

Antwort

der Bundesregierung

auf die Große Anfrage der Abgeordneten Braun, Kroll-Schlüter, Frau Augustin, Breuer, Dolata, Dr. Hoffacker, Link (Diepholz), Frau Männle, Sauer (Stuttgart), Schlottmann, Werner, Frau Dr. Adam-Schwaetzer, Cronenberg (Arnsberg), Eimer (Fürth), Frau Dempwolf, Frau Verhülsdonk, Dr. Olderog, von Schmude, Müller (Wesseling), Biehle, Eylmann, Lenzer, Krey, Dr. Kunz (Weiden), Schulze (Berlin), Dr. Jobst, Schemken, Sauer (Salzgitter), Weiß, Dr. Möller, Kittelmann, Schmitz (Baesweiler), Lowack, Jung (Lörrach), Frau Roltzsch (Quickborn), Dr. Hüsch, Dr. Riedl (München), Dr. Rose, Schreiber, Dr.-Ing. Kansy, Dr. Schroeder (Freiburg), Dr. Pohlmeier, Dr. Czaja, Link (Frankfurt), Frau Geiger, Pohlmann, Zierer, Dr. Miltner, Spilker und der Fraktionen der CDU/CSU und FDP

— Drucksache 10/1660 —

Lebenssituation und Zukunftsperspektiven älterer Menschen

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat mit Schreiben vom 23. Januar 1985 die Große Anfrage namens der Bundesregierung wie folgt beantwortet:

Vorbemerkungen

A.

Unsere Gesellschaft kann auf die Leistungen und Dienste älterer Menschen, ihre Urteilsfähigkeit, ihre Lebenserfahrung und Verständnisbereitschaft in der Familie, im Rahmen der Nachbarschaftshilfe und im sozialen Bereich nicht verzichten: Wir brauchen die älteren Mitbürger und die Solidarität der Generationen. Das Alter hat wie jede Lebensphase seinen eigenen Wert, eigene Bedürfnisse, eigene Aufgaben und eigene Verantwortung. Zu einer humanen Gesellschaft gehört auch, daß sie ältere Mit-

bürgern ein gesichertes und sinnerfülltes Leben in einem der Menschenwürde entsprechenden Rahmen ermöglicht.

Nicht Konflikt, sondern Verständnis zwischen den Generationen muß das Zusammenleben von Jüngeren und Älteren bestimmen. Sie dürfen nicht in zwei getrennten Welten leben. Zwischen Jüngeren und Älteren muß eine tragfähige Brücke der Verständigung geschlagen werden. Es darf nicht zu Entfremdung und Sprachlosigkeit zwischen den Generationen kommen.

Das Verhältnis zwischen den Generationen kennt immer auch Spannungen, es kennt vor allem aber auch Solidarität. Ausdruck dieser Solidarität ist der „Generationenvertrag“. Familienpolitik heute sichert auch den Generationenvertrag morgen. Die Politik der Bundesregierung ist darauf gerichtet, diesen Mehr-Generationen-Vertrag zu stabilisieren und auf Dauer zu stellen.

Der „Generationenvertrag“ verwirklicht sich nicht nur in der Sicherheit der finanziellen Situation, sondern mehr noch in dem Verständnis und in der Hilfsbereitschaft über die Grenzen von Gruppen, Alter und Generationen hinweg. Denn viele Menschen leiden heute weniger an materieller Armut; sie leiden an Einsamkeit, Mangel an Geborgenheit und Mitmenschlichkeit.

Gerade auch die Gemeinschaft der Generationen in der Familie gibt einer Gesellschaft ihr menschliches Gesicht. Im Zusammenstehen der Generationen, im Füreinanderstehen in Notsituationen, bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit erweist sich die Kraft der Lebensgemeinschaft Familie. Sie kann hier mehr leisten, als jede staatliche, öffentliche Hilfe allein vermag.

B.

Die Politik der Bundesregierung für ältere Menschen orientiert sich an den Wünschen und Erwartungen der älteren Menschen. Dies sind insbesondere:

- das starke Streben nach selbständiger und selbstbestimmter Lebensführung, solange dies eben möglich ist;
- der Wunsch, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und nicht abseits zu stehen;
- das Verlangen nach materieller und sozialer Sicherheit und nach Hilfe und Betreuung im Falle der Pflegebedürftigkeit.

Unser Staat wird die Sicherheit der Renten und Pensionen auch künftig garantieren und darüber hinaus denen helfen, die in Not und wirklich bedürftig sind.

Was wir im Rahmen einer modernen Altenpolitik brauchen, ist ein vielschichtiges und abgestuftes System von Maßnahmen, das auf einer soliden materiellen Sicherheit der alten Menschen aufbaut und das von der Möglichkeit familiennahen und altersgerechten Wohnens über Sozialstationen bis hin zu Hilfen in Heimen reicht.

C.

Die Bundesregierung läßt sich hiervon ausgehend bei ihrer Politik für die älteren Mitbürger von folgenden Überlegungen, Grundsätzen und Zielen leiten:

- I. Lebensverhältnisse und Zukunftsperspektiven der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland zu verbessern, ist ein Schwerpunkt in der Politik der Bundesregierung. Der gegenwärtig älteren Generation wurde durch die geschichtliche Entwicklung eine besonders große und harte Lebensleistung abverlangt. Sie hat den Zweiten Weltkrieg — viele sogar beide Weltkriege — erlebt und als Folge Not, Kriegsbeschädigungen,

Verlust von Angehörigen, Flucht und Vertreibung ertragen müssen und dies in Lebensjahren, die sonst durch den Aufbau der Existenz oder die Entfaltung der Persönlichkeit gekennzeichnet sind. Diese ältere Generation hat den Aufbau und Ausbau der Bundesrepublik Deutschland zu einem freiheitlichen und sozialen Rechtsstaat mit materiellem Wohlstand, der hart erarbeitet werden mußte, verwirklicht und diese Leistung in einer damals düsteren Lebensperspektive erbracht. Die Bundesregierung anerkennt die Lebensleistung der älteren Generation.

- II. Lebenssituation und Zukunftsperspektiven der älteren Menschen in der Bundesrepublik Deutschland werden durch die Gesamtheit der politischen Entscheidungen geprägt, nicht nur — und nicht einmal überwiegend — durch die spezifischen Maßnahmen der Altenpolitik im engeren Sinne. Die Politik der Friedenssicherung, der äußeren und inneren Sicherheit, der materiellen Sicherung, der gesundheitlichen Vorsorge und Versorgung und des Umweltschutzes — um Beispiele zu nennen — ist eine Politik, die auch allen älteren Menschen zugute kommt.

- III. Von besonderer Bedeutung bleibt die Sicherung der materiellen Existenzgrundlage. Sie ist eine wesentliche Voraussetzung für eine selbständige Lebensgestaltung, für die Kontinuität der Lebensführung, für eine Motivation zu sozialer Aktivität und nicht zuletzt für persönliche Zufriedenheit. Die Bundesregierung hat durch ihre Politik der Stabilisierung der öffentlichen Haushalte und der Stimulierung wirtschaftlicher Auftriebs-Kräfte, die den Trend des wirtschaftlichen Abschwunges umkehrte und zu einer deutlichen gesamtwirtschaftlichen Erholung führte, die Voraussetzungen geschaffen, damit die materielle Sicherheit im Alter auch weiterhin erhalten bleibt. Die Rentenversicherung konnte durch die strukturellen Maßnahmen wesentlich verbessert werden. Ein wesentlicher Faktor bei der materiellen Sicherung ist auch die deutliche Senkung des Preisanstieges und die Sicherung der Geldwertstabilität.

- IV. Die Erhaltung der selbständigen Lebensführung älterer Menschen in vertrauter Umgebung hat für die Bundesregierung Priorität. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, daß derzeit über 80 v. H. der älteren Menschen ihr Leben aufgrund ihrer eigenen Möglichkeiten und Entscheidungen selbständig führen. Deshalb gebührt auch ambulanten sozialen Diensten der Vorrang vor stationärer Versorgung.

Die Bundesregierung erkennt besonders an, daß familiäre Hilfen, vor allen Dingen pflegerische Hilfen, in ständig wachsendem Umfange und meistens von Frauen erbracht werden. Sie weiß, daß die starke Belastung von den Pflegenden oft nur durch den vollen Ein-

satz ihrer physischen und psychischen Kräfte bewältigt werden kann.

Der Ausbau ambulanter sozialer Dienste, der teilstationären Hilfen, der Kurzzeitpflege und anderer Dienste wird die Voraussetzungen für die häusliche Pflege verbessern. Dieser Ausbau wird aber nicht verhindern können, daß eine große Zahl älterer Menschen Hilfe und Betreuung sachgerecht nur in Einrichtungen der Altenhilfe erhalten kann. Auch in Zukunft werden daher viele Einrichtungen, insbesondere die Altenpflegeheime, ihre Bedeutung behalten.

Die Bundesregierung hält es für möglich, daß der Vorrang und die Förderung ambulanter Hilfen voraussichtlich Einfluß haben wird auf die Zusammensetzung der Heimbewohner. Sollte der Anteil der Hinfälligen, der psychisch Gestörten und Kranken sowie der Demenzen in den Einrichtungen der Altenhilfe weiterhin steigen, so müßte rechtzeitig geprüft werden, welche Hilfskonzepte entwickelt werden müssen, damit die Heime sich dieser Veränderung anpassen können.

- V. Besondere Bedeutung hat nach Ansicht der Bundesregierung die Vorbereitung auf das Alter. Dies ist nicht nur eine Frage der spezifischen Veranstaltungen zur rechtzeitigen Vorbereitung auf die nachberufliche Lebensphase, sondern vielmehr eine lebenslange Aufgabe. Bereits in der Jugend müssen die Grundlagen dafür gelegt werden, daß bestimmte typische Altersprobleme erst gar nicht auftreten. Hier seien z. B. auch die Bestrebungen der Bundesregierung zur Humanisierung des Arbeitslebens erwähnt. Dazu gehören aber vor allem ein lebenslanges gesundheitsbewußtes Verhalten, sachgerechte Ernährung, sportliche Betätigung, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen. Die Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung sollte entwickelt und persönliche Interessen sollten begründet und gepflegt werden.
- VI. Der „Wiener Aktionsplan zur Frage des Alterns“ hebt hervor, daß es in der Altenpolitik nicht nur um Schutz und Versorgung alter Menschen geht, sondern auch um die Frage, wie man die älteren und alternden Menschen in das gesellschaftliche Leben mit einbeziehen und dort mitwirken lassen kann. Dies wird im Text der Großen Anfrage noch einmal besonders hervorgehoben. Die Bundesregierung stimmt dem zu. Auch die älteren Menschen, die aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, haben einen Anspruch auf Mitwirkung an der Entwicklung der Gesellschaft, und die Gesellschaft ihrerseits wird davon profitieren, wenn sie ihre Erfahrungen in die Diskussion einbringen. Die Bundesregierung hält es in diesem Zusammenhang aber auch für wichtig, daß die alten Menschen ihre Bedürfnisse selbst artikulieren, und sie begrüßt ausdrücklich, daß dies in zunehmendem Umfang geschieht.

VII. Die Politik für ältere Menschen im engeren Sinne ist nur zu einem geringen Teil nach dem Grundgesetz Angelegenheit des Bundes. Im Rahmen der Gesetzgebung ist die Zuständigkeit des Bundes breit, im Bereich der Förderungsmaßnahmen relativ schmal. Die weitest größte Zahl der Aktivitäten, nach denen in der Großen Anfrage gefragt wird, ist Angelegenheit der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände. Nach § 17 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch und § 93 des Bundessozialhilfegesetzes ist es Aufgabe der „Leistungsträger“ darauf hinzuwirken, daß die erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen. Dies soll in Zusammenarbeit mit gemeinnützigen und freien Einrichtungen und Organisationen geschehen. Die Bundesregierung arbeitet in allen altenpolitischen Fragen eng und vertrauensvoll mit den Bundesländern, den kommunalen Spitzenverbänden und den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege zusammen.

VIII. Die Durchführung von Maßnahmen der Altenhilfe ist in einer freiheitlich verfaßten Gesellschaft weitgehend eine Angelegenheit freier Träger. Dem gesetzlich verankerten Subsidiaritätsprinzip kommt hierbei eine herausragende Bedeutung zu. Vor allem die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und die Kirchen haben ein breites Angebot von Maßnahmen für ältere Menschen entwickelt.

Daneben gewinnen in zunehmendem Maße Selbsthilfeorganisationen lokaler, regionaler, aber auch von bundesweiter Bedeutung an Gewicht. Die Bundesregierung begrüßt diese Entwicklung sehr und bemüht sich, sie ideell und — soweit es sich um Maßnahmen von bundeszentraler Bedeutung handelt — auch materiell zu fördern, weil es sich hierbei um eine wachsende Eigenvertretung der Belange der älteren Generation handelt.

In den letzten Jahren hat sich neben den privaten Altenheimen in der Bundesrepublik Deutschland auch ein ausgedehnter privater Markt ambulanter Pflegedienste, kultureller Angebote für ältere Menschen, von Seniorenreisen und anderem entwickelt. Die Bundesregierung begrüßt Bemühungen der Wirtschaft, den Bedürfnissen älterer Menschen gerecht zu werden.

IX. Ein erfülltes Leben wird keinem geschenkt und kann auch durch politische Maßnahmen allein nicht geschaffen werden. Der einzelne muß seinen eigenen Beitrag dazu leisten. Die Gemeinschaft aber hat die Verpflichtung, die äußeren Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die älteren Menschen ihre Fähigkeiten und ihre Persönlichkeit entfalten können. Die Bundesregierung wird mit ihrer Altenpolitik auch weiterhin dazu beitragen, daß für die ältere Generation in der Bundesrepublik Deutschland die Lebensumstände verbessert und die Zukunftschancen erhalten und weiter ausgebaut werden.

I. Dimensionen der Altersproblematik

1. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die steigende Zahl älterer Menschen wie ihr wachsender Anteil an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland eine große Herausforderung für die Politik darstellt?

Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht über die Bevölkerungsentwicklung (Teil 1: Drucksache 8/4437 und Teil 2: Drucksache 10/863) auf die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland und ihre Folgen hingewiesen. Die Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung hat ihre Ursachen sowohl im Anstieg der absoluten Zahl älterer Menschen als auch in der Abnahme der jüngeren Bevölkerung infolge des Geburtenrückgangs in der Bundesrepublik Deutschland (s. Tabelle 1). Dieser wachsende Anteil älterer Menschen stellt auch nach Auffassung der Bundesregierung eine große Herausforderung u. a. für die Sozial- und Familienpolitik im Hinblick auf die Einkommenssicherung, das Rentensystem sowie die Hilfen für Pflegebedürftige dar. Eine besonders wichtige Folge ist, daß die Alterssicherung von weniger Berufstätigen erwirtschaftet werden muß. Auch für die notwendigen Hilfen für alte, gebrechli-

che Menschen stehen weniger Familienangehörige zur Verfügung (s. Tabelle 1). Es wird deshalb mit die Frage sein, in welchem Umfange gesunde alte Menschen gebrechliche alte Menschen zukünftig pflegen können und welche Hilfen dafür bereitgestellt werden müssen.

Die aus der Bevölkerungsentwicklung erwachsenen Probleme werden durch andere gesellschaftliche Entwicklungen, z. B. höhere Zahl der Scheidungen, geringere Heiratsneigung, Anwachsen der Zahl Kinderloser und Kinderarmer, hohe Mobilitätsanforderungen der Berufstätigen und anderes noch verschärft. Auch das Zahlenverhältnis zwischen älteren Frauen und älteren Männern wird sich nach der Modellrechnung in Zukunft weiterhin verschieben. Auf 100 Männer im Alter von 65 Jahren und mehr kommen Frauen in der gleichen Altersgruppe:

1971	1975	1981	1990
160	168	182	196

Tabelle 2 enthält eine Vorausschätzung der Entwicklung ausgewählter Altersgruppen der Bevölke-

Tabelle 1

**Entwicklung des Verhältnisses der Zahl der über 75jährigen zu den jüngeren Altersgruppen
von 1890 bis 2000**

auf einen über 75jährigen kommen	1890	1910	1925	1939	1950	1961	1970	1982	2000
0 bis 19 Jahre	36	33	25	14	11	8	8	4,0	3,5
20 bis 39 Jahre	23	23	22	15	10	8	7	4,5	4,9
40 bis 59 Jahre	15	14	15	11	10	7	6	4,2	4,7
60 bis 74 Jahre	5	5	5	5	4	4	4	2,1	2,7
0 bis 74 Jahre	79	75	67	45	35	27	25	14,8	15,8

Quelle: Willi Rückert, Bevölkerungsentwicklung und Altenhilfe von der Kaiserzeit bis zum Jahre 2000 (Unveröffentlichtes Manuskript, Stand: Mai 1984), Seite 7, s. a. Drucksache 10/1943.

Tabelle 2

**Bevölkerung nach ausgewählten Altersgruppen
am 1. Januar des jeweiligen Vorausschätzungsjahres**

Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren	1985		1990		1996		2000		Deutsche							
	1985		1990		1996		2000		1985		1990		1995		2000	
	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.	1000	v.H.
65 bis 70	2021,5	3,3	3039,0	5,0	3019,9	5,0	2940,2	4,9	1981,7	3,5	2959,6	5,4	2909,5	5,4	2770,1	5,3
70 bis 75 ...	2719,9	4,5	1704,8	2,8	2558,6	4,3	2527,3	4,3	2648,6	4,8	1670,5	3,0	2492,1	4,6	2435,4	4,6
75 und mehr	3934,9	6,4	4083,3	6,7	3361,6	5,6	3529,6	6,0	3888,7	7,0	4030,6	7,3	3309,2	6,2	3453,9	6,6
65 und mehr																
insgesamt ..	8676,3	14,2	8827,1	14,6	8940,1	14,9	8997,1	15,2	8555,0	15,3	8660,7	15,7	8710,8	16,2	8659,4	16,6

Quelle: Statistisches Bundesamt

lung bis zum Jahre 2000. Im übrigen wird auf den Bericht über die Bevölkerungsentwicklung verwiesen sowie auch auf Zahlenmaterial in der Antwort zur Kleinen Anfrage der SPD „Lebensumstände älterer und hochbetagter Frauen in der Bundesrepublik Deutschland“ (Drucksache 10/1807).

2. Wie bewertet die Bundesregierung den Sachverhalt einer zahlenmäßig zunehmenden und durchschnittlich aktiveren älteren Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, die in sich wiederum sehr heterogen ist?

Inwiefern sind Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung erkennbar und für die Altenpolitik der Bundesregierung relevant?

Wegen der zahlenmäßigen Veränderung bei der älteren Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutsch-

land wird auf die Antworten zu Fragen I.1 und I.3 verwiesen.

Das Renteneintrittsalter liegt heute im Durchschnitt bei etwa 59 Lebensjahren. Bei der durchschnittlichen Lebenserwartung können Männer und Frauen nach Eintritt in den Ruhestand mit einer langjährigen aktiven Lebensphase rechnen. Nach Ansicht der Bundesregierung müssen deshalb im ausreichenden Maße sinnvolle und befriedigende Betätigungsmöglichkeiten für alte Menschen vorhanden sein, damit ein Rollenwechsel erfolgt, statt einer Rollenaufgabe.

Die Chancen für ein Alter in Vitalität mit Erhaltung der Selbständigkeit beurteilt die Bundesregierung günstig. Gestiegene Lebenserwartung wird dabei als ein direkter und guter Indikator für verbesserte Gesundheit älterer Menschen angesehen. Zur Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland wird auf die nachstehende Tabelle verwiesen:

Lebenserwartung in Jahren im Alter x^1)

Vollendetes Altersjahr *) 1)	Männlich							Weiblich						
	1901/10	1924/26	1932/34	1949/51	1960/62	1970/72	1980/82	1901/10	1924/26	1932/34	1949/51	1960/62	1970/72	1980/82
0	44,82	55,97	59,86	64,56	66,86	67,41	70,18	48,33	58,82	62,91	68,48	72,39	73,83	76,85
1	55,12	62,24	64,43	67,80	68,31	68,20	70,11	57,20	63,89	66,41	71,01	73,46	74,32	76,66
2	56,39	62,26	64,03	67,08	67,46	67,31	69,17	58,47	63,85	65,96	70,26	72,60	73,42	75,72
5	55,15	60,09	61,70	64,47	64,68	64,49	66,28	57,27	61,62	63,56	67,61	69,78	70,56	72,81
10	51,16	55,63	57,28	59,76	59,88	59,68	61,40	53,35	57,11	59,09	62,84	64,93	65,70	67,90
15	46,71	51,00	52,62	54,98	55,02	54,81	56,49	49,00	52,47	54,39	57,99	60,02	60,79	62,97
20	42,56	46,70	48,16	50,34	50,34	50,21	51,79	44,84	48,09	49,84	53,24	55,17	55,97	58,10
25	38,59	42,70	43,83	45,83	45,78	45,65	47,14	40,84	43,92	45,43	48,55	50,33	51,14	53,23
30	34,55	38,56	39,47	41,32	41,14	41,00	42,42	36,94	39,76	41,05	43,89	45,53	46,30	48,37
35	30,53	34,30	35,13	36,80	36,30	36,25	37,71	33,04	35,56	36,67	39,26	40,78	41,50	43,55
40	26,64	30,05	30,83	32,32	31,91	31,77	33,07	29,16	31,37	32,33	34,67	36,09	36,77	38,78
45	22,94	25,90	26,61	27,93	27,41	27,33	28,59	25,25	27,20	28,02	30,14	31,48	32,14	34,09
50	19,43	31,89	22,54	23,75	23,10	23,05	24,30	21,35	23,12	23,85	25,75	27,00	27,65	29,52
55	16,16	18,09	18,69	19,85	19,08	19,02	20,27	17,64	19,20	19,85	21,50	22,65	23,32	25,09
60	13,14	14,60	15,11	16,20	15,49	15,31	16,51	14,17	15,51	16,07	17,46	18,48	19,12	20,82
65	10,40	11,46	11,87	12,84	12,36	12,06	13,09	11,09	12,17	12,60	13,72	14,60	15,18	16,77
70	7,99	8,74	9,05	9,84	9,60	9,35	10,09	8,45	9,27	9,58	10,42	11,12	11,63	12,99
75	5,97	6,50	6,68	7,28	7,20	7,17	7,64	6,30	6,87	7,09	7,68	8,16	8,59	9,67
80	4,38	4,77	4,84	5,24	5,24	5,36	5,73	4,65	5,06	5,15	5,57	5,85	6,16	6,98
85	3,18	3,50	3,52	3,72	3,76	3,92	4,34	3,40	3,76	3,70	4,02	4,17	4,37	4,95
90	2,35	2,68	2,63	2,66	2,69	2,81	3,42	2,59	2,92	2,72	2,89	3,03	3,16	3,62

Quelle: Statistisches Bundesamt

*) Bis 1932/34 Reichsgebiet, jeweiliger Gebietsstand; 1949/51 Bundesgebiet ohne Saarland und Berlin

¹⁾ Es beziehen sich: das Alter 0 auf den Zeitpunkt der Geburt, die anderen Altersangaben auf den Zeitpunkt, an dem jemand genau x Jahre alt geworden ist.

Die Bedürfnisse und Erwartungen der älteren Generation, ihre Möglichkeiten zur Erhaltung der Selbständigkeit, zu Selbsthilfe und Aktivität, ihr Verlangen nach Mitwirkung sind sehr differenziert und werden sich voraussichtlich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten wandeln. Den damit verbundenen Problemen ist nach Ansicht der Bundesregierung nur durch ein adäquates, breites Angebot von Maßnahmen sowie durch Schaffung entsprechender großer Freiräume für Aktivitäten, Selbsthilfe, Mitwirkung usw. zu begegnen.

Im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung muß die Bereitschaft und Fähigkeit der älteren Menschen zur Selbsthilfe gezielt verbessert und müssen die Hilfen zur Erhaltung der Selbständigkeit über das Kernangebot (häusliche Krankenpflege, Haus- und Familienpflege, Altenpflege) hinaus ausgedehnt werden. Das Selbsthilfepotential der Älteren kann durch Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfen sowie durch freiwillige Hilfen in Kirchen und Wohlfahrtsverbänden aktiviert werden.

Die Bundesregierung erwartet auch im Verlauf des Modellprogramms „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ Aufschlüsse darüber, in welcher Weise dieses Selbsthilfepotential gestärkt werden kann.

Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung lassen sich insbesondere im Hinblick auf die Zukunftsentwicklung nicht generalisieren.

Die Bevölkerungsentwicklung der Vergangenheit war von einem ausgeprägten Verstädterungsprozeß begleitet. Trotz einer höheren Geburtenrate in den ländlichen Gebieten kam es dort — bedingt durch eine bedeutende Abwanderung der Erwerbsfähigen und -tätigen — zu einer Überalterung der Bevölkerung. In den ländlichen Regionen, die über landschaftliche Attraktivität sowie eine ausreichende infrastrukturelle Ausstattung verfügen und gut von den Verdichtungsgebieten aus erreichbar sind, waren in der Vergangenheit zu Lasten der großen Verdichtungsgebiete Wanderungsgewinne bei älteren Personen (50 Jahre und älter) zu verzeichnen.

Im Bericht über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wurde nach dem Szenario I C*) bei der regionalisierten Modellrechnung davon ausgegangen, daß sich die bisherigen regionalen Unterschiede (Regionen mit großen Verdichtungsräumen zu ländlich geprägten Regionen) in den Geburtenhäufigkeiten verringern und daß sich die durchschnittlichen Binnenwanderungen des Zeitraumes 1974 bis 1978 bis zum Jahr 2000 fortsetzen. Wegen der Vielzahl der zu setzenden Annahmen wurde für die regionalisierten Modellrechnungen der Berechnungszeitpunkt bis zum Jahr 2000 ausgewiesen.

Nach der regionalisierten Modellrechnung haben die ländlich geprägten Regionen mit ungünstiger

Arbeitsmarktsituation (geringe Siedlungsdichte) einen Bevölkerungsrückgang von 7,2 Mio. (1979) auf 6,8 Mio. (2000) Einwohner zu erwarten, bei leicht rückläufigem Anteil an der Gesamtbevölkerung (von 11,8 v. H. auf 11,5 v. H.). In ländlichen Regionen, die vor allem durch starken Fremdenverkehr eine günstige Arbeitsmarktsituation aufweisen, könnte die Einwohnerzahl leicht zunehmen (1979: 2,3 Mio., 2000: 2,4 Mio.). Der Anteil der älteren Menschen (60 Jahre und mehr) an der Gesamtbevölkerung würde sich nach diesen Modellrechnungen wie im Bundesdurchschnitt in den ländlich geprägten Regionen von 19 v. H. (Januar 1981) auf 23 v. H. im Jahr 2000 erhöhen. In ländlichen Regionen mit starkem Fremdenverkehr und günstiger Arbeitsmarktsituation würde sich der Anteil von derzeit 20 v. H. auf 22 v. H. erhöhen.

Die Landwirtschaft ist geprägt durch die bäuerliche Familie, die noch immer in starkem Maße eine Lebens- und Arbeitsgemeinschaft darstellt, in der mehrere Generationen unter einem Dach leben und arbeiten. Eine steigende Lebenserwartung und die Zunahme früherer Eheschließung der Hofnachfolger bewirkten Änderungen der Familienstruktur und der Gestaltung der Lebens- und Wohnverhältnisse in der Landwirtschaft. Hinzu kamen die positiven Auswirkungen des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte, die dazu führen, daß der Anteil der über 65jährigen Betriebsleiter in der Landwirtschaft seit Jahren sinkt und die Hofübergabe an die jüngere Generation zeitiger als früher erfolgt.

Nach einer im Auftrag des Bundesministers für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten durchgeführten Studie*) erhöht sich die „Altersquote“**), die nach vorsichtigen Schätzungen für die gesamte deutsche Bevölkerung bis 2020/2030 um ca. 80 v. H. ansteigt, für die landwirtschaftliche Bevölkerung nach einer vorausschauenden Modellrechnung***) noch erheblich stärker. Während 1980 zehn in die landwirtschaftliche Beschäftigung Eintretenden noch ca. 17 aus Altersgründen Ausscheidenden gegenüberstehen, dürfte sich diese Zahl auf 24 im Jahr 2000 bzw. 29 im Jahr 2030 erhöhen.

