. (1998): Über das Altern innovativer Projekte. Perspektiven des Berliner Programms Erfahrungswissen in der Bestandskrise. In: R. Schmidt, H. Braun et al. (Hrsg.): Neue Steuerungen in Pflege und Sozialer Altenarbeit. Regensburg, S. 371-382.

Köbl, U. (2000): „Generationengerechtigkeit" – Überforderung von Politik und Recht?. In: G. Köbler, M. Heinze, W. Hromadka (Hrsg.): Europas universale rechtspolitische Aufgabe im Recht des dritten Jahrtausends. Festschrift für Alfred Söllner zum 70. Geburtstag. München, S. 523 ff.

Köhler, P. (1999): Die Reform der gesetzlichen Rentenversicherung in Schweden. In: Die Angestelltenversicherung 46 (2), S. 78-87.

Kohli, M. (1992): Altern in soziologischer Perspektive. In: P.B. Baltes, J. Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, S. 231-258.

Kohli, M. (1988): Die gesellschaftliche und individuelle Bedeutung der Altersgrenze. In: W. Schmähl (Hrsg.): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase? Tübingen, S. 36-53.

Kohli, M. (1985): Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. Historische Befunde und theoretische Argumente. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie 37, S. 1-29.

Kohli, M. et al. (1997): Generationenkonstellationen, Haushaltsstrukturen und Wohnentfernungen in der

zweiten Lebenshälfte. Erste Befunde des Alters-Survey. In: Becker, R. (Hrsg.): Generationen und sozialer Wandel. Opladen, S. 157-175.

Kohli, M.; Freter, H.-J.; Langehennig, M.; Roth, S.; Simoneit, G.; Tegel, S. (1993): Engagement im Ruhestand. Rentner zwischen Erwerb, Ehrenamt und Hobby. Opladen.

Kohli, M.; Künemund, H. (Hrsg.) (2000): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen.

Kohli, M.; Künemund, H. (1999): Partizipation und Engagement älterer Menschen – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Kohli, M.; Künemund, H. (1997): Nachberufliche Tätigkeitsfelder. Konzepte, Forschungslage, Empirie. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 130.1) Stuttgart.

Kohli, M.; Künemund, H.; Motel, A.; Szydlik, M. (2000): Generationenbeziehungen. In: M. Kohli, H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 176-211.

Kohli, M.; Künemund, H.; Motel, A.; Szydlik, M. (1997): Generationenkonstellationen, Haushaltsstrukturen und Wohnentfernungen in der zweiten Lebenshälfte. In: Becker, R. (Hrsg.): Generationen und sozialer Wandel. Generationendynamik, Generationenbeziehungen und Differenzierung von Generationen. Opladen, S. 157-175.

Kohli, M.; Neckel, S.; Wolf, J. (1999): Krieg der Generationen? Die politische Macht der Älteren. In: A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen/Wiesbaden.

Kohli, M.; Wolf, J. (1987): Altersgrenzen im Schnittpunkt von betrieblichen Interessen und individueller Lebensplanung. In: Soziale Welt 38, S. 92-109.

Kommission für Zukunftsfragen der Freistaaten Bayern und Sachsen (Hrsg.) (1998): Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in Deutschland. München.

Konrad, R. (1998): Die wesentlichen Änderungen im Betreuungsrecht durch das Betreuungsrechtsänderungsgesetz. In: NDV 78 (12), S. 373.

Korporal, J. (1998): Zur gesundheitlichen Situation von Familien nichtdeutscher Staatsangehörigkeit innerhalb der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Expertise zum 6. Familienbericht. Berlin.

Kortmann, K. (2000): Status Quo der Alterssicherung unter besonderer Berücksichtigung der betrieblichen Altersversorgung. Vortrag auf der Informationskonferenz Versorgung und Vergütung, 27. Januar 2000, hektographiertes Ms. Wiesbaden.

Kortmann, K.; Schatz, C. (1999): Altersvorsorge in Deutschland 1996 – (AVID'96). Zusammenfassung wichtiger Ergebnisse der Untersuchung „Strukturen und Trends der Altersvorsorge von 40- bis 60jährigen Rentenversicherten und ihrer Ehepartner". In: Deutsche Rentenversicherung (10-11), S. 573-597.

Krappmann, L. (1997): Großeltern und Enkel – Eine Beziehung mit neuen Chancen. In: A. Lepenies (Hrsg.): Alt und Jung: Das Abenteuer der Generationen. Basel; Frankfurt am Main, S. 112-120.

Krauth, Ch.; Schwartz, F.W., Perleth, M.; Busse, R. u. a. (1998): Zur Umsetzung ergebnisorientierter Vergütungselemente in der ambulanten Versorgung. In: Arbeit und Sozialpolitik, 52 (11–12), S. 10-22.

Kremer-Preiß, U. (1998): Betreutes Wohnen in Altenwohnheimen und Altenwohnanlagen – Analyse der Betreuungsverträge. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Betreutes Wohnen und Wohnen im Heim – Rechtliche Aspekte. Expertisenband 5 zum Zweiten Altenbericht der Bundesregierung. Frankfurt, S. 64-144.

Kremer-Preiß, U. (1999): Betreutes Wohnen für Senioren – Zur praktischen Umsetzung konzeptioneller Ziele in Baden-Württemberg. Untersuchung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik im Auftrag des baden-württembergischen Sozialministerium. Sozialministerium Baden-Württemberg. Stuttgart.

Kremer-Preiß, U. (1999a): So lange wie möglich zu Hause leben. Tagespflegeeinrichtungen im Rheinland. Pulheim.

Krings-Heckemeier, M.-T. (1996): Service-Wohnen – Ein Bedarfs- und nachfragegerechtes Wohnkonzept für ältere Menschen. In: BBauBl (8).

Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 16) Baden-Baden.

Kröll, M.; Brinkmann, A. (1999): Strukturwandel und Innovationen als Herausforderungen für die (Weiter-)Beschäftigung von älteren Arbeitnehmern. In: WSI-Mitteilungen 52, S. 273-285.

Kruse, A. (1990): Potentiale im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie, 23 (5) S. 235-245.

Kruse, A. (1997): Bildung und Bildungsmotivation im Erwachsenenalter. In: F. Weinert, H. Mandl (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie – Pädagogische Psychologie, Bd. IV: Psychologie der Erwachsenenbildung. Göttingen.

Kruse, A. (1998): Störungen im Alter: Intervention. In: U. Baumann, M. Perrez (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern, S. 988-1001.

Kruse, A. (1999): Regeln für gesundes Älterwerden. Wissenschaftliche Grundlagen. Bundesvereinigung für Gesundheit. Bonn.

Kruse, A. (2000): Grenzen der Rehabilitation. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart.

Kruse, A.; Heuft, G.; Oster, P.; Re, S.; Schmitt, E. (2000): Gesundheit im Alter. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit) Berlin.

Kruse, A.; Schmitt E. (2000): Wir haben uns als Deutsche gefühlt. Lebensrückblick und Lebenssituation jüdischer Emigranten und Lagerhäftlinge. Darmstadt.

Kruse, A.; Wahl, H.-W. (1999): Soziale Beziehungen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 333-347.

Kuhlmey, A. (1997): Das Risiko Hilfeabhängigkeit – zwischen eigener Verantwortung und garantierter Unterstützung. In: R.-M. Schütz, W. Ries, H.P. Tews: Altern in Gesundheit und Krankheit. Melsungen.

Kunczik, T.; Ringe, R. D. (1994): Osteoporose. Eine Herausforderung für die Zukunft. In: Deutsches Ärzteblatt 91 (16).

Künemund, H. (2000): Produktive" Tätigkeiten. In: Kohli, M., H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 277-317.

Künemund, H.; Hollstein, B. (2000): Soziale Beziehungen und Unterstützungsnetzwerke. In: M. Kohli, H. Künemund (Hrsg.): Die zweite Lebenshälfte. Gesellschaftliche Lage und Partizipation im Spiegel des Alters-Survey. Opladen, S. 212-276.

Künemund, H.; Rein, M. (1999): There is More to Receiving than Needing: Theoretical Arguments and Empirical Explorations of Crowding In and Crowding Out. In: Ageing and Society 19, S. 93-121.

Kunze, H.; Kaltenbach, L. (Hrsg.) (1994): Psychiatrie-Personalverordnung, 2. Auflage. Stuttgart.

Kuratorium Deutsche Altershilfe – KDA (Hrsg.) (1999): Schlaflos (un)glücklich. Fachtagung zur Nachtpflege 21. Oktober 1998 in Düsseldorf. Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe – KDA (Hrsg.) (1995): Stärkung der Selbstständigkeit und Mitwirkung von Heimbewohnern. Dokumentation der Fachtagung „Stärkung der Selbständigkeit und Mitwirkung von Heimbewohnern am 27. u. 28.03.1995 in Bonn (=Vorgestellt Nr. 56). Köln.

Küster, C. (1998): Zeitverwendung und Wohnen im Alter. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Wohnbedürfnisse, Zeitverwendung und soziale Netzwerke älterer Menschen. Frankfurt.

Landesbausparkassen – LBS (Hrsg.).(1997). Wohnen mit Service. Bonn.

Lang, F. (2000): The Filial Task in Midlife. Ambivalence and the Quality of Relationships with Old-Aged Persons. Berlin (Ms.).

Lang, F. R. (1998): Einsamkeit, Zärtlichkeit und subjektive Zukunftsorientierung im Alter. Eine Untersuchung zur sozioemotionalen Selektivitätstheorie. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie 27, S. 98-104.

Lang, F.R.; Schütze, Y. (1998): Verfügbarkeit und Leistungen verwandtschaftlicher Beziehungen im Alter. In: M. Wagner, Y. Schütze (Hrsg.): Verwandtschaft. Stuttgart.

Lange, C.; Peters, M.; Radebold. H. (1995): Zur Versorgung älterer Patienten in Psychosomatischen Kliniken. In: G. Heuft, A. Kruse, H. G. Nehen, H. Radebold (Hrsg.): Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik. München.

Lauterbach, W. (1995a): Die gemeinsame Lebenszeit von Familiengenerationen. In: Zeitschrift für Soziologie 24 (1), S. 22-43.

Lauterbach, W. (1995b): Enkel und Großeltern: Generationenlinien, Altersübergänge und gemeinsame Lebenszeit. In: Sahner, H., Schwendtner, S. (Hrsg.): Gesellschaften im Umbruch. Opladen, S. 745-753.