Eine 1980 von Socialdata im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführte Untersuchung hat ergeben, daß in Orten mit bis zu 20 000 Einwohnern der Anteil zu Hause lebender Pflegebedürftiger relativ größer, in Orten mit über 20 000 Einwohnern demgegenüber relativ geringer ist, als es nach dem statistischen Mittel für die Bundesrepublik Deutschland zu erwarten wäre. Dennoch kann dies nicht mehr als ein Indiz dafür sein, daß die Tendenz zur häuslichen

*) Bericht über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, 2. Teil: Auswirkungen auf die verschiedenen Bereiche von Staat und Gesellschaft, Drucksache 10/863 vom 5. Januar 1984

*) v. Braun, J. und Budde, H.-J., Landwirtschaftliche Bevölkerungsentwicklung — Langfristige Modellrechnungen und deren agrar- und regionalpolitische Konsequenzen — in: Schriftenreihe des BML, Reihe A: Angewandte Wissenschaft, Heft 268, 1982

**) Die „Altersquote“ ist als v. H.-Anteil der über 60jährigen an den 20 bis 60jährigen definiert

***) Annahmen: Geburtenhäufigkeit wie 1976/79, Mobilität wie 1975/77, Änderung der landwirtschaftlichen Bevölkerung 1972 bis 2000 = -3,3 v. H., 2000 bis 2030 = -3,9 v. H.

Versorgung auf dem Lande größer ist als in den Städten. Um diese Frage endgültig zu beantworten, müßte auch eine auf die Größe des Wohnorts ausgerichtete Beziehung hergestellt werden, z. B. zur Zahl der stationär untergebrachten Pflegebedürftigen, zur Familienstruktur, zur Altersstruktur und zur infrastrukturellen Versorgung. Dies ist jedoch nicht möglich.

Die Beteiligung von fremden Arbeitskräften oder Nachbarn an der Versorgung der Hilfsbedürftigen ist unbedeutend. Ehrenamtliche Hilfskräfte haben bei der Betreuung andauernd Hilfebedürftiger aus landwirtschaftlichen Familien so gut wie keine Bedeutung. Nachbarschaftshilfe in Form persönlicher Hilfen ist nur gering verbreitet.

In den städtischen Ballungsgebieten ist eine Häufung vergleichbaren Hilfebedarfs bei kurzen Entfernungen zu beobachten, in ländlichen Bereichen dagegen ein gestreuter Bedarf bei langen Wegen. Das hat für Planung und Durchführung von Hilfeangeboten und Maßnahmen unterschiedliche Auswirkungen. Die Bundesregierung hat eine empiri-

sche Untersuchung als Grundlage zur Planung von sozialen Diensten im ländlichen Raum durchführen lassen, die als Band 137 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit „Die Lebenslage älterer Menschen im ländlichen Raum“ veröffentlicht ist.

Hinsichtlich der Versorgung der älteren Bevölkerung im ländlichen Bereich mit Wohnungen wird auf die Antwort zu Frage II.2 Bezug genommen.

3. Wie entwickeln sich voraussichtlich die Zahlen der Hochbetagten in den kommenden Jahrzehnten bis 2030, welche Annahmen liegen dieser Hochrechnung zugrunde, und wie würden sich diese Zahlen bei unterschiedlicher Bevölkerungsentwicklung darstellen?

Der Begriff „Hochbetagte“ wird in der Wissenschaft und Literatur nicht einheitlich verwendet. Früher wurden als Hochbetagte überwiegend Personen bezeichnet, die 75 Jahre oder älter waren. Seit einiger Zeit wird dieser Begriff zunehmend auf Personen angewendet, die 80 Jahre oder älter sind. Die Bun-

Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl der Hochbetagten *) in der Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahre 2030

— in 1000 —

Personen	1990	2000	2010	2020	2030
Modell I C					
Männer	1 232	1 011	1 264	1 454	1 333
Frauen	2 851	2 518	2 417	2 672	2 508
insgesamt	4 083	3 529	3 681	4 126	3 841
Variante 1 zu Modell I C					
Männer	1 249	1 045	1 313	1 564	1 440
Frauen	2 882	2 597	2 526	2 803	2 639
insgesamt	4 131	3 642	3 839	4 366	4 079
Variante 2 zu Modell I C					
Männer	1 269	1 094	1 400	1 683	1 559
Frauen	2 915	2 682	2 644	2 943	2 780
insgesamt	4 184	3 776	4 044	4 626	4 339

Basis: Modellkombination I C (gemäß Drucksache 10/863)

Annahmen zur Sterblichkeit: deutsche Bevölkerung:

Sterblichkeit 1976/78 konstant

ausländische Bevölkerung:

Angleichung der Sterblichkeit an das Sterblichkeitsniveau der Deutschen bis 1990, dann konstant.

Abweichende Annahmen zur Sterblichkeit bei Varianten 1 und 2:

Variante 1: Deutsche Bevölkerung: Abnahme der Sterblichkeit bis 2000 gegenüber dem Ausgangsjahr um 5 v. H., dann konstant.

Ausländische Bevölkerung: Angleichung der Sterblichkeit an das Sterblichkeitsniveau der Deutschen vom Ausgangsjahr bis 1990, danach Sterblichkeit wie bei der deutschen Bevölkerung.

Variante 2: Wie Variante 1, jedoch Abnahme der Sterblichkeit um 10 v. H.

*) Personen im Alter von 75 Jahren und älter

desregierung stellt in dieser Antwort — auf der Grundlage von Modellrechnungen — die voraussichtliche Entwicklung der Zahl der Personen dar, die 75 Jahre oder älter sind.

Die vorstehend dargestellte Modellrechnung geht — entsprechend dem 2. Teil des Berichts über die Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland (Drucksache 10/863) — hinsichtlich der deutschen Bevölkerung von dem Modell I (Status quo-Modell), hinsichtlich des ausländischen Bevölkerungsteils von dem Modell C (jährlicher Zuwanderungsüberschuß von 55 000, in den Jahren 1988 bis 1992 von 85 000) aus.

Die Entwicklung der Zahl der Hochbetagten ist im Zeitablauf uneinheitlich. Unter der Annahme einer unveränderten Sterblichkeit würde die Zahl der Hochbetagten im Jahre 2030 gegenüber dem Jahr 1990 geringfügig niedriger sein. Im Falle der Abnahme der Sterblichkeit bis zum Jahr 2000 um 10 v. H. wäre die Zahl der Hochbetagten im Jahre 2030 geringfügig höher als im Jahr 1990.

4. Welche Maßnahmen gedenkt die Bundesregierung zu ergreifen oder anzuregen, um nach der UNO-Weltversammlung für die ältere Generation auch auf nationaler Ebene das Bewußtsein der Bevölkerung für die Belange dieses Personkreises zu stärken?

Die Bundesregierung wird im Rahmen ihrer Gesellschaftspolitik alle Möglichkeiten ausschöpfen, um auf die Interessen und Bedürfnisse der älteren Generation immer wieder hinzuweisen.

Die Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung in diesem Bereich hat u. a. das Ziel,

- das Wissen der Jüngeren über die ältere Generation zu erweitern,
- den Jüngeren die Notwendigkeit der eigenen Vorbereitung auf das Alter zu verdeutlichen und
- das Verständnis der Generationen füreinander zu verbessern.

Veröffentlichungen der Bundesregierung, mit denen ältere Menschen beraten werden, erreichen erfahrungsgemäß und durchaus beabsichtigt auch die jüngere Generation, z. B. die Angehörigen der älteren Menschen. Sie tragen ebenso dazu bei, Verständnis für die Belange der Älteren zu wecken und das Bewußtsein hierfür zu stärken, wie etwa Veröffentlichungen, in denen bei der Behandlung allgemeiner, nicht an ein bestimmtes Lebensalter anknüpfender Themen auf die Situation älterer Menschen besonders eingegangen wird. Die Bundesregierung nutzt hierfür ein breites Spektrum von Wegen der Öffentlichkeitsarbeit:

- Veröffentlichung von eigenen Broschüren (wie z. B. „Der rote Faden“, „Alt werden und gesund bleiben“, „Ich will's noch mal wissen“, „Sozialhilfe — Ihr gutes Recht“, „Ihre Rechte als Heimbewohner“);

- Veröffentlichungen in anderen Publikationen (wie z. B. Beihefter „Von Generation zu Generation“ im AOK-Magazin „bleib gesund“);
- Veröffentlichung von praktischen Erfahrungen und wissenschaftlichen Ergebnissen
 - a) in der Schriftenreihe des BMJFG,
 - b) in der Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen,
 - c) in der Schriftenreihe des Kuratoriums Deutsche Altershilfe;
- Ausstellung „Älter werden — aktiv bleiben“;
- Finanzierung bzw. Mitfinanzierung von Veröffentlichungen anderer Träger (z. B. Deutsches Rotes Kreuz: „Bewegung bis ins Alter“, „Wassergymnastik“ u. a.; Deutscher Sportbund: „Sport und Spiel für Ältere“ und Schallplatte „Gymnastik und Tanz für Ältere“; Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege: „Rückkehr aus dem Krankenhaus“, „Interventionsmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen — eine Handreichung für die Praxis“).

Ergänzt werden diese Maßnahmen durch zentrale Veranstaltungen, die teilweise aus Mitteln des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit finanziert und teilweise von ihm angeregt werden (z. B. Veranstaltungen der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie, Bundeskongreß der älteren Generation, Bundesaltensportwoche, Seniorenkongreß in Karlsruhe, Workshop zum Thema „Öffnung der Hochschulen für ältere Erwachsene“).

Das Verständnis für die Bedürfnisse und Interessen alter Menschen bereits bei Kindern zu wecken, ist nach Ansicht der Bundesregierung ein besonders wichtiger Beitrag, die Belange der älteren Menschen im Bewußtsein der Gesamtbevölkerung zu stärken. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat daher für die Elementarstufe Unterrichtsmaterial zur Situation der älteren Menschen erstellt. Es ist allen Schulen zur Verfügung gestellt. Für die Sekundarstufe I wird entsprechendes Material 1985 fertiggestellt sein.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat 1982 eine Unterrichtseinheit veröffentlicht, die für Schüler in der 4. Grundschulklasse konzipiert und im Unterricht erprobt wurde. Ihr Ziel ist es, den Schülern alltägliche Lebenssituationen älterer Menschen zu vermitteln. Die Arbeit wurde u. a. den Kultusministerien der Länder zur Verfügung gestellt (Band 42 der Schriftenreihe des DZA).

Auf eine Reihe von Maßnahmen und Aktionen, die ohne Mitwirkung der Bundesregierung durchgeführt werden, ist in diesem Zusammenhang hinzuweisen. So haben z. B. alle Bundesländer ihre Landesaltenpläne und auch Schriften über die Lebenssituation alter Menschen im jeweiligen Land veröffentlicht. In fast allen Großstädten werden die kommunalen Altenpläne öffentlich diskutiert.

Viele Gemeinden und Gemeindeverbände geben außerdem für ihre alten Mitbürger Informationen oder Zeitungen heraus. In der Bundesrepublik

Deutschland erscheinen auch mehrere Senioren-Zeitungen. Der „Presse- und Informationsdienst“ des Kuratoriums Deutsche Altershilfe sowie die — ebenfalls regelmäßig erscheinende — „Altershilfe“ des Deutschen Zentrums für Altersfragen finden über die Fachkreise und Verbände alter Menschen hinaus allgemeine Beachtung und tragen damit ebenfalls dazu bei, das Bewußtsein für die Belange alter Menschen in der Öffentlichkeit zu stärken.

Die Bundesregierung wird auch weiterhin an die Länder und Kommunen sowie die Medien appellieren, sie bei ihrem Bemühen zu unterstützen und durch Informationen und realistische Darstellung der Lage der älteren Generation deren Belange in der Öffentlichkeit stärker bewußt zu machen.

5. Ist die Bundesregierung der Auffassung, daß die Belange älterer Menschen im öffentlichen Leben hinreichend vertreten werden?

Die Vertretung der Belange älterer Menschen in der Öffentlichkeit ist in einer demokratisch, freiheitlich und föderalistisch verfaßten Gesellschaft eine Angelegenheit vieler politischer und gesellschaftlicher Institutionen und freier Verbände, also vor allem der politischen Parteien, der Kirchen und der Träger der Freien Wohlfahrtspflege. Sie ist nicht zuletzt eine Angelegenheit der Betroffenen selbst. Angesichts der verlängerten Lebenserwartung und der Tatsache, daß viele Menschen heute noch in einem wesentlich höheren Alter als früher geistig und körperlich rege und aktiv sind, hat sich erfreulicherweise auch die Zahl der alten Menschen wesentlich vermehrt, die sich darum bemühen, ihre Belange in der Öffentlichkeit selbst zu vertreten. Lebensabendbewegung, Bundeskongreß der älteren Generation sowie eine wachsende Zahl von aktiven regionalen und überregionalen Gruppen stellen neben ihre Altenpflegerische Arbeit heute die Aufgabe der Formulierung von Forderungen an Politik und Gesellschaft und ringen um deren Durchsetzung. Die Bundesregierung stellt sich ebenso wie die Länderregierungen und die Gemeinden dieser Aufgabe.

Von besonderer Bedeutung für die öffentliche Bewußtseinsbildung ist die Arbeit der politischen Parteien. Sowohl in ihren Programmen als auch in ihren Aktivitäten, ebenso wie in ihren organisatorischen Maßnahmen — fast alle Parteien haben inzwischen besondere Seniorenbeauftragte auf den verschiedenen Organisationsebenen —, nehmen Probleme der älteren Generation zunehmend einen großen Raum ein. Auch bei den Gewerkschaften geht die Entwicklung dahin, sich um die aus dem Erwerbsleben ausgeschiedenen Arbeitnehmer verstärkt zu kümmern. Das besondere Engagement der Gewerkschaften gegenüber den älteren Arbeitnehmern ist bekannt und verdient besondere Anerkennung. Schon Tradition hat das Engagement des Verbandes der Ruhestandsbeamten, der aktiv Anteil nimmt an der Gestaltung der Beamtenpolitik sowohl auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene.

In zahlreichen Kommunen sind in den letzten Jahren Seniorenbeiräte geschaffen worden. Sie haben

unterschiedliche Aufgaben und Wirksamkeit — je nach den örtlichen Gegebenheiten und der personellen Zusammensetzung. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat in einer ersten Dokumentation „Vertretungsorgane Älterer, dargestellt am Beispiel der Seniorenbeiräte“ (Band 30 der Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen), bereits im Oktober 1980 darüber Informationsmaterial vorgelegt. Auf die Errichtung und Gestaltung der Vertretungsorgane Älterer in den Kommunen hat die Bundesregierung keinen Einfluß; hierfür ist Landes- und Kommunalrecht maßgebend.

Die Bundesregierung hat in der Verordnung über die Mitwirkung der Bewohner von Altenheimen, Altenwohnheimen und Pflegeheimen für Volljährige in Angelegenheiten des Heimbetriebes vom 19. Juli 1976 (BGBl. I S. 1819) das Mitwirkungsrecht des Heimbeirates normiert. Die Heimbeiräte haben wesentlichen Anteil daran, daß in zahlreichen Heimen die Wohn- und Aufenthaltsbedingungen „mit“ den Bewohnern und nicht nur „für“ die Heimbewohner gestaltet werden. Die Regelung hat zu einer wesentlichen Stärkung der Selbsthilfekraft der Heimbewohner geführt, auch wenn die Realisierung gelegentlich in manchen Einrichtungen praktischen Schwierigkeiten begegnet. Die Heimbeiräte haben auch eine Außenwirkung erzielt, die, auch wenn sie begrenzt geblieben ist, doch zu einer weiteren Sensibilisierung der Öffentlichkeit gegenüber Altenproblemen geführt hat.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß die Belange älterer Menschen im öffentlichen Leben sowohl von ihnen selbst als auch von den berufenen Institutionen und Verbänden heute besser vertreten werden als vor etwa 10 bis 20 Jahren, daß aber das Verständnis für die Lebensleistung der älteren Menschen sowie für ihre unterschiedlichen Bedürfnisse in den verschiedenen Lebenssituationen noch weiter verbessert werden kann und verbessert werden sollte.

II. Materielle Lage der älteren Menschen

1. Wie beurteilt die Bundesregierung die materielle Situation der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland?

Die Bundesregierung hält die materielle Situation der älteren Generation insgesamt für zufriedenstellend.

In den einzelnen Einkommensbereichen beurteilt sie die Lage wie folgt:

1. Renten

Für den weitaus größten Teil der älteren Menschen ist der Leistungsstand der gesetzlichen Rentenversicherung bestimmend. Aufgrund des Prinzips der bruttolohnbezogenen dynamischen Rente haben die Rentner seit der Rentenreform des Jahres 1957 kontinuierlich an der Einkommensentwicklung bei den Aktiven teilgenommen.

Tabelle 1

Die Kaufkraft bei den Rentnern hat sich von 1957 bis heute mehr als verdoppelt (vgl. Tabelle 1). Die Konsolidierungsmaßnahmen der zurückliegenden Jahre haben die Stellung der Rentner im Einkommensgefüge nicht verschlechtert. Zwar ist seit dem Jahre 1980 ein leichter Kaufkraftrückgang eingetreten, dieser fällt aber in eine Zeit, in der die Kaufkraft auch bei den Arbeitnehmern zurückgegangen ist.

Das Nettorentenniveau — d. h. das Verhältnis der Rente zum Nettoarbeitseinkommen vergleichbarer Arbeitnehmer — beträgt heute rd. 65 v. H. nach 40 und rd. 73 v. H. nach 45 Versicherungsjahren. Das ist — mit Ausnahme des Jahres 1977 — der höchste Stand, den das Nettorentenniveau je gehabt hat (vgl. Tabelle 2). Damit ist das Ziel der Rentenreform von 1957, den Rentnern eine angemessene Teilhabe an den Erträgen der Volkswirtschaft zu gewährleisten, weitgehend erreicht.

Die Rentenversicherung beruht auf dem Gedanken des Risikoausgleichs unter den Versicherten. Leistungen aus dieser Solidargemeinschaft werden im wesentlichen durch Beitragsleistungen finanziert. Die Höhe der zu erwartenden Leistung richtet sich nach der Zahl der zurückgelegten Versicherungsjahre und der Höhe der versicherten Entgelte. Darin kommt die sozialpolitische Zielsetzung zum Ausdruck, eine Rente zu sichern, die grundsätzlich von der Abhängigkeit zu den in der Solidargemeinschaft erbrachten Vorleistungen gekennzeichnet ist. In der gesetzlichen Rentenversicherung als sozialer Einrichtung, die auf dem Versicherungsprinzip beruht, können nicht alle Nachteile eines Lebens ausgeglichen werden. Sie wird ergänzt durch die Sozialhilfe, die in all jenen Fällen helfen muß, in denen die gesetzliche Rentenversicherung aus den verschiedensten Gründen, sei es wegen kurzer Versicherungszeiten oder niedriger freiwilliger Beiträge oder auch wegen einer unzureichenden Sozialgesetzgebung in der Vergangenheit, nicht zu einer ausreichenden Sicherung führt.

Der mit dem Haushaltsbegleitgesetz 1984 getroffenen Grundsatzentscheidung, daß Renten und verfügbare Arbeitnehmerinkommen sich künftig gleichgewichtig entwickeln sollen, wird mittelfristig in etwa durch die stufenweise Beteiligung der Rentner an den Beiträgen für ihre Krankenversicherung entsprochen. Die Ausgestaltung dieses Grundsatzes im einzelnen soll im Rahmen der weiteren Strukturreform erfolgen. Bei der Einkommenssituation der Rentner ist zu berücksichtigen, daß bei einem steigenden Anteil der aus dem Erwerbsleben ausscheidenden Arbeitnehmer die Rente der gesetzlichen Rentenversicherung durch Leistungen der betrieblichen Altersversorgung, meist in Form einer Betriebsrente, ergänzt wird. Es kann davon ausgegangen werden, daß bereits heute etwa 35 v. H. der Rentner Leistungen der betrieblichen Altersversorgung erhalten. Der Anteil der Arbeitnehmer mit Anwartschaften aus betrieblicher Altersversorgung liegt zwischen 65 und 70 v. H. Nach einer Untersuchung von Infratest aus dem Jahre 1981 liegt die durchschnittliche Höhe einer Betriebsrente bei 330 DM im Monat.

Renten, Preise, Renten real

Jahr	Renten ¹⁾ nominal	Preise für Lebens- haltung ²⁾	Renten real	
	Veränderung gegenüber Vorjahr v. H.			1957 = 100
1958	0	2,3	-2,2	97,8
1959	6,1	0,9	5,1	102,8
1960	5,9	1,5	4,3	107,2
1961	5,4	2,6	2,7	110,1
1962	5,0	3,4	1,6	111,9
1963	6,6	3,5	3,0	115,2
1964	8,2	2,8	5,2	121,3
1965	9,4	3,9	5,3	127,7
1966	8,3	4,3	3,9	132,7
1967	8,0	1,2	6,7	141,5
1968	5,9	1,6	4,3	147,5
1969	8,3	2,9	5,2	155,2
1970	8,5	3,2	5,2	163,2
1971	5,5	4,7	0,7	164,4
1972	14,9	5,6	8,8	178,8
1973 *)	7,1	7,2	-0,2	178,5
1974	11,3	6,6	4,4	186,4
1975	11,1	6,6	4,3	194,4
1976	11,0	5,1	5,7	205,4
1977	10,4	3,5	6,8	219,3
1978	4,7	2,2	2,5	224,7
1979	4,5	3,4	1,1	227,1
1980	4,0	5,4	-1,3	224,1
1981	4,0	6,1	-2,0	219,7
1982	5,8	5,7	0,1	219,9
1983	2,3	3,4	-1,1	217,5
1984	2,9	2,5 s	0,4 s	218,3 s

¹⁾ Altersruhegelder (Bestandsrenten) der ArV/AnV im Kalenderjahr, nach Krankenversicherungsbeitrag der Rentner von Rentnerhaushalten

²⁾ nach Abzug der Preissteigerung

s geschätzt

*) Entwicklung durch KVdR-Rückzahlung 1972 beeinflusst

Rentenniveau ¹⁾

Jahr ²⁾	Monatliche Rente ³⁾ bei		Brutto-		Netto-	
			rentenniveau ⁴⁾ bei			
	40	45	40	45	40	45
	anrechnungsfähigen Versicherungsjahren					
	DM		v. H.			
1957	214,10	240,90	50,9	57,3	59,2	66,6
1958	214,10	240,90	48,2	54,2	56,7	63,7
1959	227,10	255,50	48,6	54,7	57,0	64,2
1960	240,60	270,70	47,3	53,2	56,2	63,2
1961	253,60	285,30	45,3	50,9	54,2	60,9
1962	266,30	299,60	43,6	49,1	52,5	59,0
1963	283,90	319,40	43,8	49,3	53,0	59,6
1964	307,10	345,50	43,5	49,0	52,9	59,5
1965	335,90	377,90	43,7	49,1	52,7	59,3
1966	363,80	409,30	44,1	49,6	53,9	60,7
1967	392,90	442,00	46,1	51,9	56,7	63,7
1968	424,50	477,60	47,0	52,9	57,3	64,5
1969	459,80	517,30	46,6	52,4	57,7	65,0
1970	489,00	550,20	44,0	49,5	56,8	63,9
1971	515,90	580,40	41,5	46,6	54,4	61,2
1972	600,40	675,50	42,2	47,5	57,0	64,2
1973	668,60	752,20	41,6	46,8	56,3	63,4
1974	743,50	836,50	41,6	46,8	57,0	64,1
1975	826,00	929,30	43,2	48,6	59,1	66,4
1976	916,90	1 031,50	44,8	50,4	62,8	70,7
1977	1 008,10	1 134,10	46,3	52,1	65,6	73,8
1978	1 008,10	1 134,10	46,1	51,9	64,7	72,8
1979	1 053,40	1 185,10	45,7	51,4	63,8	71,8
1980	1 095,60	1 232,50	44,6	50,2	63,2	71,1
1981	1 139,40	1 281,80	44,2	49,8	63,0	70,8
1982	1 205,00	1 355,60	44,9	50,5	64,7	72,8
1983	1 272,30	1 431,30	44,6	50,2	64,6	72,7
1984	1 315,50	1 480,00	45,2	50,8	65,1	73,3

¹⁾ Für Altersruhegelder (Bestandsrenten) in der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten²⁾ Angaben z. T. vorläufig, 1984 geschätzt, Stand: November 1984³⁾ für Juli; brutto; bei einer persönlichen Bemessungsgrundlage von 100 v. H. (Durchschnittsverdienst)⁴⁾ im Kalenderjahr; Bruttorente bzw. Rentenzahlbetrag gemessen am Brutto- bzw. Netto-Arbeitsentgelt

2. Altershilfe für Landwirte

Die Alterssicherung der selbständigen Landwirte ist noch weitgehend geprägt von der Unterstützung und Pflege im Familienbereich. Die vom Gesetz über eine Altershilfe für Landwirte gewährte Grundsicherung kann grundsätzlich allein den im aktiven Erwerbsleben erreichten Lebensstandard nicht wahren; sie wird ergänzt durch das Altenteil, das Wohnung und Verpflegung bereitstellt, aber auch Pflege in alten und kranken Tagen sowie einen Bargeldzuschuß umfassen kann. In den Fällen, in denen ein Altenteil nicht oder nicht in ausreichendem Umfang beansprucht werden kann, bleibt es dem Unternehmer überlassen, während seiner aktiven Zeit Vorsorge für das Alter, z. B. durch Zahlung von Beiträgen zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zu einer Lebensversicherung, zu treffen.

Die soziale Absicherung für das Alter ist bei den hauptberuflich mitarbeitenden Familienangehörigen in der Landwirtschaft unbefriedigend. Sie sind für das Alter und den Fall der Invalidität nur abgesichert, wenn ein Arbeitsvertrag mit daraus folgender Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung vorliegt. Bereits zweimal wurde deshalb in der Vergangenheit ein bestimmter Kreis älterer mitarbeitender Familienangehöriger in die Altershilfe für Landwirte einbezogen (§§ 38 bis 40 a GAL), zuletzt im Jahre 1980. Das eigentliche Problem, jüngeren mitarbeitenden Familienangehörigen einen Alters- und Invaliditätsschutz in einem allen Beteiligten zumutbaren Rahmen zu gewährleisten, konnte dadurch jedoch nicht gelöst werden. Die Bundesregierung prüft, inwieweit hier im Rahmen des Gesetzes über eine Altershilfe für Landwirte ein befriedigender Weg gefunden werden kann.

3. Öffentliches Dienstrecht

Eine beamtenrechtliche Versorgung beziehen rund 1,2 Millionen ältere Bürger.

Ruhestandsbeamte mit 35 und mehr ruhegehaltfähigen Dienstjahren erhalten ein Ruhegehalt in Höhe von 75 v.H. der letzten ruhegehaltfähigen Dienstbezüge. Das Durchschnittsruhegehalt liegt z. Z. bei 73 v.H. Das Witwengeld beträgt 60 v.H. des Ruhegehaltes des verstorbenen Beamten oder Ruhestandsbeamten.

Die Mindestversorgung des Ruhestandsbeamten beträgt z. Z. 1 576 DM brutto monatlich einschließlich anteiliger Sonderzuwendung; die Mindestversorgung der Witwe 965 DM brutto monatlich ebenfalls einschließlich anteiliger Sonderzuwendung.

Beamtenrechtliche Versorgungsbezüge sind bis auf einen steuerrechtlichen Versorgungsfreibetrag von maximal 4 800 DM jährlich wie Arbeitsentgelt zu versteuern. Außerdem zahlen Versorgungsempfänger durchschnittlich 250 DM monatlich an Krankenversicherungsbeiträgen zur Abdeckung der von der Beihilfe nicht erfaßten Krankheitskosten.

Die Zahl der Empfänger einer an der Beamtenversorgung orientierten Gesamtversorgung liegt ebenfalls etwas über 1 Million. Der durchschnittliche Vomhundertsatz der Gesamtversorgung liegt — wegen durchschnittlich kürzerer Verweildauer im öffentlichen Dienst — unter dem des beamtenrechtlichen Ruhegehalts. Die Gesamtversorgung für eine Witwe beträgt ebenfalls 60 v.H. Renten der Zusatzversorgung des öffentlichen Dienstes wie auch der gesetzlichen Rentenversicherung werden mit ihrem Ertragsanteil zur Einkommensteuer herangezogen. (Der Ertragsanteil beträgt z. B. bei Rentenbeginn mit 65 Jahren 24 v.H. der Rente.) Seit 1983 müssen Rentner sowohl von der gesetzlichen Rente wie auch von der Zusatzrente Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung entrichten (rd. 6 v.H. aus der Zusatzrente, z. Z. 3 v.H. aus der gesetzlichen Rente).