Lauterbach, W. (1998): Die Multilokalität später Familienphasen. Zur räumlichen Nähe und Ferne der Generationen. In: Zeitschrift für Soziologie 27, S. 113-133.

Lauterbach, W.; Klein, T. (1997): Altern im Generationenzusammenhang: Die gemeinsame Lebenszeit von Eltern, Großeltern und Enkeln und Berücksichtigung des Alters bei Familiengründung. In: J. Mansel, G. Rosenthal, A. Tölke (Hrsg.): Generationen-Beziehungen, Austausch und Tradierung. Opladen, S. 109-120.

Lawton, M. P. (1989): Environmental proactivity in older people. In: V. L. Bengtson, K. W. Schaier (Hrsg.): The course of later life. New York, S. 15-23.

Leber, W.-D. (1999): DRG-Fallpauschalen als Kern einer Reform der Krankenhausentgelte. In: Arbeit und Sozialpolitik 53 (3/4), S. 40-46.

Lechner, I.; Mielck, A. (1998): Die Verkleinerung des „Healthy-Migrant-Effects". Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im sozio-ökonomischen Panel 1984-1992. In: Das Gesundheitswesen 60 (12), S. 715-720.

Lehr, U.; Niederfranke, A. (1991). Pensionierung. In: W. D. Oswald, W. M. Herrmann, S. Kanowski, U. Lehr, H. Thomae (Hrsg.): Gerontologie (2. Aufl.). Stuttgart, S. 377-388.

Lehr, U.; Thomae, H. (2000): Psychologie des Alterns. Heidelberg.

Lehr, U. (1998): Altern in Deutschland – Trends demographischer Entwicklung. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd. I: Grundlagen. Göttingen, S. 13-34.

Lempp, R. (2000): Die Bedeutung der Kompetenzförderung für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Stuttgart.

Linden, M. (1999): Wen behandeln Verhaltenstherapeuten wie in der kassenärztlichen Versorgung? In: Fortschr. Neurol. Psychiat 67, S. 14.

Littmann, Konrad (1983): Besteuerung von Alterseinkommen. Einzelgutachten für die „Alterssicherungskommission", Berichtsband 2. Bonn, S. 425-518.

Lüscher, K.; Pajung-Bilger, B. (1998): Forcierte Ambivalenzen. (Konstanzer Beiträge zur sozialwissenschaftlichen Forschung, Band 8) Konstanz.

Lüscher, K.; Pillemer, K. (1998): Intergenerational Ambivalence. A new Approach to the Study of Parent-Child Relations in Later Life. In: Journal of Marriage and the Family 60, S. 413-425.

Lüscher, K.; Pillemer, K. (1996): Die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen. Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Forschungsschwerpunkt „Gesellschaft und Familie", Arbeitspapier Nr. 22. Konstanz

Lutz, W. (1985): Heiraten, Scheidungen und Kinderzahl. Demographische Tafeln zum Familien-Lebenszyklus in Österreich. In: Demographische Informationen.

Mager, H. (1999): Pflegebedürftigkeit: Dimensionen und Determinanten. In: Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern. Opladen, S. 29-77.

Mai, R. (2000): Die Alten der Zukunft – eine bevölkerungsstatische Datenanalyse. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 135, erweiterte und aktualisierte Ausgabe) Stuttgart u. a. O.

Maier, G. (2000): Zwischen Arbeit und Ruhestand. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart.

Maier, G. (1997): Das Erleben der Berufssituation bei älteren Arbeitnehmern. Frankfurt/M.

Mansfield, J.; Werner, P. (1997): Typology of disruptive vocalizations in older persons suffering from dementia. In: International Journal of Geriatric Psychiatry, 12 (11), S. 1079-1091.

Mansky, T. (1998): Sind DRGs die Alternative zum deutschen Mischsystem? In: Krankenhaus-Umschau 12, S. 916-921.

Mansky, T. (1998a): DRGs: Ein komplettes Fallpauschalsystem basierend auf Diagnosen und Prozeduren. In: Die Krankenversicherung 3, 64-68.

Mantey, H. (1993): Offene Altenhilfe in Brandenburg. Materialien zur Entwicklung einer Altenhilfestruktur in einem neuen Bundesland II. Berlin.

Manton, K.; Stallard, E.; Corder, L. (1998): The dynamics of dimensions of age-related disbaility 1982 to 1994 in the U.S. elderly population. In: Journal of Gerontology: Biological Sciences 53A (1), S. B59-B70.

Marbach, J. (1994): Tauschbeziehungen zwischen Generationen: Kommunikation, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung in Dreigenerationenfamilien. In: W. Bien (Hrsg.): Eigeninteresse oder Solidarität? Beziehungen in Mehrgenerationenfamilien. Opladen, S. 163-196.

Marbach, J. H. (1997): Sozialer Tausch unter drei familiär verbundenen Generationen. In: J. Mansel, G. Rosenthal, A. Tölke (Hrsg.): Generationen-Beziehungen. Austausch und Tradierung. Opladen, S. 85-96.

Marottoli, R. A.; Mendes De Leon, C. L.; Glass, T. A.; Williams, C. S. et al. (1997): Driving cessation and increased depressive symptoms: Prospective evidence from the New Haven EPESE. In: Journal of the American Geriatrics Society 45, 202-206.

Martin, K. (1999): Krankheitskosten im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Schönow.

Masters, C.L.; Beyreuther, K. (1998): Alzheimer's disease. In: British Medicine Journal 316, S. 446-448.

Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Sozialrecht (1994): Betreutes Wohnen in Europa, Rechtsvergleichendes Gutachten. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 41) Stuttgart.

May, H. (Hrsg.) (1993): Betreutes Wohnen in Europa. Herausforderungen des Binnenmarktes an konzeptionelle Weiterentwicklung und Angebotsstrukturen in der Altenhilfe. (=Loccumer Protokolle 76/1992). Rehburg-Loccum.

Maydell, B. von (1982): Zur Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Köln.

Maydell, B. von (1987): Zur Reform unseres Sozialrechts. In: W. Fürst (Hrsg.): Festschrift für Wolfgang Zeidler. Berlin, S. 673-687.

Maydell, B. von (1996): Einführung. In: B. v. Maydell, F. Ruland (Hrsg.): Sozialrechts-Handbuch. (2. Aufl.) Neuwied.

Maydell, B. von (1998): Arbeits- und sozialrechtliche Konsequenzen des Euro. In: P. Hanau, G. Schaub (Hrsg.): Arbeitsrecht 1997. Köln, S. 291-309.

Maydell, B. von (1999): Auf dem Wege zu einem Gemeinsamen Markt für Gesundheitsleistungen in der Europäischen Gemeinschaft. In: Vierteljahresschrift für Sozialrecht H. 1, S. 3-20.

Maydell, B. von; Nußberger, A. (1996): Social protection by way of international law (Schriftenreihe für Internationales und Vergleichendes Sozialrecht, Bd. 15). Berlin.

Maydell, B. von; Scholz, R. (1980): Grenzen der Eigenwirtschaft gesetzlicher Krankenversicherungsträger (Schriften zum Sozial- und Arbeitsrecht 52). Berlin.

Maydell, B. von; Schulte, B. (Hrsg.) (1995): Treatment of Third-Country Nationals in the EU and EEA Member States in Terms of Social Security Law, Leuven.

Maydell, B. von et al. (1996): Die Umwandlung der Arbeits- und Sozialordnung (Berichte der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern, Bericht 6). Opladen.

Mayer, K. U.; Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin.

Mayer, K. U.; Baltes, P. B.; Baltes, M. M.; Borchelt, M.; Delius, J.; Helmchen, H.; Linden, M.; Smith, J.; Staudinger, U. M.; Seinhagen-Thiessen, E.; Wagner, M. (1996): Wissen über das Alter(n): Eine Zwischenbilanz der Berliner Altersstudie. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 599-634.

Mayer, K.-H. (1997): Seniorenvertretungen als politische Interessenvertretung der älteren Generation. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Seniorenvertretungen – Verantwortung

für das Gemeinwesen. Dokumentation der Fachtagung vom 25. bis 27. November 1996 in Berlin. (Schriftenreihe des BMFSFJ 148). Stuttgart u. a., S. 16-23.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände – MDS (Hrsg.) (1997): Richtlinien der Spitzenverbände zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches, Essen: MDS

Mehrländer, U. ; Ascheberger, C.; Ueltzhöffer, J. (1996): Situation der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familienangehöriger in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.

Meier, A. (1998): Intendierte und nicht-intendierte Folgen von Fortbildung und Umschulung. In P. Faulstich, M. Bayer, M. Krohn (Hrsg.): Zukunftskonzepte der Weiterbildung. München, S.155-166.

Meier, J. (1997): Das pflegebedürftige Gesetz. Zur Bewertung und zur Bedeutung des Pflegeversicherungsgesetzes als neuestes Sozialleistungsgesetz. Frankfurt a. M.

Meier-Baumgartner, H. P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Thiessen. E. u.a. (1998): Empfehlungen für die Klinisch-Geriatrische Behandlung. Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. (Hrsg.). Jena/Stuttgart/Lübeck/Ulm.

Meier-Baumgartner, H.-P.; Hain, G.; Oster, P.; Steinhagen-Thiessen, E. u.a.. (1996): Empfehlungen für die Investitions- und Betriebskostenfinanzierung der Krankenhäuser und Fachabteilungen der Geriatrie. Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen (Hrsg.) Jena, Stuttgart.

Meier-Baumgartner, H. P; Nerenheim-Duscha, I.; Görres, S. (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Stuttgart/ Berlin/Köln.

Meifort, B. (1999): Menschenwürde in der Altenpflege – Probleme der Pflegeausbildung. In: Menschenwürde in der stationären Altenpflege – (k)ein Problem? Bericht über eine Veranstaltung am 30. April 1999. Bonn.

Meifort, B. (1998): Gesundheits- und Sozialpflege – ein innovatives Wachstumsfeld für Berufsbildung und qualifizierte Arbeit – Auch für Frauen? In: Bundesinstitut für Berufsbildung (Hrsg.): Arbeiten und Lernen unter Innovationsdruck. Alternativen zur traditionellen Berufsbildung in gesundheits- und sozialberuflichen Arbeitsfeldern. (Berichte zur beruflichen Bildung 221) Bielefeld, S. 37-55.