4. Lastenausgleichsrecht

Nach dem Lastenausgleichsgesetz haben unmittelbar Geschädigte im vorgeschrittenen Lebensalter (Männer mit 65, Frauen mit 60 Jahren, wenn sie bestimmten Altersjahrgängen angehören) Anspruch auf Kriegsschadenrente. Sie wird gewährt durch Unterhaltshilfe oder als Entschädigungsrente. Die Unterhaltshilfe soll den Geschädigten die verlorengegangene Alters- oder Invaliditätsversorgung ersetzen, unabhängig davon, ob ihre frühere Versorgung auf Vermögen oder Einkommen beruhte.

Die Sätze der Unterhaltshilfe wurden entsprechend der Entwicklung in anderen Sozialbereichen laufend erhöht. Seit dem 25. Änderungsgesetz LAG ist die Unterhaltshilfe dynamisiert. Im Falle des Todes der Geschädigten erhält der überlebende Ehegatte, sofern er die Altersvoraussetzungen erfüllt, die Unterhaltshilfe in der für einen Alleinstehenden vorgesehenen Höhe weiter.

Die Entschädigungsrente ist ebenfalls davon abhängig, daß der Geschädigte im Alter laufender Zahlungen bedarf. Abweichend von der Unterhaltshilfe bestimmt sich die Entschädigungsrente nach der Höhe des festgestellten Schadens. Sie wird entweder neben der Unterhaltshilfe auf Lebenszeit oder, sofern dies für den Antragsteller günstiger ist, selbständig gewährt. Die Entschädigungsrente wird nach dem Tode des Berechtigten an dessen überlebenden Ehegatten voll weitergewährt.

5. Kriegsopferversorgung

Zur wirtschaftlichen Situation älterer Kriegsopfer ist darauf hinzuweisen, daß deren Lebensunterhalt, soweit er nicht durch andere Sozialleistungssysteme abgesichert ist, durch Renten und ergänzende Leistungen der Kriegsopferversorgung gedeckt wird. Neben den Leistungen, die zur Abgeltung allgemeiner und besonderer schädigungsbedingter Mehraufwendungen bestimmt sind, sieht das Bundesversorgungsgesetz einen Ausgleich des beruflichen Schadens oder — bei Hinterbliebenen

— des entgangenen Unterhalts sowie fürsorgeri-
sche Leistungen zur Sicherung eines auf den Ein-
zelfall bezogenen Mindesteinkommens vor. Dar-
über hinaus ermöglichen es die ergänzenden Hilfen
der Kriegspferfürsorge besondere altersbedingte
Aufwendungen abzugelten.

Die Rentenleistungen nach dem Bundesversor-
gungsgesetz sind seit 1970 dynamisiert. Sie werden
jährlich im Verbund mit der gesetzlichen Renten-
versicherung angepaßt.

6. Wohngeld

Eine Beurteilung der materiellen Situation alter
Menschen darf Wohngeldzahlungen nicht außer Be-
tracht lassen. Wohngeld wird unter Berücksichti-
gung von Höchstbeträgen dann gewährt, wenn der
Anteil der Wohnkosten am Einkommen relativ hoch
ist.

1983 erhielten rd. 800 000 Haushalte, denen ein
Rentner oder Pensionär vorstand, Leistungen nach
dem Wohngeldgesetz in Höhe von durchschnittlich
90 DM pro Monat. Damit gingen über die Hälfte der
Wohngeldleistungen an alte Menschen.

Wohngeldleistungen an Rentner und Pensionäre (Stand: 31. Dezember 1983)

Haushaltsgröße	Anzahl der Rentner/ Pensionäre mit Wohngeld	durchschnittlicher monatlicher Wohngeldanspruch
	1000	DM
1	612,2	84
2	119,8	98
3	18,3	127
4	8,8	166
5	3,6	188
6 und mehr .	2,6	246
insgesamt .	765,4	90

Die Gesamtzahl der Wohngeldempfänger liegt bei Rentnern
und Pensionären um etwa 4 v. H. höher als hier ausgewiesen,
weil Wohngeldanträge aus dem Jahr 1983, die erst 1984
bearbeitet wurden, von der Statistik nicht erfaßt werden.

7. Sozialhilfe

Personen, die über keine oder keine ausreichenden
eigenen Einkünfte oder Vermögen verfügen und
auch von anderen Stellen oder Personen keine aus-
reichenden Leistungen erhalten, haben im Bedarfs-
falle Anspruch auf Leistungen nach dem Bundesso-
zialhilfegesetz. Hierbei kann es sich um Leistungen
im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt oder um
Hilfe in besonderen Lebenslagen handeln. Bei der
Hilfe zum Lebensunterhalt wird ein Teil der Lei-
stungen (vor allem für Ernährung, Haushaltsenergie
und persönliche Bedürfnisse des täglichen Le-

bens) pauschal nach Regelsätzen abgegolten. Zur
Zeit (seit dem 1. Juli 1984) beträgt der Regelsatz
eines Haushaltsvorstandes bzw. eines Alleinstehen-
den durchschnittlich 356 DM und der für einen
Haushaltsangehörigen über 22 Jahre 285 DM. Dane-
ben werden die Miete sowie die Kosten für Hei-
zung, Bekleidung und Hausrat übernommen.

Personen über 65 Jahre wird ein Mehrbedarf von
20 v. H. des jeweiligen Regelsatzes zuerkannt.

Wird die Hilfe zum Lebensunterhalt durch Über-
nahme von Heimkosten gewährt, so erhält der
Heimbewohner noch einen angemessenen Barbe-
trag zur persönlichen Verfügung in Höhe von min-
destens 30 v. H. des Regelsatzes eines Haushaltsvor-
standes (z. Z. rd. 106 DM). Trägt der Hilfeempfänger
einen Teil der Heimkosten selbst, erhält er einen
zusätzlichen Barbetrag in Höhe von 5 v. H. seines
Einkommens, höchstens jedoch in Höhe von 15 v. H.
des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes (z. Z. 53
DM). Im letzteren Falle würde der Barbetrag rd. 159
DM betragen. Daneben werden bei Bedarf noch ein-
malige Beihilfen gewährt.

Ist ein älterer Mensch behindert, so kann er unter
Berücksichtigung seiner Lebenssituation und der
Art seiner Behinderung Eingliederungshilfe für Be-
hinderte nach dem BSHG erhalten.

Pflegebedürftige erhalten, wenn die gesetzlichen
Voraussetzungen erfüllt sind, Hilfe zur Pflege. Bei
häuslicher Pflege werden die angemessenen Auf-
wendungen der Pflegeperson erstattet und ange-
messene Beihilfen gewährt oder es wird ein Pflege-
geld gezahlt. Zusätzlich werden dem Pflegebedürfti-
gen die Aufwendungen für die Beiträge einer Pfle-
geperson oder einer besonderen Pflegekraft für
eine angemessene Alterssicherung erstattet, wenn
die Alterssicherung nicht anderweitig sichergestellt
ist. Bei Unterbringung in einem Heim werden die
Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Pflege
übernommen. Zusätzlich wird — wie für Empfänger
von Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen
oben dargestellt — ein Barbetrag zur persönlichen
Verfügung ausgezahlt.

Wegen der Anzahl der älteren Menschen, die Sozial-
hilfeleistungen erhalten, verweise ich auf die Ant-
wort zu Frage II.4.

8. Krankenversicherung

Nach statistischen Erhebungen sind fast alle Bezie-
her von gesetzlichen Renten entweder Pflicht- oder
freiwilliges Mitglied der gesetzlichen Krankenver-
sicherung oder beziehen vom Rentenversicherungsträger
einen Beitragszuschuß zu den Aufwendungen
für eine private Krankenversicherung. Perso-
nen, die den Krankenversicherungsschutz nicht
durch eine gesetzliche oder private Krankenversi-
cherung sichergestellt haben, erhalten unter be-
stimmten Voraussetzungen Leistungen der Kran-
kenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz.

Insgesamt kann also gesagt werden, daß der Schutz
älterer Menschen im Krankheitsfall lückenlos ist.

Die isolierte Betrachtung der einzelnen Leistungssysteme ergibt kein vollständiges Abbild der tatsächlichen materiellen Lage älterer Menschen. Vielfach stützt sich ihre Sicherung nicht nur auf eine einzige Einkommensquelle, nicht nur auf ein einzelnes Alterssicherungssystem, nicht nur auf eine einzige Leistung. Dabei darf auch nicht übersehen werden, daß die Alterssicherung in nicht unerheblichem Umfang ganz oder teilweise durch die Erträge aus eigenem Vermögen, ggf. durch dessen Verwertung sowie durch Unterhaltsleistungen erfolgt. Untersuchungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge haben ergeben, daß in der Bundesrepublik Deutschland regelmäßige Leistungen zum Lebensunterhalt für nahe Angehörige in Form von Geld- oder Sachleistungen in beachtlichem Umfang erbracht werden. Vor allem im ländlich-kleinstädtischen Bereich spielen Leibrenten nach Geschäfts- oder Hofübergaben eine nicht unwesentliche Rolle.

Es gibt aber bisher keine systemübergreifende Berichterstattung über die Alterssicherung der Bevölkerung. Es kommt also darauf an, die vielfältigen Kumulationen zu erfassen, und zwar sowohl personenbezogen als auch haushaltsbezogen. Eine Bewertung der materiellen Situation der älteren Generation kann letztlich nur im Haushaltszusammenhang erfolgen. In welchem Ausmaß die Leistungen aus den verschiedenen Alterssicherungssystemen oder durch Angehörige bei einzelnen Personen und im Haushalt kumulieren und zur materiellen Sicherung beitragen, kann aus den vorhandenen Statistiken (amtliche Statistik, Trägerstatistik) bislang nicht ausreichend beantwortet werden.

Einen Überblick über die Sicherung der älteren Generation durch Alterssicherungssysteme und durch Unterhaltsleistungen wird dagegen die „Repräsentativerhebung zur Lebenssituation im Alter“ ermöglichen, die Infratest Sozialforschung, München, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführt hat und deren Ergebnisse in Bälde veröffentlicht werden.

Diese Erhebung — die sich auf die 61- bis 79jährige deutsche Bevölkerung erstreckt — stellt die Beteiligung der älteren Generation an den verschiedenen Alterssicherungssystemen und sonstigen Einkommensquellen sowie ihre Einkommenssituation allerdings nur personenbezogen dar. Eine gezielte Sonderauswertung auf Haushaltsebene wurde veranlaßt. Diese für einen Gesamtüberblick über die materielle Lage der älteren Generation zusätzlich erforderlichen Ergebnisse werden voraussichtlich bis Sommer 1985 vorliegen. Die Bundesregierung wird prüfen, inwieweit in der amtlichen Statistik insoweit noch vorkommende Datenlücken geschlossen werden können.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Versorgung der älteren Bevölkerung mit Wohnraum, und ist dieser als altengerecht anzusehen auch im Hinblick auf Mehr-Generationen-Wohnungen?

Im Rahmen des in der Bundesrepublik Deutschland erreichten qualitativ und quantitativ hohen Wohnversorgungsniveaus sind ältere Menschen im allgemeinen gut mit Wohnraum versorgt.

Eine Beschreibung der Wohnsituation älterer Menschen anhand statistischer Daten muß sich allerdings auf die älteren Menschen beschränken, die einen selbständigen Haushalt führen.

Für ältere Menschen in Pflegeheimen und Anstalten liegen keine vergleichbaren statistischen Angaben über die Wohnversorgung vor. In Heimen für alte Menschen gelten insbesondere die baulichen Anforderungen des Heimgesetzes in Verbindung mit der hierzu beschlossenen Heimmindestbauverordnung. Diese Anforderungen sichern den Heimbewohnern ein Mindestmaß an Wohnkomfort. In der Praxis werden allerdings die Mindestanforderungen vielfach überschritten.

Zwei Faktoren bestimmen wesentlich die Wohnsituation älterer Menschen: Ein relativ großer Teil hat Wohneigentum und ist damit flächen- und ausstattungsmäßig besser versorgt als vergleichbare Mieterhaushalte. Zum anderen bewohnen ältere Menschen überdurchschnittlich alte Wohnungen. Diese Wohnungen sind aber im Vergleich zu Neubauwohnungen einfacher ausgestattet.

Im folgenden wird die Wohnungsversorgung anhand

- der Rechtsform der Wohnungsnutzung (Eigentum/Miete),
- der Wohnungsgröße,
- der Wohnqualität und
- der Mietbelastung

beschrieben.

1. Die Rechtsform der Wohnungsnutzung

Die Qualität der Wohnungen, in denen ältere Menschen leben, wird entscheidend davon beeinflusst, ob es sich um eigene oder gemietete Wohnungen handelt. Wenn auch der Anteil der im Eigentum lebenden Haushalte mit der Größe des Haushalts und mit dem Alter des Haushaltsvorstands zunimmt, so darf nicht übersehen werden, daß ältere Menschen weitgehend in kleinen Haushalten leben und hier die Eigentumsquote relativ niedrig ist.

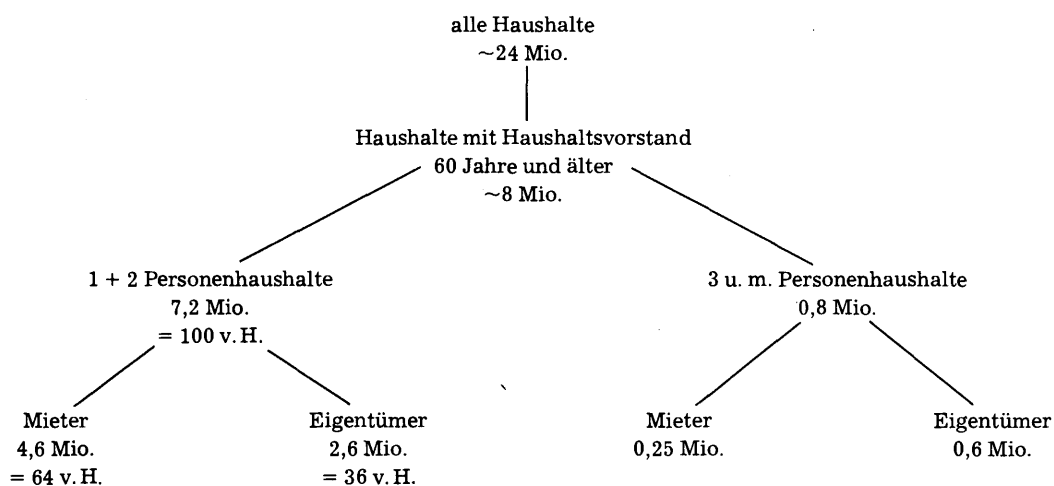
Tabelle 1

Eigentumsquote nach dem Alter des Haushaltsvorstands und der Haushaltsgröße

Alter des Haushaltsvorstands	Eigentumsquote der Haushalte mit				
	1-Person in v. H.	2-Personen in v. H.	3-Personen in v. H.	4-Personen in v. H.	5 u. m. Personen in v. H.
unter 30 Jahre	3	11	17	21	36
30 bis 40 Jahre . . .	13	27	36	45	48
40 bis 50 Jahre . . .	21	38	49	60	66
50 bis 60 Jahre . . .	30	48	61	71	79
60 bis 65 Jahre . . .	32	50	68	76	85
65 Jahre und älter .	28	45	64	74	86
Zusammen . . .	22	40	47	55	65

Quelle: Mikrozensus 1982

Dabei sollte man aber nicht übersehen, daß die meisten älteren Menschen allein oder in 2-Personen-Haushalten leben. Von diesen Haushalten wohnen ca. 36 v. H. im Eigentum und 64 v. H. in Mietwohnungen.

**2. Wohnflächenversorgung**

Bei der Wohnflächenversorgung gibt es weitgehend keine altersspezifischen Abweichungen. Bestimmend ist im wesentlichen die Größe des Haushalts. Erst bei Alleinstehenden über 65 Jahre liegt die durchschnittlich zur Verfügung stehende Wohnflä-

che unter der der Vergleichsgruppe im Alter zwischen 60 und 65 Jahre. Wie nachstehende Tabelle zeigt, bewohnen Mieterhaushalte mit einem Haushaltsstand über 60 Jahre überwiegend Wohnungen mit 40 bis 60 qm Wohnfläche. Nur sehr wenige ältere Menschen bewohnen überdurchschnittlich große Wohnungen mit mehr als 100 qm Fläche.

Fläche der von Haushalten mit Haushaltsvorstand über 60 Jahre bewohnten Mietwohnungen

Haushaltsgröße	Alter des Haushaltsvorstands	Haushalt insgesamt in 1000	Fläche der Mietwohnung in m ²				
			unter 40	40 bis 60	60 bis 80	80 bis 100	100
			in v. H.				
Ein-Personen-Haushalt	60 bis 65 Jahre	394,0	13,4	44,1	30,9	8,3	3,2
	65 u. m. Jahre	2 480,3	18,0	46,5	25,8	7,2	2,5
Zwei-Personen-Haushalt	60 bis 65 Jahre	384,6	1,5	28,3	45,9	16,6	7,8
	65 Jahre u. älter	1 318,5	3,0	34,9	41,5	14,3	6,4

Quelle: Mikrozensus 1982

3. Wohnungsausstattung

Bei der Ausstattung ihrer Wohnungen sind alte Menschen tendenziell schlechter versorgt als jüngere. Die Aussagefähigkeit der statistischen Daten über die Ausstattung der Wohnungen ist allerdings beschränkt. Erfasst wird lediglich das Vorhandensein bestimmter Merkmale wie z. B. Heizung und Bad, nicht aber ihre Funktionsfähigkeit und Qualität. Von allen Haushalten mit einem Haushaltsvorstand über 60 Jahre leben ca. 60 v. H. in Wohnungen, die über eine Sammelheizung, Bad oder Dusche und WC verfügen. 27 v. H. leben in Wohnungen mit Bad, WC und Ofenheizung und bei 13 v. H. fehlt in der Wohnung das Bad und/oder ein WC. Der vergleichbare Anteil bei den übrigen Haushalten in Wohnungen dieser 3. Kategorie liegt bei 9 v. H.

Insgesamt gab es 1982 in der Bundesrepublik Deutschland rd. 2,4 Mio. Wohnungen ohne sanitäre Einrichtungen innerhalb der Wohnung: Rd. 1 Mio. dieser Wohnungen wurde von älteren Menschen über 60 Jahre bewohnt.

4. Mietbelastung

Bei älteren Menschen ist der Anteil der Miete (ohne Energiekosten) am monatlichen Haushaltsnettoeinkommen höher als bei jüngeren. Nur unter 30 Jahre alte Haushaltsvorstände haben eine ähnlich hohe Belastung. Ursache hierfür sind bei relativ guter flächenmäßiger Wohnversorgung, aber einfacherer Wohnqualität die niedrigeren Einkommen älterer Menschen.

Die Aussagefähigkeit der hier dargestellten Belastungsquoten ist aber dadurch wesentlich eingeschränkt, daß Mietermäßigungen durch Wohngeld nicht berücksichtigt sind. Es wird aber deutlich, welche wichtige Funktion das Wohngeld für ältere Leute hat. So erhielten z. B. rd. 750 000 Rentner und Pensionäre im Jahre 1983 einen Mietzuschuß im Durchschnitt von 90 DM monatlich.

Tabelle 3

Monatliche Mietbelastung der Haushalte nach dem Alter des Haushaltsvorstands

Alter des Haushaltsvorstands	Durchschnittliche Mietbelastung
unter 25 Jahren	25 v. H.
25 bis 30 Jahre	21 v. H.
30 bis 40 Jahre	20 v. H.
40 bis 50 Jahre	18 v. H.
50 bis 60 Jahre	18 v. H.
60 bis 65 Jahre	20 v. H.
65 Jahre und älter	21 v. H.

Über die allgemeinen Wohnversorgungsindikatoren hinaus stehen der Bundesregierung keine Daten zur Beurteilung der Wohnversorgung älterer Menschen zur Verfügung. Insbesondere werden Ausstattungskriterien, wie sie für eine altengerechte Ausstattung gefordert werden, in der allgemeinen Wohnungsstatistik nicht erfasst. Es liegen auch keine verlässlichen Angaben darüber vor, bei wie vielen Wohnungen auch das Wohnumfeld den besonderen Bedürfnissen älterer Menschen entspricht. So sollten bei altengerechten Wohnungen öffentliche Verkehrsmittel gut erreichbar sein und Einrichtungen wie Alten- oder Kommunikationszentren, soziale Dienste usw. in erreichbarer Nähe zur Verfügung stehen.

Über die Eignung von Wohnungen für das Zusammenleben mehrerer Generationen können mangels statistischer Erfassung keine Aussagen gemacht werden. Es ist jedoch bekannt, daß sich in vielen Fällen mehrere Generationen ein Zusammenleben wünschen und daran durch die Wohnverhältnisse gehindert werden.

Eine im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung in Baden-Württemberg im Jahre 1982 durchgeführte Untersuchung zeigt, daß rd. ein Viertel der älteren Menschen außerhalb der Großstädte mit ihren Kindern in einem Haus zusammenleben. Die Zahl der Mehrgenerationenhaushalte im landwirtschaftlichen Bereich ist traditionell noch immer hoch, aber gegenüber dem Anteil der Zweigenerationenhaushalte rückläufig.

3. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für notwendig, um den Wohnbedürfnissen, insbesondere der Alleinstehenden, gerecht zu werden?

Sind besondere Maßnahmen für alleinstehende Frauen notwendig?

Die Wohnbedürfnisse älterer Menschen sind abhängig von der individuellen Situation und verändern sich mit zunehmendem Alter. Einzeluntersuchungen, wie z. B. der Erfahrungsbericht zur Förderung von Altenwohnungen in Nordrhein-Westfalen, zeigen, daß ältere Menschen ihre Wohnungen in der Mehrzahl positiv beurteilen. Die Festlegung eines geschlossenen Maßnahmenkataloges ist kaum möglich. Die Bundesregierung hält die zweckgebundene Förderung altengerechter Wohnungen im sozialen Wohnungsbau für einen richtigen Weg. Im Rahmen der generellen Einschränkung des sozialen Mietwohnungsbaus wird sich die Förderung auf Wohnungen für am Wohnungsmarkt benachteiligte Personengruppen konzentrieren.

Insgesamt besteht ein großer Bedarf an Altenwohnungen und behindertenfreundlichen Kleinwohnungen. Die Wohnsituation kann sowohl durch Neubau — z. B. Altenwohnungen mit Betreuungsdiensten — verbessert werden als auch durch bauliche Anpassung vorhandenen Wohnraums an die Wohnbedürfnisse älterer Menschen.

Neben der Bereitstellung der erforderlichen Zahl altengerechter Wohnungen sind — angesichts der mit zunehmendem Alter geringeren Mobilität und der damit vorhandenen längeren Verweildauer in der gleichen Wohnung — Maßnahmen erforderlich, um älteren Menschen den Verbleib in ihrer Wohnung zu ermöglichen und ihre Selbständigkeit zu erhalten. Die Bundesregierung hat deshalb ein Projekt zur Wohnungsanpassung an die Bedürfnisse der älteren Menschen beim Kuratorium Deutsche Altershilfe — Altenwohnbauinstitut —, Köln, mitfinanziert. Erste Vorschläge und Diskussionsbeiträge sind bereits veröffentlicht (Presse- und Informationsdienst 4/84 Kuratorium Deutsche Altershilfe). Die gesamten Ergebnisse werden voraussichtlich Anfang 1985 der Praxis zur Verfügung stehen.

In der Landwirtschaft besteht für viele Betriebe im Zuge des Generationswechsels die Notwendigkeit, für die aus der Bewirtschaftung ausscheidende Generation zeitgerechte Wohnmöglichkeiten in räumlicher Nähe durch den Bau von Altenteilshäusern oder -wohnungen zu schaffen. Hierfür bietet die landwirtschaftliche Wohnhausförderung im Rahmen der Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der Agrarstruktur und des Küstenschutzes“ finanzielle Hilfen an.

Die Wohnbedürfnisse alleinstehender älterer Frauen unterscheiden sich nicht wesentlich von denjenigen alleinstehender älterer Männer und auch nicht von denjenigen nicht alleinlebender älterer Menschen.

In Einpersonenhaushalten mit Wohnungen von unterdurchschnittlicher Qualität lebt jedoch ein hoher Anteil alter Frauen. Modernisierungsmaßnahmen

bergen generell die Gefahr in sich, daß diese Frauen ihre Wohnungen aus finanziellen Gründen aufgeben müssen. Trotzdem sind Maßnahmen zur Erhaltung dieser Wohnungen und ihrer Anpassung an die Bedürfnisse des alten Menschen von großer Bedeutung.

4. Wie hoch ist der Anteil der über 60jährigen, aufgeteilt nach Männern und Frauen, die Anspruch auf Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz haben, und wie hoch ist die Anzahl derer, die diese auch in Anspruch nehmen?

Welche Umstände haben bei diesem Personenkreis zum Bezug von Sozialhilfe geführt?

Nach der Sozialhilfestatistik erhielten im Jahre 1982 — neuere Daten liegen bisher nicht vor — 139 083 Männer und 501 706 Frauen im Alter von 60 Jahren und mehr Leistungen der Sozialhilfe. Dies waren bei den Männern 3,1 v. H. und bei den Frauen 6,5 v. H. aller in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Personen dieser Altersgruppe.

Wie viele alte Menschen darüber hinaus einen Anspruch auf Sozialhilfe hatten, diesen Anspruch aber nicht verwirklichten, ist statistisch nicht zu belegen. Für die Hilfe zum Lebensunterhalt liegt ein Forschungsbericht des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln, über „Sozialhilfebedürftigkeit und Dunkelziffer der Armut“ aus dem Jahre 1981 vor, der im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit erstellt worden ist. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, daß 1979 ca. 150 000 Haushalte von älteren Menschen über 60 Jahre als sozialhilfeberechtigt einzustufen waren, aber keine Sozialhilfeleistungen in Anspruch nahmen. Dem standen 1979 198 000 Haushalte von älteren Menschen gegenüber, die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen erhielten.

Zu einem annähernd gleichen Ergebnis kommt Prof. Dr. Vaskovics von der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle Bamberg für die Situation der Personen über 60 Jahre mit geringem Einkommen in seiner Studie über „Randgruppenbildung im ländlichen Raum/Armut und Obdachlosigkeit“, die ebenfalls vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit in Auftrag gegeben wurde.

Bei der Bewertung der Berichte ist allerdings zu berücksichtigen, daß die Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe nicht auf Unkenntnis der Sozialhilfe als Institution, sondern vielfach auf sehr subjektive Einstellungen der Betroffenen (z. B. Angst vor persönlicher Diskriminierung durch den Bezug von Sozialhilfe, Befürchtung der Heranziehung von Kindern zur Unterhaltsleistung oder der Rückzahlung der Leistung) zurückzuführen ist. Ein weiterer Aspekt für die Nichtverfolgung von Sozialhilfeansprüchen ist ferner, daß viele Sozialhilfeberechtigte mit ihrem Einkommen nur knapp unterhalb der Sozialhilfeschwelle liegen und daher die mögliche Sozialhilfe so gering wäre, daß eine Antragstellung beim Sozialamt deshalb unterbleibt.

Die Sozialhilfestatistik enthält keine altersspezifischen Daten hinsichtlich der Ursachen der Hilfestellung. Da jedoch unzureichendes Einkommen allgemein die Hauptursache für die Inanspruchnahme laufender Hilfe zum Lebensunterhalt ist und das Einkommen alter Menschen ganz überwiegend aus Sozialversicherungs- und Versorgungsansprüchen herrührt, ist die Aussage berechtigt, daß u. a. auf der Zahlung niedriger Beiträge während des Erwerbslebens beruhende niedrige Renten und sonstige niedrige Versorgungsbezüge bei alten Menschen die Hauptursache für den Bezug von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt darstellen. Dies gilt auch für die Frauen dieser Altersgruppe, die vielfach noch keine eigenständige Renten- oder Versorgungsansprüche haben, wenn ihre Hinterbliebenenrente auf einer aus den o. g. Gründen niedrigen Rente des verstorbenen Mannes beruht. Als weitere Ursachen für die Sozialhilfebedürftigkeit im Alter kommen — wenngleich von geringerer Bedeutung — ausbleibende Unterhaltsleistungen des geschiedenen oder getrenntlebenden Ehegatten oder unterhaltspflichtiger Kinder in Betracht.