Merk, H. G. (1994): Strukturwandel heute und morgen. In H. G. Merk (Hrsg): Wirtschaftsstruktur und Arbeitsplätze im Wandel der Zeit. Stuttgart, S. 6-14.

Messmer, P. (1995): Die Inanspruchnahme stationärer Pflege im Zeitvergleich. Eine Untersuchung zur Entwicklung der Verweildauer in Pflegeheimen Baden-Württembergs. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.): Trends in der Inanspruchnahme stationärer Pflege. Untersuchungen zur Entwicklung der Aufnahmewahrscheinlichkeit, des Eintrittsalters, der Verweildauer und des Kapazitätsbedarfs in der stationären Altenhilfe. Stuttgart, S. 23-40.

Meyer, A.-E.; Richter, R.; Grawe, K.; Schulenburg, J.-M.; Graf, V.; Schulte, B. (1991): Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes. Bonn: BMJFFG.

Meyer-Hentschel Management Consulting (Hrsg.) (2000): Handbuch Senioren-Marketing. Frankfurt.

Michaelis, E. (1999): Grossvaterkongress in Bern. In: ZEITLUPE 7-8, S. 13-15.

Michel, M. (1999). Die Lebenssituation über 50jähriger in den neuen Bundesländern. In: G. Naegele, R.-M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie, Lebenslagen im Alter und Sozialpolitik für ältere Menschen. Eine Gedenkschrift für Margret Dieck. Opladen, S. 120-140.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – MAGS (1997): Tagespflege in NRW. Situation und Perspektiven. Ergebnisse einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – MAGS (Hrsg.) (1989): Altenpolitik 2000. Leitlinien für die Altenpolitik in Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen – MAGS (Hrsg.) (1995): Ambulante Pflegedienste in Nordrhein-Westfalen. Bestandsanalyse in typischen Regionen. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Landes Baden-Württemberg (Hrsg.) (1994): Seniorengenossenschaften als Beispiel bürgerschaftlichen Engagements. Stuttgart.

Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) (1999): Selbstorganisationen von Migrantinnen und Migranten in NRW. Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg – MASGF (1998): Landesaltenbericht. Altenpolitik in Brandenburg. Potsdam.

Ministerium für Arbeit, Soziales, Jugend und Gesundheit des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (1995): Projekt Geriatrie des Landes Schleswig-Holstein. Wissenschaftliche Begleitforschung. Kiel

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen – MFJFG (1999): Neue Wohnprojekte für ältere Menschen. Gemeinschaftliches Wohnen in Nordrhein-Westfalen. Beispiele und Wege zur Umsetzung. Düsseldorf.

Mollenkopf, H.; Gäng, K.; Mix, S.; Kwon, S. (1998): Alter und Technik. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Heidelberg/Berlin.

Montada, L. (1996): Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In: M.M. Baltes, L. Montada (Hrsg.): Produktives Leben im Alter. Frankfurt, S. 328-392.

Morschhäuser, M. (1999): Alternsgerechte Arbeit: Gestaltungsaufgabe für die Zukunft oder Kampf gegen Windmühlen? In: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrok, E. Zimmermann (Hrsg.): Länger erwerbstätig – aber wie? Opladen, S. 19-70.

Morse, J.; Solberg, S.; Neander, W.; Bottorff, J.; Johnson, J. (1990): Concepts of caring and caring as a concept. In: Advances in Nursing Science 13 (1), S. 1-14.

Müller, C. (1995): Kürzer und flexibler müssen die Arbeitszeiten sein. In: A. Büssing, H. Seifert (Hrsg.): Sozialverträgliche Arbeitszeitgestaltung. München, S. 103-117.

Müller, K.; Bork, C. (1998): Verteilung und Fiskus: Die Auswirkungen der Einkommensbesteuerung auf die Einkommensverteilung, in: B. Gahlen, H. Hesse, H.-J. Ramser (Hrsg.): Verteilungsprobleme der Gegenwart. Tübingen, S. 207-245.

Müller, W. (1999): Ausgaben für Gesundheit 1997. In: Wirtschaft und Statistik 12/1999, S. 972-979.

Müller-Hergl, C. (1998): Demenz und Remenz. Positive Personenarbeit und Dementia Care Mapping. In: Geriatrie Praxis 10 (6), S. 18-23.

Münnich, M. & Illgen, M. (1999): Ausstattung privater Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern. Erste Ergebnisse der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998. In: Wirtschaft und Statistik 1/1999.

Münz, R., Seifert, W., Ulrich, R. (1997): Zuwanderung nach Deutschland – Strukturen, Wirkungen, Perspektiven. Frankfurt/Main.

Naegele, G. (1999): Zur politischen Beteiligung älterer Menschen in Deutschland – unter besonderer Berücksichtigung der Seniorenvertretungen. In: G. Naegele, R.-M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen/Wiesbaden, S. 238-248.

Naegele, G. (1992): Zwischen Arbeit und Rente. Augsburg.

Naegele, G.; Frerichs, F. (1996): Situation und Perspektiven der Alterserwerbsarbeit in der Bundesrepublik Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 35, S. 33-45.

Naegele, G.; Olbermann, E.; Dietzel-Papakyriakou, M. (1997): Älter werden in der Migration. Eine neue Herausforderung für die kommunale Sozialpolitik. In: Sozialer Fortschritt, 46 (4), S. 81-86.

Naegele, G.; Schmähl, W. (1999): Einführung. In: J. Behrens, M. Morschhäuser, H. Viebrock, E. Zimmermann (Hrsg.): Länger erwerbstätig – aber wie? Opladen, S. 11-18.

Narten, R.; Stolarz, H. (2000): Neue Wohnmodelle für das Alter. Dokumentation des Expertenworkshops am 11./12. Juni 1997 in Bonn-Oberkassel. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin.

Nauck, B.; Kohlmann, A. (1998): Verwandtschaft als soziales Kapital – Netzwerkbeziehungen in türkischen Migrantenfamilien. In: M. Wagner, Y. Schütze (Hrsg.): Verwandtschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge zu einem vernachlässigten Thema, Stuttgart.

Nauck, B.; Kohlmann, A.; Diefenbach, H. (1997): Familiäre Netzwerke, intergenerative Transmission und Assimilationsprozesse bei türkischen Migrantenfamilien. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 49, S. 477-499.

Neumann, U. (1999): Verdeckte Armut in der Bundesrepublik Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B18/99, S. 27-32.

Nieczaj, R., Trilhof, G., Mix, S., Kwon, S., Borchelt, M. & Steinhagen-Thiessen, E. (1998). Telematikeinsatz in der geriatrischen Rehabilitation und Pflege – Die TeleReha-Studie. In: Geriatie Forschung 9, S. 21-30.

Niederfranke, A. (1999): Das Alter ist weiblich. In A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Band 2: Lebenslagen und Lebenswelten, Soziale Absicherung und Altenpolitik. Opladen.

Niepel, T. (1999): Wohnberatung: Erfolge, Wirkungsmechanismen und Qualitätssicherung. Bericht im Projekt „Wohnberatung für Bürgerinnen und Bürger in NRW" im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen und der Landesverbände der Pflegekassen NRW. Universität Bielefeld.

Niepel, T. (1995): Effektivität und Effizienz von Beratung zur Wohnanpassung. Bericht im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Bielefeld.

Oberdieck, V. (1998): Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung? Demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik und ihre reformpolitischen Implikationen, Hamburg.

OECD (1999): Wahrung des Wohlstands in einer alternden Gesellschaft. Paris.

Oelke, U. (1994): Projektbericht: Akademisierung von Pflege. Unveröffentlichtes Manuskript im Auftrag der Werner-Schule vom DRK. Göttingen.

Oesterreich, K. (1993): Gerontopsychiatrie. München.

Offermann, C. (1995): Qualitätsmanagement nach DIN ISO 9000 ff. – eine Methode zur Weiterentwicklung der Altenarbeit? In: Qualitätsmanagement in der stationären Altenhilfe. Dokumentation der Fachtagung. Rendsburg.

Office of Technology Assessment - OTA (1984): Technology and Aging in America. OTA-BA-265. Washington, DC: U.S. Congress, Office of Technology Assessment.

Olbermann, E.; Dietzel-Papakyriakou, M. (1995): Entwicklung von Konzepten und Handlungsstrategien für die Versorgung älterwerdender und älterer Ausländer. (Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung 253), Dortmund.

Oldiges, F. J. (2000): Der Patient im Mittelpunkt – auch der chronisch Kranke? In: Die Krankenversicherung 3, S. 62-66.

Opaschowski, H. W. (1998): Feierabend? Von der Zukunft ohne Arbeit zur Arbeit mit Zukunft! Opladen.

Opaschowski, H. W. (1998a): Leben zwischen Muß und Muße. Die ältere Generation: Gestern. Heute. Morgen. Hamburg.

Oschmiansky, H.; Schmid, G. (2000): Wandel der Erwerbsformen. Berlin und die Bundesrepublik im Vergleich. Berlin (WZB discussion paper, FS I 00-204).

Oster, P.; Schlierf, G. (1998): Die gesundheitliche Situation älterer Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd I: Grundlagen. Göttingen, S. 79-86.

Österreichisches Bundesministerium für Umwelt, Jugend und Familie (1999): Ältere Menschen – neue Perspektiven. Österreichischer Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen 1999, Wien.

Oswald, F. (1996): Hier bin ich zu Hause. Zur Bedeutung des Wohnens: Eine empirische Studie mit gesunden und gehbeeinträchtigten Älteren. Regensburg.

Oswald, F., Wahl, H.-W. & Gäng, K. (1999): Umzug im Alter: Eine ökogerontologische Studie zum Wohnungswechsel privatwohnender Älterer in Heidelberg. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie 12, S. 1-19.

Oswald, W.D.; Rödel, G. (Hrsg.) (1995): Das SIMA-Projekt: Gedächtnistraining – Ein Programm für Seniorengruppen. Göttingen.

Oswald, W.D.; Ruprecht, R.; Gunzelmann, T. (2000): Effekte eines einjährigen Gedächtnis-, Kompetenz- und psychomotorischen Trainings auf Leistungsfähigkeit im höheren Lebensalter. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd. II: Intervention (S. 94-107). Göttingen.

Otto, U. (1995): Seniorengenossenschaften. Modell für eine neue Wohlfahrtspolitik? Opladen.

Paeslack, Volkmar (1998): Rehabilitation älterer Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Göttingen u.a., S. 85-93.

Peplau, H. (1997): Interpersonale Beziehungen in der psychiatrischen Pflege. In: D. Schaeffer, M. Moers, H. Steppe, A. Meleis (Hrsg.): Pflegetheorien. Beispiele aus den USA. Bern, S. 55-70.

Perschke-Hartmann, C. (2000): Wo Licht ist, ist auch Schatten. In: Gesundheit und Gesellschaft 3 (1), S. 18-19.

Pietsch, W. (1975): Statistische Konzentrationsmaße. Formale Eigenschaften und verteilungstheoretische Zusammenhänge. Tübingen.

Poerksen, N. (1999): Außerstationäre psychiatrische Pflege. Teil 1: Ambulante psychiatrische Behandlungspflege. Baden-Baden.

Pohjasvaara, T.; Erkinjuntti, T.; Ylikovski, R. (1998): Clinical determinants of poststroke dementia. In: Stroke, S. 75-81.

Radebold, H. (1998): Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten bei über 60jährigen Menschen. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd. II: Intervention. Göttingen, S. 155-167.

Rath, T.; Monka, M. (2000): Gesucht: Ein Finanzierungsmodell für die Behandlung „chronisch Kranker". Lösungsansätze zwischen Gewinn und Gewissen. In: M. Arnold, D. Paffrath (Hrsg.): Krankenhaus-Report '99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart/New York, S. 213-228.

Rebscher, H. (2000): Umsetzung der Gesundheitsreform 2000 und weiterer Reformbedarf im stationären Bereich. In: Die Krankenversicherung, S. 93-97.

Reggentin, H.; Dettbarn-Reggentin, J. (2000): Lernen und politische Partizipation. In: S. Becker; L. Veelken, K.-P. Wallraven (Hrsg.): Handbuch Altenbildung. Theorien und Konzepte für Gegenwart und Zukunft. Opladen, S. 379-386.

Rehfeld, U. (1998): Die Auswirkungen von Rechtsänderungen auf den Rentenneuzugang. In: Sozialer Fortschritt 47 (11), S. 260-265.

Reynolds, S. L.; Crimmins, E. M.; Saito, Y. (1998): Cohort differences in disability and disease presence. In: The Gerontologist 38 (5), S. 578-590.

Richter, G. (1999): Marktwirtschaftliche Steuerungsinstrumente in der GKV. In: Zeitschrift für Sozialreform 45 (4), S. 320-342.

Riley, M. W.; Riley, J. W., Jr. (1994): Individuelles und gesellschaftliches Potential des Alterns. In: P. B. Baltes, J. Mittelstraß, U.M. Staudinger (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, S. 437-459.

Ritchie, K. (1998): Establishing the limits of normal cerebral aging and senile dementias. In: British Journal of Psychiatrie 173, S. 97-101.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1996): Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Denkschrift. (Materialien und Berichte 46) Gerlingen.

Robert Bosch Stiftung (Hrsg.) (1992): Pflege braucht Eliten – Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Leitungskräfte in der Pflege. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28) Gerlingen.

Rosenbladt, B. von; Picot, S. (1999): Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement. Repräsentative Erhebung 1999 — Überblick über die Ergebnisse. Unveröffentlichtes Manuskript, München.

Rosenmayr, L. (1990): Die Kräfte des Alters. Wien.

Rosenow, J. (1999): Die soziale Konstruktion von Alter im Moderniniserungsprozeß der neuen Bundesländer – Zur Kontinuität sozialen Zwanges im Systemwechsel. In: Sozialer Fortschritt 48, S. 39-42.

Rosenow, J. (1998): Ältere Arbeitnehmer: Altersbarrieren in der Erwerbsarbeit und ihre politischen Regulierungsbedingungen. In: Sozialer Fortschritt 47, S. 237-242.

Rosenow, J.; Naschold, F. (1994): Die Regulierung von Altersgrenzen – Strategien und die Politik des Staates. Berlin.

Rosenow, J.; Naschold, F. (1993): Ältere Arbeitnehmer – Produktivitätspotential oder personalwirtschaftliche Dispositionsmasse? In: Sozialer Fortschritt 42, S. 146-152.

Rösner, H. J. (1999): Soziale Sicherung im konzeptionellen Wandel – ein Rückblick auf grundlegende Gestaltungsprinzipien. In: R. Hauser (Hrsg.): Alternative Konzeptionen der sozialen Sicherung. Berlin, S. 11-83.

Rothgang, H. (1997): Die Wirkungen der Pflegeversicherung. Analyse von Effekten des Pflegeversicherungsgesetzes. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 28 (3), S. 191-219.

Rothgang, H. (1997a): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung – Eine ökonomische Analyse. Frankfurt a. M. /New York.

Rothgang, H. (1996): Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In: L. Clausen, Deutsche Gesellschaft für Soziologie (Hrsg.): Gesellschaften im Umbruch. Frankfurt/M. und New York, S. 930-936.

Rothgang, H.; Schmähl, W. (1997): Pflegeversicherung und Sozialhilfe. In: Der Landkreis – Zeitschrift für kommunale Selbstverwaltung 67 (8-9), S. 424-427.

Rothgang, H.; Vogler, A. (1999): Zum „Internationalen Jahr der Senioren" II. Sozialhilfeabhängigkeit ein dauerhaftes Altenschicksal? Die Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 50 (2), S. 54-56

Rothgang, H.; Vogler, A. (1997): Die zukünftige Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2040 und ihre Einflußgrößen. (ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/97) Bremen.

Rückert, W. (1998): KDA fordert Ausbau von Prävention und Rehabilitation. In: Pro Alter 31 (4), S. 32-33.

Rudinger, G.; Kruse, A.; Schmitt, E. (2000): Bilder des Alter(n)s und Sozialstruktur. Bonn.

Ruland, F.; Faik, J. (1999): Wirtschaftliche Unabhängigkeit von Alt und Jung – Basis für ein Miteinander der Generationen. In: Deutsche Rentenversicherung (1-2), S. 10-25.

Runde, P.; Giese, R.; Kreschke-Risch, P.; Scholz, U.; Wiegel, D. (1996): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege. Bonn.

Rürup, B. (1999): Rentenpolitik: Fakten, Fiktionen und Optionen. In: G. Naegele, R.-M. Schütz (Hrsg.): Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen. Opladen, S. 183-198.

Rüttgers, J. (1997): Innovation als Motor für Wachstum und Beschäftigung. In: Bulletin (58), S. 673ff.

Sachverständigenkommission Alterssicherungssysteme (1983): Vergleich der Alterssicherungssysteme und Empfehlungen der Kommission. (=Gutachten der Sachverständigenkommission 1). Stuttgart u. a.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1998): Sondergutachten 1997, Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band II: Fortschritt und Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1996): Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung, Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Sondergutachten 1995 – Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Baden-Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen. Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (1998): Vor weitreichenden Entscheidungen. Jahresgutachten 1998/99. Stuttgart.

Sackmann, R. (1998): Konkurrierende Generationen auf dem Arbeitsmarkt. Opladen.

Salthouse, T. A.; Maurer, T. J. (1996): Aging, job performance, and career development. In: J. E. Birren; K. W. Schaie (Hrsg.): Handbook of the psychology of aging (4th ed.). New York.

Sandholzer, H.; Breull, A.; Fischer, G. C. (1999): Früherkennung und Frühbehandlung von kognitiven Funktionseinbußen: eine Studie über eine geriatrische Vorsorgeuntersuchung im unausgelesenen Patientengut der Allgemeinpraxis. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 32, S. 172-178.

Sangha (1999): Institutionelle Rahmenbedingungen der Einführung eines DRG-Systems. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): DRG-Fallpauschalen in der Krankenhausstrukturreform. Symposium des AOK-Bundesverbandes am 18. Mai 1999, S. 85-94.

Saunders, C.; Kastenbaum, R.J. (1997): Hospice Care on the International Scene. New York.

Saup, W. (2000): Längsschnittstudie Betreutes Wohnen im Alter. In: 10 Jahre Betreutes Wohnen in der Region Augsburg – eine kritische Bilanz. Dokumentation der Fachtagung am 11.11.1999 in Friedberg. Fachstelle für Seniorenfragen, Landratsamt Augsburg / Fachstelle für Altenhilfe, Landratsamt Aichach-Friedberg.

Saup, W. (1993): Alter und Umwelt. Stuttgart.

Saup, W.; Mayring, P. (1995): Pensionierung. In: R. Oerter, L. Montada (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 3. Aufl., Weinheim, S. 1110-1115.

Scandinavian-Simvastatin-Survival-Studiengruppe (1994): Randomisierte Studie zur Cholesterinsenkung an 4444 Patienten mit koronarer Herzkrankheit: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). In: The Lancet.

Schaeffer, D. (1999): Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7 (3), S. 233-251.

Schaeffer, D. (1998): Die Versorgung von akut kranken Menschen durch integrierte ambulante Teams in Deutschland – Rahmenbedingungen, Beispiele, Trends. In: J. M. Pelikan; et al.: Virtuelles Krankenhaus zuhause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien, S. 50-56.

Schaeffer, D. (1998a): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: V. Garms-Homolová, D. Schaeffer (Hrsg.): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin, S. 81-99.

Schaeffer, D. (1998b): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. (Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft P98-101) Bielefeld.

Schaeffer, D. (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5 (2), S. 85-97.

Schaeffer, D. (1995): Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. In: Gesundheitswesen 57 (3), S. 145-150.

Schaeffer, D.; Bartholomeyczik, S. (1999): Vakuum füllen. Pflegewissenschaft und -forschung in Deutschland. In: Mabuse 24 (117), S. 40-42.

Scheewe, P. (1996): Wohnverhältnisse älterer Menschen. Ergebnis der 1%-Gebäude- und Wohnungsstichprobe vom 30. September 1993. In: Wirtschaft und Statistik 4/1996, S. 228-238.

Schlomann, H. (1992): Vermögensverteilung und private Altersvorsorge. Frankfurt – New York.

Schlottmann, N.; Schellschmidt, H. (1999). Jeder Fall hat seinen Preis. In: Gesundheit und Gesellschaft 2 (8), S. 36-41.

Schmähl, W. (1999): Sozialpolitische Rahmenbedingungen für Alter(n) auf dem Lande: Ressourcen, Politikfelder und Entwicklungstendenzen. Bremen (Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier 10/99).