Von den alten Menschen, die in Alten- oder Altenpflegeheimen leben, erhält ein großer Anteil Sozialhilfe in Form der Hilfe in besonderen Lebenslagen, weil auch über dem Durchschnitt liegende Renten- oder Versorgungsansprüche häufig nicht ausreichen, um die Kosten eines Heimaufenthalts zu bezahlen.

5. Wie hoch ist der Anteil jeweils von Männern und Frauen, die Sozialhilfe erhalten und in Heimen jeder Art leben, an allen über 60jährigen?

Im Jahre 1982 lebten 56 205 männliche und 194 730 weibliche Sozialhilfeempfänger im Alter von 60 Jahren und mehr in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen. Dies waren 1,3 v. H. aller Männer und 2,5 v. H. aller Frauen dieser Altersgruppe.

6. Welche Maßstäbe sollten nach Auffassung der Bundesregierung für die Heimbetreuung und ambulante Dienste für ältere Menschen hinsichtlich ihrer Qualität zugrunde gelegt werden?

Detaillierte, allgemeinverbindliche Maßstäbe für die Qualität ambulanter Dienste und für die Heimbetreuung lassen sich nach Ansicht der Bundesregierung nicht aufstellen. Die sehr unterschiedlichen Bedürfnisse der älteren Menschen, die örtlichen Verhältnisse, das unterschiedliche Zusammenwirken der Träger bei unterschiedlicher Zielsetzung, die sehr differenzierte — oder noch fehlende — Zusammenarbeit zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen stehen dem unter anderem entgegen. Ambulante Dienste, teilstationäre und stationäre Hilfen sind auch hinsichtlich der Qualität ihrer Arbeit nicht isoliert zu betrachten, da sie in aller Regel eingebunden sind in ein System sozialpflegerischer Dienste für alte Menschen. Das Zusammenwirken dieser Leistungssy-

steme und ihre Durchlässigkeit entscheiden über die Qualität der Dienstleistung. Der Eintritt in eine stationäre Einrichtung sollte nicht eine Einbahnstraße sein. Für die ambulanten Bereiche haben die Länder in ihren Förderungsrichtlinien Maßstäbe gesetzt (z. B. bei Sozialstationen über die Zusammensetzung des Personals). Als ambulante Dienste — im Unterschied zu offenen Hilfen, die umfassender sind — werden hier Leistungen verstanden, die überwiegend in der Wohnung des alten Menschen erbracht werden. Generell ist anzuregen, daß ambulante Dienste und die Heimbetreuung in jedem Falle den Besonderheiten des Einzelfalles gerecht werden. Das schließt vorbeugende sowie nachgehende Hilfe und Beratung ein.

Zielvorstellungen sind unter anderem,

- die körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Grundbedürfnisse zu befriedigen;
- die Selbständigkeit möglichst lange und umfassend zu erhalten, und zwar auch nach Heimeintritt durch Rehabilitation und Therapie sowohl körperlich als auch im sozialen Bereich;
- die Lebenskontinuität soweit wie möglich zu erhalten;
- den alten Menschen, gleichgültig ob in der eigenen Wohnung oder im Heim, zu selbständigem Handeln zu befähigen.

Für die ambulanten Dienste ergeben sich daraus organisatorische Anforderungen:

Sie müssen im Notfall sofort, absolut zuverlässig und ausreichend zur Verfügung stehen. Der Zugang zu der Hilfe sollte auch für unerfahrene Bürger leicht sein. Einer Verkürzung der ambulanten Dienste auf häusliche Krankenpflege sollte entgegen gewirkt werden.

Für die Heimbetreuung gelten die Anforderungen des Heimgesetzes vom 7. August 1974 (BGBl. I S. 1873). Nach § 2 Abs. 1 Nr. 1, § 6 Abs. 3 Nr. 2 und 3 dieses Gesetzes darf ein Heim nur betrieben werden, wenn die Interessen und Bedürfnisse seiner Bewohner gewahrt werden und insbesondere ihre gesundheitliche Betreuung gewährleistet ist. Eine Festlegung personeller Mindestanforderungen in einer Rechtsverordnung konnte wegen der damit verbundenen Kostenfolgen bisher noch nicht getroffen werden. Die Bundesregierung prüft, ob im Zusammenhang mit der vorgesehenen Novellierung des Heimgesetzes eine Regelung erreicht werden kann.

Zur Qualität einer Einrichtung der Altenhilfe gehört auch die Förderung von sozialen Kontakten im Heim und nach außen. Diese können unter Umständen durch freiwillige Helfer sowie durch das Einbeziehen der Heimbewohner in die soziale Infrastruktur gestützt und verbessert werden.

Im Bereich der geronto-psychiatrischen Versorgung älterer Menschen sind die Anforderungen an Einrichtungen und Dienste unterschiedlich, je nach dem Umfang des speziellen Versorgungsbedarfs.

In Tageskliniken dominiert die medizinische Versorgung, nicht jedoch ausschließlich durch den Arzt, sondern auch durch qualifizierte nichtärztliche Berufe, wie Psychologen, Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten. Die Anforderungen an den Personalschlüssel und die Qualifikation des Personals sind entsprechend; Gleiches gilt für die Größe der Einrichtungen und ihre Ausstattung.

In Übergangseinrichtungen, in die nicht mehr oder noch nicht krankenhauspflegebedürftige Patienten zur Rehabilitation aufgenommen werden, ist die Betreuung in zwei Phasen angelegt. Zu Beginn ist eine krankenhausähnliche Betreuung erforderlich, sie geht in dem Maß zurück, in dem der gesundheitliche Zustand eine Aufnahme einer beruflichen Rehabilitation ermöglicht. Diese Einrichtungen haben im geronto-psychiatrischen Bereich eine eher untergeordnete Bedeutung.

In der Geronto-Psychiatrie kommt den Übergangswohnheimen größere Bedeutung zu. Sie bieten sich vor allem für psychisch kranke alte Menschen an, die nach einer stationären Behandlung oder wegen einer akuten Verschlechterung ihres Zustandes zwar nicht einer stationären medizinischen Behandlung, aber noch einer intensiven Betreuung bedürfen und nach einer gewissen Frist in therapeutische oder eigenständige Wohnformen überwechseln.

Therapeutische Wohngemeinschaften orientieren sich in ihrer Anlage an Übergangsheimen. Der ärztliche und nichtärztliche Betreuungsaufwand ist in der Eingangsphase hoch; er ist derzeit vor allem im nichtärztlichen Bereich noch ungenügend bestimmt und entsprechend unsicher in der Kostendeckung. Hier werden derzeit Anforderungskriterien entwickelt, die sowohl für die Anerkennung therapeutischer Wohngemeinschaften erforderlich sind als auch für deren Ausstattung und finanzielle Absicherung. Eine mit dieser Aufgabe betraute spezielle Arbeitsgruppe der Bundesländer unter Beteiligung des Bundes wurde im November 1984 eingesetzt. Sie soll bis zum Frühjahr 1985 abgestimmte Vorschläge hinsichtlich der Aufgabenstellung, der materiellen und personellen Ausstattung sowie möglicher Kostenregelungen vorlegen, die als Grundlage für eine Vereinbarung der Kostenträger dienen können.

Die dargelegten Gesichtspunkte und Anforderungen sind nach Ansicht der Bundesregierung Markierungspunkte, um die Qualität ambulanter Dienste für ältere Menschen und von Einrichtungen der Altenhilfe zu beurteilen. Die Länder und Spitzenverbände der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege haben hierzu teilweise noch detailliertere Ausarbeitungen vorgelegt. Als Beispiele seien genannt: die Landesaltenpläne, das „Memorandum zur Altenhilfe“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vom Januar 1984 und die „Empfehlungen zur Altenhilfe“ vom Landkreisverband Baden-Württemberg.

III. Gesundheitliche Situation

1. Welche besonderen Risikofaktoren beeinflussen nach Auffassung der Bundesregierung die Gesundheit der älteren Menschen, und welche Maßnahmen sollten ggf. schon in jüngeren Lebensjahren ergriffen werden, Verbesserungen in diesem Bereich zu erreichen?

Häufigste Todesursachen sind im höheren Alter Krebs und kardiovaskuläre Krankheiten. Diese beiden Krankheiten sind ohnehin Zielkrankheiten einer allgemeinen Prävention in allen Altersstufen. Aufgrund umfangreicher epidemiologischer Studien für eine solche Prävention ist das Risikofaktorkonzept entwickelt worden. Als wichtige Risikofaktoren für die Gesundheit gelten im Rahmen dieses Konzeptes neben anderen die Hypercholesterinämie, die Hypertonie und inhalatives Rauchen. Das Risikofaktorkonzept formuliert also die Ziele einer allgemeinen Beratungs- und Präventionsstrategie, die sowohl für jüngere als auch für älter werdende Menschen gilt.

Neben den häufigsten Todesursachen (Herzerkrankungen und Krebs) sind ältere Menschen von Schlaganfall, Emphysem/Bronchitis/Asthma, Diabetes mellitus, hypertensiven Erkrankungen und Krisen sowie Arteriosklerose betroffen. Auch diese Erkrankungen gehören zu den häufigen Todesursachen im Alter; doch besteht ihre Problematik vor allem darin, daß sie zur Behinderung des täglichen Lebensvollzugs und nicht selten zu erheblicher Beeinträchtigung der Lebensqualität führen. Ähnliche Auswirkungen haben die chronische Arthritis, Rheumatismus, Senile Demenz, Depressionen und andere psychiatrische Krankheitsbilder. Für die Volkswirtschaft stellen diese Erkrankungen eine beträchtliche Belastung dar. Sie haben eine langfristige Genese und komplexe Ursachen. Deshalb müssen sie zum Gegenstand von lebenslangen gesundheitlichen Bemühungen gemacht werden.

Trotz der mittlerweile gesicherten Erkenntnis, daß sich die Ursachen für die genannten und eine Reihe ungenannter Erkrankungen nicht auf einige wenige Risikofaktoren reduzieren lassen, sondern daß sie eher das Ergebnis einer bestimmten Konstellation von Lebensbedingungen, kritischer Lebensereignisse und ihrer Verarbeitung, biologisch-genetischen Prädispositionen und physikalischen Umwelteinflüssen darstellen, wird die Bedeutung einzelner Risikofaktoren und ihre Bekämpfung häufig überbewertet. Dabei kann das Rauchen als der einzige von den klassischen Risikofaktoren mit ziemlicher Sicherheit in den ursächlichen Zusammenhang mit bestimmten Volkskrankheiten gebracht werden.

Die Aufgaben der Prävention lassen sich so charakterisieren, daß für möglichst große Teile der Bevölkerung ein erfülltes Leben im Alter anzustreben ist. Zum erfüllten Leben gehört z. B. auch die Erhaltung der Selbständigkeit, eines möglichst weiten Verhaltensradius, befriedigende soziale Beziehungen, Lebenszufriedenheit und allgemeines Wohlbefinden, wirtschaftliche und materielle Sicherheit. Ihre Förderung und ihre Erhaltung bis ins höchste Alter

hinein ist aus der Sicht des gesundheitlichen Lebenszyklus mindestens ebenso wichtig wie die Bekämpfung isolierter Risikofaktoren. Die Erziehung des Menschen zum gesundheitlichen Bewußtsein und zum Verantwortungsgefühl für gesundheitliche Belange muß als ein lebenslanger Prozeß verstanden werden, der sich nicht allein auf das Individuum beschränken kann, sondern die Umwelt und Politik mit einbeziehen muß.

Deshalb muß die Vorbereitung auf ein gesundes und erfülltes Alter vielfältig angelegt und lebensbegleitend sein. Aus den Ergebnissen einer epidemiologischen Studie der 70jährigen und Älteren, veröffentlicht in Gerontopsychiatrie 4, Jansen-Symposium Düsseldorf 1975 in Göttingen, mit denen die Erkenntnisse von im Ausland durchgeführten Forschungen bestätigt werden konnten, ergibt sich eine Leitlinie. Das wichtigste Ergebnis war, daß eine gute körperliche Verfassung häufig zusammentraf mit einem geringen geistig-seelischen Abbau. Umgekehrt war es so, daß 80 v. H. der Personen mit schweren psychischen Störungen auch einen schlechten körperlichen Zustand aufwiesen. Vereinfacht besagt dies wohl, daß die richtige Einstellung auf das Alter eine wesentliche Voraussetzung dafür ist, eine gesundheitsgerechte Vorbereitung auf das Alter zu treffen.

Aus Untersuchungen über den sog. „Pensionierungstod“ wurde kenntlich, daß die plötzliche Sinnentleerung des Lebens bei vorzeitigem Ruhestand nicht mehr ausgeglichen werden konnte. Die auf Arbeit, Leistung und Familie ausgerichteten Lebensziele sind erfüllt oder erloschen. Die Kinder haben sich verselbständigt, die Berufserfahrung wird nicht genutzt, der Lebensraum alter Menschen unserer Gesellschaft ist eng. Ihre geistige und soziale Kompetenz wird nicht gefordert, häufig sind Enttäuschung und Resignation, Vereinsamung und Isolierung die Folgen.

Ältere Menschen sind außer durch die genannten Erkrankungen vor allem auch durch Unfälle, sowohl im Straßenverkehr als auch im Haushalt, gefährdet. Die Unfallgefahr erwächst aus den durch die Altersvorgänge bedingten Besonderheiten der körperlichen Bewegungsfähigkeit, der Sinnesleistungen und der Organfunktionen.

Das Thema „Ältere Menschen im Straßenverkehr“ wird in Kapitel 16 des Verkehrssicherheitsprogramms der Bundesregierung behandelt: Gerade ältere Menschen haben besonders unter den Folgen von Unfällen zu leiden; entsprechende Maßnahmen bei der Anlage von Verkehrswegen und bei der Verkehrsführung sind daher notwendig. Es ist jedoch auch das verkehrsgerechte und situationsangemessene Verhalten der älteren Menschen selbst weiterzuentwickeln und zu verstärken. Aus Zuwendungen des Bundesministers für Verkehr wurde deshalb das Aufklärungsprogramm „Ältere Menschen als Fußgänger im Straßenverkehr“ vom Deutschen Verkehrssicherheitsrat entwickelt. Es ist auf die Situation älterer Menschen zugeschnitten und gründet auf den Erkenntnissen der Unfallforschung, der Gerontologie und der praktischen Altenarbeit. Die

verstärkte Umsetzung sowie die Weiterentwicklung dieses Programms sind ab Mitte 1984 erfolgt. Mit diesem Programm wird alten Menschen eine unmittelbare Hilfe für ein sicheres Verhalten im Straßenverkehr geboten.