Schmähl, W. (1999a): An der Schwelle zum neuen Jahrhundert – vor der Weichenstellung für die Alterssicherung in Deutschland. In: Die Angestellten-Versicherung 46, S. 397-412.

Schmähl, W. (1999b): Arbeit – Basis für die soziale Sicherung der Zukunft. In: W. Schmähl, H. Rische (Hrsg.): Wandel der Arbeitswelt – Folgerungen für die Sozialpolitik. Baden-Baden, S. 189-226.

Schmähl, W. (1991): Alterssicherung in der DDR und ihre Umgestaltung im Zuge des deutschen Einigungsprozesses. In: G. Kleinhenz (Hrsg.): Sozialpolitik im vereinten Deutschland I, Berlin, S. 49-95.

Schmähl, W. (1988): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase? In: W. Schmähl (Hrsg.): Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase? Tübingen, S. 1-35.

Schmähl, W. (1986a): Gesetzliche und betriebliche Alterssicherung für verschiedene Gruppen der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland: Erfahrungen und Zukunftsaufgaben. In: Deutsche Rentenversicherung 11-12/86, S. 684-701.

Schmähl, W. (1986b): Teilbesteuerung versus Vollbesteuerung von Renten. In: Deutsche Rentenversicherung 3-4/1986, S. 101-128, wiederabgedruckt in ders., Beiträge zur Reform der Rentenversicherung, Tübingen 1988, S. 144-184.

Schmähl, W. (1983a): Lebenseinkommensanalyse – Einige methodische und empirische Fragen im Überblick. In: W. Schmähl (Hrsg.): Ansätze der Lebenseinkommensanalyse. Tübingen, S. 1-55.

Schmähl, W. (1983b): Elemente einer künftigen Rentenreform: Veränderungen der Anpassung und der Besteuerung von Renten, Einzelgutachten für den Sozialbeirat: In: Sozialbeirat: Langfristige Probleme der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Band 3 (veröffentlicht durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung), Bonn, S. 83-357.

Schmähl, W. (1981): Altersvorsorge und Alterssicherung im Vergleich, Frankfurt am Main, 1981.

Schmähl, W. (1978): Zur Einkommenssituation von Rentnern in der Bundesrepublik Deutschland: In: Die Angestelltenversicherung 25, S. 417-431 und 483-496.

Schmähl, W.; Fachinger, U. (1999): Armut und Reichtum. Einkommen und Konsumverhalten älterer Menschen. In: A. Niederfranke, G. Naegele, E. Frahm (Hrsg.): Funkkolleg Altern 2, Opladen, S. 159-208.

Schmähl, W.; Fachinger, U. (1998): Armut und Reichtum: Einkommen und Einkommensverwendung älterer Menschen. Bremen.

Schmähl, W.; Gatter, J. (1995): Möglichkeiten zur Ausweitung der Lebensarbeitsphase und der Flexibilisierung des Überganges in den Ruhestand in der deutschen Versicherungswirtschaft. Bremen (Zentrum für Sozialpolitik, Arbeitspapier 02/95).

Schmähl, W.; Göbel, D.; Scheil, X.; Schreyer, M. (1980): Quantitative Auswirkungen einer veränderten Besteuerung von Renten – eine Simulationsanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. In: Die Angestelltenversicherung 27, S. 348-357 und 413-420.

Schmidt, J.; Lamprecht, F.; Wittmann, W. W. (1989): Zufriedenheit mit der stationären Versorgung. Entwicklung eines Fragebogens und erste Validitätsuntersuchungen. In: Psychotherapie und medizinische Psychologie 39, S. 248-255.

Schmidt, R. (1999): Besonderheiten der Dienstleistungsproduktion von Sozialstationen im dünnbesiedelten ländlichen Raum Brandenburgs. (DZA Diskussionspapier Nr. 27) Berlin.

Schmidt, R. (1993): Impulse zur Innovation von Lebenswelten. In: Socialmanagement 3 (4), S. 12-15.

Schmidt, R.; C. Schweppe (1996): Zur Entwicklung und Profilierung Sozialer Altenarbeit im offenen Bereich. In: A. Hedtke-Becker, R. Schmidt (Hrsg.): Profile Sozialer Arbeit mit älteren Menschen. Berlin/Frankfurt, S. 135-157.

Schneekloth, U.; Müller, U. (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127), Baden-Baden.

Schneekloth, U.; Müller, U. (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 147,2), Stuttgart/Berlin/Köln.

Schneekloth, U.; Potthoff, P. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Stuttgart.

Schneekloth, U.; Potthoff, P.; Piekara, R.; Rosenbladt, B. v. (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen der selbständigen Lebensführung (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend , Band 111,2), Stuttgart/Berlin/Köln.

Schneider, M. (1999). Gesundheitssysteme im Vergleich. In: Bundesvereinigung für Gesundheit (Hrsg.): Gesundheitsförderung: Strukturen und Handlungsfelder. Neuwied, X 1: 1-23

Schöb, A. (1999):Verminderung gesellschaftlichen Zusammenhalts oder stabile Integration? In: ISI H. 22, S. 8-11.

Schoenicke, K. (1998): Verbesserung der Qualität durch das Selbstbewertungssystem für stationäre Altenhilfeeinrichtungen. In: Alten- u. Pflegezentren Main-Kinzig-Kreis (Hrsg.): Altenhilfe – Geschäft oder Nächstenliebe. Kulmbach, S. 107-112.

Schönbach, K.-H. (1997): Strukturverträge und Modellvorhaben in der GKV. In: Arbeit und Sozialpolitik 51 (11–12), S. 64-71.

Schönbach, K.-H. (1994): Kombinierte Budgets. In: Die Betriebskrankenkasse 7, S. 390 ff.

Schönberger, C. (1998): Spannungsgefüge zwischen Versorgung und Selbständigkeit. In: M. Häussler-Sczepan: Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen. Integrierter Gesamtbericht zur gleichnahmigen Untersuchung. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 147,1) Stuttgart/Berlin/Köln.

Schubert, H. (1997): Auswirkungen der Veränderung von Alters- und Haushaltsstrukturen auf die Städte in der Welt. Expertise für den Weltstädtebaubericht „Urban 21". IES-Bericht 211.97, Hannover.

Schubert, H. (1992): Hilfenetze älterer Menschen. Ergebnisse einer egozentrierten Netzwerkanalyse im ländlichen Raum. Institut für Entwicklungsplanung und Strukturforschung. Hannover.

Schuleri-Hartje, U. (1994): Migranten im Alter – Möglichkeiten kommunaler Altenhilfe. Berlin.

Schulte, B. (1999): Altenhilfe in Deutschland. Reformperspektiven aus rechtsvergleichender Sicht. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 79 (1), S. 3-10.

Schulte, B. (1999a): „Das verflixte 7. Jahr". Reform durch Betreuungsrecht – rückwärts und vorwärts, in: Betreuungsrechtliche Praxis 8 (1), S. 6-10.

Schulte, B. (1999b): Grundrechtsgarantien und ihre soziale Einlösung, in: Vormundschaftsgerichtstag e.V. Betrifft: Betreuung, H. 1/1999, S. 8-18.

Schulte, B. (1999c): Zur Kur nach Abano Therme, zum Zahnarzt nach Antwerpen? – Europäische Marktfreiheiten und nationales Krankenversicherungsrecht, in: ZFSH/SGB – Sozialrecht in Deutschland und Europa 38 (6), S. 269-278.

Schulte, B. (1996): Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen – Vergleichender Gesamtbericht (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 132.1), Stuttgart, Berlin, Köln.

Schulte, B.; Barwig, K. (Hrsg.) (1999): Freizügigkeit und soziale Sicherheit. Die Durchführung der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 über die soziale Sicherheit der Wanderarbeitnehmer in Deutschland, Baden-Baden.

Schulte, D. (1998): Psychische Gesundheit, Psychische Krankheit, Psychische Störung. In: U. Baumann; M. Perrez (Hrsg.): Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie. Bern, S. 19-32.

Schwartz, F.W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J. (Hrsg.) (1998): Das Public Health Buch. München.

Schwartz, F.W.; Badura, B.; Blanke, B.; Henke, K.-D.; Koch, U.; Müller, R. (Hrsg.) (1995): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Cambridge.

Schwartz, F. W.; Wismar, M. (1998): Planung und Management. In: F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hrsg.): Das Public Health Buch. München, S. 558-573.

Schwarzer, R. (Hrsg.) (1990): Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch. Göttingen.

Schwarzer, R.; Knoll, N. (1999): Personale Ressourcen im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Schwarzmann, B. (1999): Grund- und Behandlungspflege – Zwei Begriffe mit weitreichenden Folgen für die berufliche Pflege. In: Pflege 12 (2), S. 118-124.

Schweres, M. (1997). Alterssozialpläne und Frühverrentung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. In: Zeitschrif für Arbeitswissenschaften 51, S. 113-120.

Schwitzer, K. P. (1993): Alte Menschen in den neuen Bundesländern. Das andere deutsche Alter. In: Aus Politik und Zeitgeschichte B 44, S. 39-47.

Sen, F.; Schneiderheinze, K.; Öcal, G. (1999): Angebote und Dienste zur Daseinsvorsorge für ältere Migrantinnen und Migranten. In: Deutscher Bundestag (Hrsg.) (1998): Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, (Zur Sache, Themen parlamentarischer Beratung 8) Bonn.

Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (o.J.) Die Sackgassen der Zukunftskommission. Berlin: BBJ Verlag.

Sentha (2000): Projekt „Seniorengerechte Technik im häuslichen Alltag". Technische Universität Berlin, Sozialwissenschaftliches Teilprojekt (Berliner Institut für Sozialforschung und Deutsches Zentrum für Alternsforschung an der Universität Heidelberg). Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft, 2000.

Simon, M. (2000): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Opladen

Singelenberg, J.; Stolarz, H. (1997): Wohnen ohne Barrieren: Hintergrundinformationen und Fakten. Wohnen von Älteren und Behinderten. Stuurgroup Experimenten Volkshuisvesting und Kuratorium Deutsche Altershilfe. Rotterdam.

Smith, J.; Baltes, P. B. (1998): The role of gender in very old age: Profiles of functioning and every day life patterns. In: Psychology and Aging, 13, 676-695.

Smith, J.; Baltes, P. B. (1996): Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In: K.U. Mayer, P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 221-250.

Sommer, B. (1994): Entwicklung der Bevölkerung bis 2040. Ergebnis der achten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, in: Wirtschaft und Statistik H. 7, S. 497-503.

Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg – SFZ (1998): Sozialreport 50+ 1998. Daten und Fakten zur sozialen Lage von Bürgern ab dem 50. Lebensjahr in den neuen Bundesländern. Berlin.

Spinner, H.F. (1998). Informationsgesellschaft. In: B. Schäfers, W. Zapf (Hrsg.): Handbuchwörterbuch zur Gesellschaft Deutschlands. Opladen, S. 313-325.

Stadelhofer, C. (2000): Möglichkeiten und Chancen der Internetnutzung durch Ältere. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33, S. 186-194.

Statistisches Bundesamt (2000). Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. (Schriftenreihe der Bundeszentrale für politische Bildung 365) Bonn.

Statistisches Bundesamt (1999): Stand und Entwicklung der Erwerbstätigkeit 1998. Fachserie 1, Reihe 4.1.1, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (1999a): Berufliche Schulen. Fachserie 11, Reihe 2., Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (1999b): Sozialhilfe in Deutschland: Entwicklung und Strukturen. Wiesbaden (Presseexemplar).

Statistisches Bundesamt (1999c): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart/Mainz.

Statistisches Bundesamt (1998): Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Erwerbstätigen. Fachserie 1, Reihe 4.1.2. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (1998a): Gesundheitsbericht für Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (1998b): Sozialhilfe 1994 bis 1996 und Statistik der Sozialhilfe. Empfänger/innen von Hilfe in besonderen Lebenslagen 1997. Fachserie 13, Reihe 2. Arbeitsunterlage. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (1997): Zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI nach Ländern. Stand 01.11.1996. Wiesbaden.

Staudinger, U. (1996): Psychologische Produktivität und Selbstentfaltung im Alter. In: M. M. Baltes, L. Montada (Hrsg.): Produktives Leben im Alter. Frankfurt, S. 344-373.

Staudinger, U., Marsiske, M.; Baltes, P.B. (1995): Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: D. Cicchetti, D. Cohen (Hrsg.): Developmental psychopathology. Bd. 2: Risk, disorder and adaption. New York, S. 801-847.

Staudinger, U.; Greve, W. (1999): Resilienz im Alter. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Steinhagen-Thiessen, E.; Borchelt, M. (1996): Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In: K. U. Mayer, P.B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 151-184.

Steinhagen-Thiessen, E.; Gerok, W.; Borchelt, M. (1994): Innere Medizin und Geriatrie. In: P. B. Baltes, J. Mittelstraß, U. Staudinger (Hrsg.): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studientext zur Gerontologie. Berlin, S. 124-150.

Steinhagen-Thiessen, E.; Hamel, G.; Lüttje, D.; Oster, P.; Vogel, W. (2000): Der geriatrische Patient in stationärer Behandlung in Einrichtungen nach § 108 Nr. 3 i.V.m. § 109 und § 111 SGB V. In: Zeitschrift Geriatrie Journal Mai 2000, im Druck.

Steinhöfel, M.; Stieler, B.; Tügel, A. (1992): Veränderungen der betrieblichen Personalstrukturen im Transformationsprozeß. Halle: Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern.

Stolarz, H.; Hass, P. (2000): Wohnen in Gemeinschaft. Dokumentation des deutsch-niederländischen Expertenworkshops am 20. bis 21.Januar 2000 in Königswinter im Auftrag des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. KDA-Schriftenreihe „thema".

Strengmann-Kuhn, W. (1999): Erwerbsverläufe in Deutschland, Großbritannien und Schweden – Ähnlichkeiten, Unterschiede und Veränderungen über die Zeit, Arbeitspapier Nr. 23, EVS-Projekt Johann Wolfgang Goethe-Universität, Institut für Volkswirtschaftslehre, Frankfurt am Main, 1999, hektographiert.

Strotzka, H. (Hrsg.) (1975): Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München.

Stubig, H.-J. (1999): Rückläufige Empfängerzahlen bei der Hilfe zur Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge – NDV 79 (2), S. 49-54.

Stubig, H.-J.; Reuter, U. (1999): Senioren in der Sozialhilfe – zum gleichzeitigen Bezug von Rente und Sozialhilfe. In: Sozialer Fortschritt 48 (1/2), S. 12-17.

Stuck, A. (2000): Geriatrisches Assessment. In: H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer (Hrsg.): Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Stuttgart.

Stuck, A. (1998): Präventive Hausbesuche mit geriatrischem Assessment. Internationaler Forschungsstand und praktische Zukunftsperspektiven. In: E. Steinhagen-Thiessen (Hrsg.): Das geriatrische Assessment. Stuttgart, S. 155-167.

Stuck, A.; Minder, C. E.; Peter-Wuest, I.; Gillman, G.; Egli, C.; Kesselring, A.; Leu, R. E.; Beck, J. C. (2000): A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. In: Archive of International Medicine 160 (10), S. 977-986.

Stuck, A.; Siu, A. L.; Wieland, G. D.; Adams, J.; Rubenstein, L. Z. (1993): Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials. In: Lancet.

Süddeutsche Zeitung (1999): Schärfere Kontrollen in Pflegeheimen. In: Süddeutsche Zeitung, 10.03.1999, S. 26.

Sydow, K. v. (1992a): Die Lust auf Liebe bei älteren Menschen. München.

Sydow, K. v. (1992b): Partnerlosigkeit und Sexualität im Alter. Wünsche und Realität von Senioren. In: Zeitschrift für Sexualmedizin 21 (4), S. 316-324.

Tesch-Römer, C.; Wahl, H.-W. (Hrsg.) (1996): Seh- und Höreinbußen älterer Menschen. Herausforderungen in Medizin, Psychologie und Rehabilitation. Darmstadt.

Tews, H. (2000): Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Heidelberg.

Thiele, S. (1998): Das Vermögen privater Haushalte und dessen Einfluß auf die soziale Lage. Frankfurt u. a.

Tinnefeldt, G. (1999): Vortrag auf der Tagung „Beschwerdemanagement in der Altenhilfe: Qualitätssicherung ohne Umwege" des Deutschen Evangelischen Verbands für Altenarbeit.

Tinnefeldt, G. (1998): Das Ohr am Kunden. Befragungen zur „Lebensqualität im Altenheim (LiA)". Erfahrungen aus der Beratungspraxis. In: Altenheim 37 (8), S. 10-14.

Töpfer, A.-K.; Stosberg, M.; Oswald, W. D. (1998): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA). Teil VIII. Soziale Integration, soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie 11 (3), S. 139-158.

Transfer-Enquete-Kommission (1981): Das Transfersystem in der Bundesrepublik Deutschland (veröffentlicht durch die Bundesregierung), Bonn 1981.

Transfer-Enquete-Kommission (1979): Zur Einkommenslage der Rentner – Zwischenbericht der Transfer-Enquete-Kommission – (veröffentlicht durch die Bundesregierung), Bonn 1979.

Ueltzhöffer, J. (1999): Generationenkonflikt und Generationenbündnis in der Bürgergesellschaft. Stuttgart (hrsg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg).

Uepping, H. (1997). Intergenerative Personalentwicklung – die Zukunft älterer Mitarbeiter im Unternehmen. In: Personal, Mensch und Arbeit im Betrieb 49, S. 578-582.

Uepping, H., Altmann, M.; Averkamp, C. (1997). Ältere Mitarbeiter – die Innovationspromotoren? In: Personalführung 30, S. 1158-1166.

Ühlein, A.; Evers, A. (1999): Der ambulante Pflegemarkt scheint blockiert – was ist zu tun? In: Public Health Forum 7 (25), S. 11-12.

Ullrich, C. G. (2000): Sind die Sozialversicherten dumm? Unwissenheit und Habitualisierung als Ursachen einer sozialen Akzeptanz des Wohlfahrtsstaates. In: Zeitschrift für Sozialreform 46 (3), S. 220-235.

Ullrich, C. G. (1999): Reziprozität und die soziale Akzeptanz des „Sozialversicherungsstaates". In: Soziale Welt 50, S. 7-34.

Unger, U.; Brähler, E. (1998): Sexuelle Aktivität im Alter – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. In: A. Kruse (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Bd 1: Grundlagen. Göttingen, S. 238-252.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) (2000): Altersvorsorge in Deutschland 1996 (DRV-Schriften Band 19, BMA Forschungsbericht Band 277). Frankfurt/Main.

Vincent, C. E. (1966): Familia spongia. In: Journal of Marriage and the Family 28, S. 29-36.

Vormundschaftsgerichtstag (1999): Was am Betreuungsrecht geändert werden muß. Dokumentation. In: sozial extra 23 (7/8), S. 24-25.

Vüllers-Krohn, L. (1995): Pflegemarkt im Umbruch. In: TEAMWORK (1), S. 6-7.

Wachtler, G.; Franzke, H.; Balcke, J. (1997): Die Innovationsfähigkeit von Betrieben angesichts alternder Belegschaften. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Wacker, E. (2000): Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebenslagenorientierter Ansatz. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Dortmund.

Wagner, M.; Schütze, Y.; Lang, F. (1996): Soziale Beziehungen alter Menschen. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin, S. 301-319.

Wahl, H.-W.; Kruse, A. (1999): Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie 32, S. 456-472.

Wahl, H.-W.; Mollenkopf, H.; Oswald, F. (1999): Alte Menschen in ihrer Umwelt. Beiträge zur Ökologischen Gerontologie. Wiesbaden.

Wahl, H.-W.; Schilling, O.; Oswald, F. (in Druck): Wohnen im Alter – Spezielle Aspekte im ländlichen Raum. In: F. W. Schwartz, U. Walter (Hrsg.): Alter(n) im ländlichen Raum. Frankfurt.

Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C. (1998): Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. In: Zeitschrift für Gerontologie 31, S. 76-88.

Wahl, H.-W.; Wetzler, R. (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Privathaushalten. Integrierter Gesamtbericht zum gleichnamigen Forschungsverbundprojekt. ((Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 111.1) Stuttgart/Berlin/Köln.

Walker, A. (1997): Maßnahmen zur Bekämpfung von Altersbarrieren in der Erwerbstätigkeit. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Waller, P. F. (1996): Accidents – Traffic. In: J. E. Birren (Hrsg.): Encyclopedia of gerontology. Age, aging, and the aged. San Diego, S. 19-25.

Walter, U.; Schwartz, F.W. (1999): Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Hannover.

Walter, W. (1993): Unterstützungsnetzwerke und Generationenbeziehungen im Wohlfahrtsstaat. In: K. Lüscher, F. Schultheis (Hrsg.): Generationenbeziehungen in „postmodernen" Gesellschaften. Konstanz, S. 331-354.

Wasem, J. (1997): Die Ursachen der Ausgabenanstiege in der medizinischen Versorgung. In: M. Arnold, K. Lauterbach, K. Preuß (Hrsg.): Managed Care: Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. Stuttgart, S. 75-92.

Weisman, G. D. (1997): Environments for older persons with cognitive impairments. In: G. Moore, R. Marans (Hrsg.): Environment, behavior and design (Vol. 4). New York, S. 315-346.

Weltgesundheitsorganisation – WHO (1998): The World Health Report 1998. Life in the 21st century. A vision for all. Genf.

Weltgesundheitsorganisation – WHO (Hrsg.) (1996): Psychiatry of the Elderly – A Consensus Statement. Genf.

Weltgesundheitsorganisation – WHO – Regionalbüro Europa (Hrsg.) (1995): Pflege im Aufbruch und Wandel. München.

Weltgesundheitsorganisation – WHO (1986): Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa. Genf.

Wenke, J. (1996). Berufliche Weiterbildung für ältere Arbeitnehmer: Ein Leitfaden für Bildungsträger. Bielefeld: Bertelsmann.

Wernicke, T. F.; Linden, M. (1997): Pharmakotherapie von Depressionen im Alter – Die Berliner Altersstudie. In: H. Radebold, R. D. Hirsch, J. Kipp, R. Kortus, G. Stoppe, B. Struwe, C. Wächtler (Hrsg.): Depressionen im Alter. Darmstadt.

Wetzels, P. et al. (1995): Kriminalität im Leben alter Menschen. Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 105) Stuttgart u. a.

Wilbers, J. (1986): Die Behandlung von Altersfragen im deutschen Bundestag. In: Zeitschrift für Gerontologie 41, S. 109-116.

Wille, E.; Neubauer, G; Erbsland, M.; Frohwitter, I. (1999): Finanzwirtschaftliche und strukturelle Entwicklungen in der Pflegeversicherung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels bis zum Jahr 2040. In: Enquete-Kommission „Demographischer Wandel" Deutscher Bundestag (Hrsg.): Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik, Band 3. Heidelberg, S. 631-755.

Wingenfeld, K. (1999): Konzepte und Maßnahmen zur Sicherstellung des Übergangs von der Krankenhaus- oder Rehabilitationsbehandlung zur Betreuung durch Pflegeeinrichtungen. Teilstudie im Rahmen des Projekts „Evaluation des Landespflegegesetzes Nordrhein-Westfalen" im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichter Abschlußbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

Wingenfeld, K. (1998): Zur pflegerischen Versorgungslage von Migrantinnen und Migranten in Nordrhein-Westfalen. Unveröffentlichter Abschlußbericht einer Teilstudie im Rahmen des Projekts „Evaluation des Landespflegegesetzes Nordhein-Westfalen", Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

Winkler, B. (1997): Schulungskurse für familial Pflegende: Eine effektive Unterstützung bei der Betreuung zumeist alter Familienangehöriger? In: psychomed 67 (9/2), S. 82-86.

Winkler, G. (1999): Zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern. In: WSI-Mitteilungen 52, S. 661-672.

Winter, H.-P., Gennrich, R. & Haß, P. (1999). Hausgemeinschaften. Schriftenreihe Architektur + Gerontologie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe.

Winter, M. (1998): Pflegeausbildung, Praxiserfahrung, Studium und dann...?! In: PR- Internet, S. 31-37.

Winter, M. (1997): Lebenswelt Altenheim: Zur Rolle professionell Pflegender bei der sozialen Unterstützung pflegebedürftiger Heimbewohner, In: Psychomed 67 (9/2), S. 87 – 90.

Winter, U. (1999): Tagespflege im Wandel. Konzeptionelle Veränderungen. Hannover.

Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium der Finanzen (1971): Gutachten zur Alterssicherung und Familienlastenausgleich, Bonn, 1971.

Wistow, G. (1998): Krankenbetreuung zu Hause und die Reform der Akutkrankenhäuser in England. In: J. M. Pelikan, A. Stacher, A. Grundböck, K. Krajic (Hrsg.): Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung und Qualität von ganzheitlicher Hauskrankenpflege. Wien, S. 57-78.

Wittchen, H. G.; Nelson, C. B.; Lachner G. (1998): Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescence and young adults. In: Psychosocial Medicine 28, S. 109-126.

Wübbeke, C. (1999). Der Übergang von sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in den Rentenbezug zwischen sozialpolitischer Steuerung und betrieblichen Interessen. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 32, S. 102-117.

Yassuda, M. S., Wilson, J. J.; Mering, O. von (1997): Driving cessation: The perspective of senior drivers. In: Educational Gerontology 23, S. 525-538.

Zacher, H. F. (1992): Sozialrecht. In: P. B. Baltes, J. Mittestraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin 1992, S. 305-329.

Zapf, W., Mollenkopf, H.; Flaschenträger, P. (1997): Erhaltung von Mobilität zur sozialen Teilhabe im Alter. Projekt des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung. Unveröffentlichter Endbericht des Projekts. Berlin: WZB.

Zdrowomyslaw, N.; Dürig, W. (1999): Gesundheitsökonomie. 2. Aufl. München/Wien.

Zeman, P. (Hrsg.) (2000): Selbsthilfe und Engagement im nachberuflichen Leben. Regensburg.

Zeman, P. (1998): Soziale Altenarbeit – Aktuelle Orientierungen und Strategien. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 31, S. 313-318.

Zeman, P. (1996): Altersbilder, soziale Arbeit und die Reflexivität des Alters. In: C. Schweppe (Hrsg.): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter. Weinheim/ München, S. 33-51.

Zeman, P. (1992): Innovative Seniorenkulturarbeit – Grundlagen und Ziele. In: H. Glaser, T. Röbke (Hrsg.): Dem Alter einen Sinn geben. Heidelberg, S. 30-41.

Zeman, P.; Schmidt, R. (1999): Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien. Expertise im Auftrag der Sachverständigenkommission „3. Altenbericht der Bundesregierung". Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (1989): Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln.

Zentrum für Türkeistudien – ZFT (1999): Bestandsaufnahme der Potentiale und Strukturen von Selbstorganisationen von Migranten türkischer, kurdischer, bosnischer und maghrebinischer Herkunft in Nordrhein-Westfalen. In: Ministerium für Arbeit, Soziales und Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Selbstorganistationen von Migrantinnen und Migranten in NRW, Düsseldorf.

Zentrum für Türkeistudien – ZFT (1992): Zur Lebenssituation und spezifischen Problemlage älterer ausländischer Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland. (Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung 226), Essen.

Ziller, H. (1992): Zur Weiterentwicklung des Rechts in der Altenhilfe. Überlegungen und Thesen zu einem Altenhilfegesetz. In: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen 18, S. 33-34.

Seite

Tabellen:

Tabelle 3-1: Ausgewählte Merkmale der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998 82

Tabelle 3-2: Ausgewählte chronische Krankheiten und Beeinträchtigungen und geistige oder seelische Beeinträchtigungen bei Personen mit regelmäßigem Pflegebedarf in Privathaushalten (Mehrfachnennungen, in Prozent) 86

Tabelle 3-3: DIW-Annahmen zur Entwicklung der Lebenserwartung in West- und Ostdeutschland 87

Tabelle 3-4: Modellrechnungen zur Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland 88

Tabelle 3-5: Beschäftigte in ambulanten Pflegeeinrichtungen (in Prozent) 109

Tabelle 3-6: Ambulante Pflege: Versorgungsdichte im Vergleich der Bundesländer 109

Tabelle 3-7: Entwicklung der Zahl der Tagespflegeeinrichtungen 121

Tabelle 3-8: Leistungsfälle der Tages- und der – noch kaum entwickelten – Nachtpflege sowie Leistungstage vom 1. bis zum 3. Quartal 1999 122

Tabelle 3-9: Zahl der Alteneinrichtungen1) und der verfügbaren Plätze nach Einrichtungsträger und Platzart, 1997 124

Tabelle 3-10: Trägerschaft stationärer Pflegeeinrichtungen 1994 und 1998 (in Prozent) 125

Tabelle 3-11: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Anzahl der Bewohner, 1994 und 1998 (in Prozent) 125

Tabelle 3-12: Leistungs- und Therapieangebote stationärer Pflegeeinrichtungen (in Prozent) 126

Tabelle 3-13: Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegestufen,1998 128

Tabelle 3-14: Alter der Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, 1994 und 1998 (in Prozent) 128

Tabelle 3-15: Bewohner der stationären Pflegeeinrichtungen nach Dauer des bisherigen Aufenthaltes, 1994 und 1998 (in Prozent) 129

Tabelle 3-16: Durchschnittlicher täglicher Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen („Pro Kopf" in Minuten pro Betreuungstag) 130

Tabelle 3-17: Bewohner von Alteneinrichtungen nach Einschränkungen bei den-Aktivitäten des täglichen Lebens 130

Tabelle 3-18: Handlungsspielräume der Bewohner von Alteneinrichtungen, 1994 131

Tabelle 3-19: Bereiche, in denen eine intensive vs. keine Zusammenarbeit mit den Angehörigen der Heimbewohner erfolgt 132

Tabelle 3-20: Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Höhe des monatlichen Entgelts, das Heimbewohnern der Pflegestufen 0 bis III in Rechnung gestellt wird, 19981) 133

Tabelle 3-21: Leistungen der Pflegeversicherung und durchschnittliche Pflegesätze der stationären Einrichtungen, 1998 (in DM) 133

Tabelle 3-22: Anteile der Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegestufe I bis III) in Prozent 133

Tabelle 3-23: Beschäftigte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Beschäftigungsumfang 134

Tabelle 3-24: Vollarbeitskräfte nach Berufsgruppen je 100 Bewohner 134

Tabelle 3-25: Vollarbeitskräfte in stationären Pflegeeinrichtungen nach Qualifikation 134

Tabelle 3-26: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Schularten, 1998/99 143

Seite

Tabelle 3-27: Schülerinnen und Schüler im Berufsfeld Pflege nach Berufsrichtungen, 1997/98 und 1998/99 143

Tabelle 3-28: Ausgabenträger und Finanzierungsformen im deutschen Gesundheitswesen 1996 und 1997 149

Tabelle 3-29: Demographisch bedingte Ausgabensteigerung in der GKV nach verschiedenen Modellrechnungen1) 151

Tabelle 4-1: Erwerbstätigenquote der Frauen und Männer, 1998 171

Tabelle 5-1: Durchschnittseinkommen sowie Variations- und Ginikoeffizient der Nettoeinkommen bis unter 10 000 DM – 1992 – 192

Tabelle 5-2: Verhältnis von Netto- zu Bruttoeinkommen 1992, alle Einkommensklassen 192

Tabelle 5-3: Durchschnittlicher monatlicher Rentenzahlbetrag von Altersrenten zum 31. Dezember 1992 sowie Angaben zu dessen Streuung 196

Tabelle 5-4: Entwicklung der Angleichung der verfügbaren laufenden Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und wegen Alters der neuen Bundesländer an die in den alten Bundesländern seit 1990 197

Tabelle 5-5: Alterssicherung von Beschäftigten in der Privatwirtschaft 19951) – Westdeutschland – 198

Tabelle 5-6: Anzahl und Altersstruktur der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1996 199

Tabelle 5-7: Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen am 31.12.1998, Anzahl sowie Anteil an der Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe (in Prozent) 200

Tabelle 5-8: Anzahl der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren in West- und Ostdeutschland und Anteil an der gleichaltrigen Bevölkerung am 31.12.1997 201

Tabelle 5-9: Durchschnittlicher Nettogeldvermögensbestand (Median) 1993 und Variationskoeffizient, gewichtet, Bezugspersonen ab 55 Jahren 201

Tabelle 5-10: Bestand des Nettogeldvermögens nach Alter auf der Grundlage der EVS '93 – inklusive Versicherungsguthaben – 202

Tabelle 5-11: Relative Höhe der Durchschnittswerte von Nettoeinkommen 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr 203

Tabelle 5-12: Projizierte Anwartschaften auf Netto-Alterseinkommen im 65. Lebensjahr nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96 ... 204

Tabelle 5-13: Durchschnittswerte der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) sowie Verhältnis von Renten im West-Ost-Vergleich 1992 und 1996 204

Tabelle 5-14: Verhältnis der Durchschnittswerte der eigenen GRV-Leistung 1992 sowie der projizierten Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) 205

Tabelle 5-15: Projizierte Anwartschaften auf Versichertenrente der GRV im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht differenziert, AVID '96 205

Tabelle 5-16: Anteil GRV-Anwartschaften am Netto-Alterseinkommen – Projizierte Werte im 65. Lebensjahr (Zahlbetrag) nach Kohorten und Geschlecht – AVID '96 206

Tabelle 5-17: Erfassungsgrad und durchschnittliche Höhe der Anwartschaft in der betrieblichen Altersversorgung – projizierte Anwartschaften auf Leistungen, AVID '96 – 206

Tabelle 5-18: Projizierte Anteile von Personen in der Privatwirtschaft mit Anwartschaften auf betriebliche Altersversorgung sowie deren durchschnittliche Höhe, AVID '96 207

Seite

Tabelle 5-19: Durchschnittliche Höhe der Anwartschaft von Personen mit Ansprüchen, projizierte Anwartschaften auf Leistungen aus einer privaten Altersvorsorge, AVID '96 207

Tabelle 5-20: Die Schichtung der Nettoeinkommen bei einem Eckrentenniveau von 70 Prozent und 64 Prozent 208

Tabelle 5-21: Auswirkung einer Vollbesteuerung 209

Tabelle 6-1: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten nach Geschlecht, Alter, Nationalität, Haushaltsgröße und Familienstand, April 1998 213

Tabelle 6-2: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren in Privathaushalten nach Geschlecht, Alter, Nationalität und Anzahl der Generationen im Haushalt, April 1998 215

Tabelle 6-3: Lebensformen der Männer im Alter von 65 und mehr Jahren, 2000 – 2040 (in Prozent) 219

Tabelle 6-4: Lebensformen der Frauen im Alter von 65 und mehr Jahren, 2000 – 2040 (in Prozent) 220

Tabelle 6-5: Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996 222

Tabelle 6-6: Wohnentfernung der 60- bis 85-jährigen Frauen und Männer mit ein bis drei erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts zu jedem dieser Kinder, 1996 222

Tabelle 6-7: Kontakthäufigkeit der 60- bis 85-jährigen Frauen und Männer mit ein bis drei erwachsenen Kindern außerhalb des Haushalts mit jedem dieser Kinder, 1996 223

Tabelle 6-8: Nennungshäufigkeit und Rangfolge der Personen, an die sich 70- bis 85-Jährige bei Bedarf nach Unterstützung wenden – könnten –, 1996* 226

Tabelle 6-9: Geschlecht, Alter, Wohnort und Verwandtschaftsbeziehung der privaten Hauptpflegepersonen zu den Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998 227

Tabelle 6-10: Nennungshäufigkeit und Rangfolge der Personen, an die sich 70- bis 85-jährige Kinderlose bei Bedarf nach Unterstützung wenden – könnten –, 1996 230

Tabelle 7-1: Ausstattung mit und gewünschter Besitz von ausgewählten Geräten der Informations- und Kommunikationstechnologie nach Altersgruppen (1999) 264

Abbildungen:

Abbildung 3-1: Häufigkeiten ausgewählter medizinischer Diagnosen bei alten Menschen 73

Abbildung 3-2: Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.19981) 83

Abbildung 3-3: Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am 31.12.1998 nach Pflegestufe1) 84

Abbildung 3-4: Form der Unterbringung und Versorgung der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.19981) 85

Abbildung 3-5: Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (am Jahresende andauernde Hilfen) 107

Abbildung 3-6: Das breite Spektrum der Mittelaufbringung und die Finanzverfassung des Gesundheitswesens 153

Abbildung 4-1: Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975–1998 (in Prozent) 165

Abbildung 4-2: Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975–1998 (in Prozent) 166

		Seite
Abbildung 4-3:	Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den alten Bundesländern, 1975-1998 (in Prozent)	166
Abbildung 4-4:	Altersspezifische Erwerbsquoten der Männer (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)	167
Abbildung 4-5:	Altersspezifische Erwerbsquoten der verheirateten Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)	168
Abbildung 4-6:	Altersspezifische Erwerbsquoten der ledigen Frauen (Deutsche) in den neuen Bundesländern, 1991 bis 1998 (in Prozent)	168
Abbildung 4-7:	Altersspezifischer Erwerbslosenquoten der Männer und Frauen in den alten und neuen Bundesländern, November 1998 (in Prozent)	169
Abbildung 4-8:	Rentenneuzugänge der Männer nach Rentenarten, 1998	180
Abbildung 4-9:	Rentenneuzugänge der Frauen nach Rentenarten, 1998	181
Abbildung 5-1:	Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Westdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)	193
Abbildung 5-2:	Schichtung des Nettoeinkommens von Ehepaaren und Alleinstehenden 1992 (Einkommen bis unter 10 000 DM pro Monat, Ostdeutschland, für Personen ab 55 Jahren)	193
Abbildung 5-3:	Einkommensstruktur nach Einkunftsarten bei 2-Personen-Rentner-Haushalten, 1993	194
Abbildung 5-4:	Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Westdeutschland	195
Abbildung 5-5:	Verteilung der Altersrenten auf Betragsklassen bei Frauen und Männern zum 31. Dezember 1992, Ostdeutschland	195
Abbildung 5-6:	Vergleich der verfügbaren Eckrenten in den alten und neuen Bundesländern seit 1990	197
Abbildung 6-1:	Anteil verheirateter Männer und Frauen im Alter von 60 bis 84 Jahren, Jahresende 1997	214
Abbildung 6-2:	Anteil älterer Menschen in Haushalten mit zwei und mehr Generationen, 1998	216
Abbildung 6-3:	Geleistete und erhaltene materielle Transfers und instrumentelle Hilfen	224
Abbildung 6-4:	Empfangene und geleistete Unterstützung von älteren Ausländern	228
Abbildung 6-5:	Altersverteilung der Mitglieder des Deutschen Bundestages (14. WP)	234

Übersichten:

Übersicht 3-1:	Wesentliche altersbedingte Veränderungen	72
Übersicht 3-2:	Personale Ressourcen der aktiven Lebensgestaltung (aus Kruse 1999)	77
Übersicht 3-3:	Pflegestufeneinteilung nach SGB XI	81
Übersicht 3-4:	Risikofaktoren, die zur Sturzkrankheit führen	90
Übersicht 3-5:	Der präventive Hausbesuch	91
Übersicht 3-6:	Das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie	94
Übersicht 3-7:	Pflegespezifische Qualifikationsebenen und -inhalte	142
Übersicht 3-8:	Vergleich von Ausbildungsschwerpunkten Alten- und Krankenpflege (vgl. DBfK 1998)	145
Übersicht 3-9:	Wesentliche Aspekte der Versorgungsintegration	154
Übersicht 4-1:	Institutionelle Möglichkeiten des Versicherten-Rentenzugangs	179
Übersicht 4-2:	Rentenzugangsmöglichkeiten für Versicherte ab 2012	182

		Seite
Übersicht 5-1:	Wichtige Determinanten der Einkommenslage im Alter	187
Übersicht 5-2:	Alterskohorten im Lebensablauf	188
Übersicht 5-3:	Alterssicherung für verschiedene Gruppen von Erwerbstätigen in Deutschland	189
Übersicht 7-1:	Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten als Ressourcen alter Menschen	242
Übersicht 7-2:	Glossar wichtiger Begriffe zum Altern in räumlichen, infrastrukturellen und technischen Umwelten	244
Übersicht 7-3:	Finanzierung der Wohnberatung	247
Übersicht 7-4:	Neue Technologien für Ältere: Wichtigste and aktivste Initiativen, Netzwerke, Forschungs-, Beratungs- und Trainingszentren in den letzten Jahren (Stand: Januar 2000)	260

Bundesrat Drucksache **39/01** (Beschluss)

09.03.01

Beschluss
des Bundesrates

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft
und
Stellungnahme der Bundesregierung

Der Bundesrat hat in seiner 760. Sitzung am 9. März 2001 beschlossen, von dem Bericht Kenntnis zu nehmen.

Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 1320, 53003 Bonn
Telefon: 0228/3820840, Telefax: 0228/3820844
ISSN 0720-2946