Durchgeführt wird die Aktion von den Organisationen der Sozial(Alten)arbeit im Bundesgebiet, der Deutschen Verkehrswacht und den deutschen Automobilclubs; von den Fernsehanstalten wird das Programm unterstützt, indem in den für Senioren vorgesehenen Sendungen des ZDF — Mosaik — und der ARD Beiträge ausgestrahlt werden, die in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verkehrssicherheitsrat hergestellt wurden.

Aufgrund eines Forschungsauftrages des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit wurde in den Jahren 1973 bis 1975 vom Psychologischen Institut der Universität Bonn eine Untersuchung über Ursachen und Motive von Fehlverhaltensweisen älterer Fußgänger durchgeführt. Die Ergebnisse liegen im Band 43 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit vor: „Einstellungen und Verhaltensweisen älterer Fußgänger in der Großstadt“.

Der Gesundheitszustand eines älteren Menschen wird auch mitbestimmt von den Einflüssen seines Arbeitslebens. In einer hochentwickelten Industriegesellschaft bringt es, neben der Gefahr von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, eine Vielzahl von Belastungen mit sich, die jeweils für sich allein oder in ihrem Zusammenwirken zu Gesundheitsgefahren, körperlichem Verschleiß und psychischen Schäden führen können. Hierzu zählen monotone Tätigkeiten, Taktabhängigkeit von Maschinen und Fließbändern, psychische Überforderung durch bestimmte Überwachungs- und Steuerungsaufgaben bei gleichzeitiger physischer Unterforderung, stark einseitige körperliche Belastung, Lärm, Hitze, Staub usw., Ausführung von unbefriedigenden und sinnentleerten Tätigkeiten sowie die Eingliederung des Arbeitnehmers in eine streng hierarchische Arbeitsorganisation, die wenig Spielraum gibt für persönliche Entfaltung.

Die Bundesregierung hat daher der Verbesserung des Arbeitsschutzes besondere Aufmerksamkeit geschenkt; ihre Bemühungen haben zu deutlichen Erfolgen auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit geführt.

Darüber hinaus fördert die Bundesregierung mit ihrem Forschungsprogramm „Humanisierung des Arbeitslebens“ die Erarbeitung von Grundlagen und Modellen für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit und ihre Umsetzung in die betriebliche Praxis.

Eine weitere Quelle für gesundheitliche Altersrisiken ist das Ernährungsverhalten. Hierzu wird im einzelnen auf den Ernährungsbericht 1984 verwiesen, der von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt am Main, im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegeben wurde. Auch die Informationsschriften des Bundesministeriums für Jugend, Familie

und Gesundheit befassen sich in einem ihrer Schwerpunkte gezielt mit den Fragen einer gesundheitsbewußten Ernährung.

Die dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit nachgeordnete Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung verfolgt den Ansatz einer „lebensbegleitenden Gesundheitserziehung“ und unterstützt mit ihrer Tätigkeit zugleich Elternhaus und Schule in ihren gesundheitlichen Bemühungen. Dabei sind die folgenden Schwerpunkte zu benennen:

1. Frühzeitige Prävention gesundheitlicher Risiken

Verhütung und Abbau von Risikofaktoren und selbstgefährdenden Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholmißbrauch, Medikamentenmißbrauch, Fehlernährung), die den Altersabbau beschleunigen und/oder im Alter zu vermeidbaren Zusatzbelastungen der Gesundheit führen.

Medien und Maßnahmen:

- I. Prävention gesundheitlicher Risiken (Rauchen, Alkohol, Medikamentenmißbrauch, Fehlernährung)
 - Vielzahl von Einzelmaßnahmen

II. Abbau ausgeprägten Risikoverhaltens

- Kurse zur Raucherentwöhnung: „Nichtraucher in 10 Wochen“ (Angebot über Institutionen der Erwachsenenbildung)
- „Runter vom Rauchen“ (Hörfunkprogramm)
- Kurse zur Umstellung von Ernährungsgewohnheiten
- „Abnehmen — aber mit Vernunft“
- „Übergewichtsreduktion bei Kindern“

2. Positive Grundhaltung zum Alter erwerben

Förderung einer positiven psychischen Grundhaltung zum Alter, in der das Alter nicht nur als „Einschränkung und Verlust von Fähigkeiten“ gesehen wird.

Medien und Maßnahmen:

- I. Unterrichtswerke der BZgA:
 - „Der alte Mensch, der behinderte Mensch, der kranke Mensch“, 1. bis 4. Klasse Grundschule
 - „Der alte Mensch“, 5. bis 10. Schuljahr (in Vorbereitung)

II. „Familienbilder“ (Broschüre)

3. Aktivierung im Alter

Spezifische Maßnahmen sind auch für ältere Menschen notwendig. Das gilt sowohl in bezug auf altersbezogene Risiken als auch für Maßnahmen, die zu sozialen Aktivitäten und damit zum Abbau von Isolation und Gefühlen des Funktionsverlustes führen.

Medien und Maßnahmen:

- I. „Die Ernährung älterer Menschen“ (Broschüre)

II. „Familienbilder“ (Broschüre)

III. „Älter werden — aktiv bleiben“ (Ausstellung Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit)

2. Wie beurteilt die Bundesregierung den Standpunkt, daß eine entsprechende Gesundheitserziehung zur Vorbeugung gegen den Altersabbau schon in frühem Lebensalter einsetzen und lebensbegleitend fortgeführt werden sollte?

Welche Rolle kann dabei Ärzten und Krankenkassen zukommen?

Die Bundesregierung ist, wie bereits zu Frage III.1 dargelegt, der Auffassung, daß eine lebensbegleitende und lebenslange Gesundheitserziehung wesentlich zur Vorbeugung gegen den Altersabbau beitragen kann. Eine solche Gesundheitserziehung darf aber nicht nur auf eine „gesunde Lebensweise“ (Vermeidung von Risikofaktoren) ausgerichtet sein, sondern muß auch die soziale Integration und die Aufrechterhaltung der Lebenstüchtigkeit zum Ziele haben.

Im Vordergrund sollten nicht einseitig verhaltensmodifizierende Bemühungen stehen, sondern die Erziehung zur Autonomie, zur Selbstversorgung, zur Gemeinschaftsfähigkeit und zur Verantwortung für die eigene Gesundheit.

Es kann allerdings nicht erwartet werden, daß die Alterserkrankungen gänzlich verschwinden, wie immer auch die Vorsorgeprogramme intensiviert werden. Deshalb sollen die Bemühungen der Gesundheitserziehung auch die Frage der Bewältigung von chronischen Erkrankungen und Behinderungen einbeziehen. Der Verschiebung von Krankheitserscheinungen muß dabei besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, dem Hinausschieben jenes Zeitpunktes, in dem die Krankheit vom asymptomatischen in das symptomatische Stadium tritt.

Bei den Bemühungen um die Bekämpfung chronischer Alterserkrankungen geht es nicht nur darum, die „klassischen“ Risikofaktoren abzubauen oder einzugrenzen; vielmehr sollten die positiven Einflüsse gestärkt werden:

- eine stabile soziale Umwelt,
- unterstützende soziale Netzwerke,
- guter geistiger, psycho- und sensomotorischer Zustand,
- wirtschaftliche Absicherung und ein gewisser Wohlstand,
- Lebenszufriedenheit.

Ärzte haben aufgrund des zwischen Arzt und Patient bestehenden Vertrauensverhältnisses besondere Möglichkeiten, gesundheitserzieherisch zu wirken und zu beraten. Ihre Rolle erstreckt sich dabei neben der Feststellung von Risikofaktoren auf die Vermittlung von Informationen, die zu einer gesunden Lebensweise führen.

Bei der Versorgung mit Medikamenten muß darauf geachtet werden, den Verbrauch von Schlafmitteln und Beruhigungsmitteln zu reduzieren, damit die autonomen Funktionen zur Bewältigung des Alltags nicht eingeschränkt werden. Solche für die älteren Leute wichtigen Kräfte sollten nicht nur vom Arzt, sondern auch von anderen Beteiligten gefördert, entwickelt und den sich ändernden Möglichkeiten und Bedingungen im Alltag angepaßt werden.

Im hohen Alter liegen die Schwerpunkte der Aufgaben der Ärzte nicht so sehr in der Primärprävention, sondern bei der Sekundär- und Tertiärprävention. Was die Primärprävention — insbesondere Gesundheitserziehung — betrifft, so soll hier an die Aktivitäten aus den früheren Lebensphasen angeknüpft werden. Bezogen auf das höhere und höchste Alter ist Hauptaufgabe der präventiven Arbeit des Arztes die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit und Funktionsfähigkeit sowie des Wohlbefindens so lange wie möglich.

Die WHO hat 1982 ein Konzept für die Ausbildung künftiger Mediziner auf dem Gebiet der Geriatrie/Gerontologie vorgelegt. In einer Reihe von Ländern wurden entsprechende Aus- und Weiterbildungsprogramme mehr oder weniger erfolgreich ins Leben gerufen*). In der Bundesrepublik Deutschland ist das Gebiet der Gerontologie/Geriatrie in die ärztliche Ausbildung einbezogen worden. Vor allem aber müssen Fort- und Weiterbildung der Ärzte darauf ausgerichtet sein, den Arzt für eine Beratung älterer Menschen besser zu befähigen.

Im höheren Alter treffen soziale, Umwelt-, psychische und körperliche Risiken häufiger als in den anderen Lebensabschnitten zusammen. Die „Risikogruppen“ der Älteren, deren Gesundheit überdurchschnittlich stark gefährdet ist, sind vielfach durch komplexe Probleme und Schwierigkeiten betroffen, die nicht nur im gesundheitlichen, sondern auch im wirtschaftlichen, sozialen und Wohnbereich liegen. Aus diesem Grunde kann die Präventivarbeit nicht allein den Ärzten obliegen. Die Hinzuziehung anderer Berufsgruppen aus dem Gesundheitswesen und dem Bereich der psychosozialen Betreuung (Teamarbeit) sind hier wichtig, ebenso wie die Unterstützung des sozialen Umfeldes der Älteren und der Alterselbsthilfegruppen in ihren präventiven Aktivitäten.

Es ist anzustreben, daß sich die Krankenkassen stärker als bisher in die Präventivaufgaben einbeziehen lassen. Entsprechende Angebote der Kassen existieren an mehreren Orten der Bundesrepublik Deutschland. Hierbei handelt es sich nicht um altersspezifische Aktivitäten, sondern um solche, die breiten Bevölkerungsgruppen zur Verfügung stehen.

*) DIECK: Modelle gerontologischer/geriatriischer Ausbildung in der Bundesrepublik Deutschland und im (West-) Europäischen Ausland, Referat auf einer Tagung der Freien Universität Berlin am 19. November 1983.

Da sich im Hinblick auf die alten Menschen die Aufgaben der Prävention, Behandlung und Rehabilitation nicht voneinander trennen lassen, sollte darauf geachtet werden, daß die Schwerpunkte der Behandlung (und diese ist besser als die beiden anderen Bereiche durch die Krankenversicherung abgedeckt) so gesetzt werden, daß die Behandlung präventive und außermedizinische Elemente beinhaltet.

3. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage beruhen die Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation der älteren Menschen, und welche neueren epidemiologischen Untersuchungen liegen dieser Aussage zugrunde?

Die Erkenntnisse über die gesundheitliche Situation der älteren Menschen haben sowohl eine naturwissenschaftlich-medizinische als auch eine sozialwissenschaftliche Grundlage. Wichtige Themenbereiche sind

- Feststellen des Gesundheitszustandes bzw. des Krankheitsvorkommens in der Bevölkerung (Inzidenz- und Prävalenzraten von Erkrankungen). Hierzu werden Mikrozensusdaten, Todesursachen- und, soweit vorliegend, auch Morbiditätsdaten herangezogen oder besondere Studien initiiert und durchgeführt (Health Survey);
- Feststellen des subjektiven Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit, in der Regel durch spezielle Befragung und Untersuchungen;
- Evaluation der Nutzung von Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung (Krankentage, Verweilhäufigkeit und -dauer in stationären Einrichtungen, Medikamentenverbrauch etc.);
- Analysen individueller Verhaltensweisen und des Verhaltens von sozialen Gruppen, insbesondere im Hinblick auf die Gesundheitserhaltung und Bewältigung gesundheitlicher Störungen.

In Untersuchungen älterer Bevölkerungsgruppen setzt sich immer mehr die Ansicht durch, daß geistige und körperliche Beweglichkeit eine größere Bedeutung für die Erhaltung der selbständigen Lebensführung besitzen als häufig medizinisch festgestellte Krankheitsfolgen und geminderte Organleistungen.

Dieser als „funktioneller Status“ bezeichnete Sachverhalt der geistigen und körperlichen Beweglichkeit wird nicht nur in Studien bevorzugt, deren Ergebnisse zur Berechnung des Versorgungsbedarfes herangezogen werden. Es scheint sogar, daß er einen guten Indikator für das weitere gesundheitliche Befinden und für die Lebenserwartung im Alter darstellt.

Bei alten Menschen, aber auch bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen spielen seit einigen Jahren die Untersuchungen sozialer Faktoren im Zusammenhang mit der Entstehung, Verbreitung und Bewältigung von Krankheiten und Behinderungen eine zunehmend wichtigere Rolle (sozialepidemiolo-

gisches Paradigma*)). Es wird davon ausgegangen, daß bestimmte soziale Faktoren dafür ausschlaggebend sind, in welchem Maße die Gesundheit erhalten bleibt oder gestört wird und wie mit dieser Störung in den sozialen Netzwerken umgegangen wird. In diesen Kontext gehört auch die Erforschung wichtiger und oft krisenhafter Lebensereignisse**) sowie des Bewältigungsverhaltens***). Entsprechende Studien entstanden nicht primär mit dem Ziel, die Gesundheitssituation der älteren und alten Menschen zu beleuchten, doch gewannen sie alsbald an Bedeutung auch in der Altersforschung. Inzwischen gibt es zahlreiche multidisziplinäre Untersuchungen zu diesen Fragestellungen; diese stellen die Lebensabschnitte im höheren Alter in den Vordergrund****).

Die aufgeführten Studien sind — mit einer Ausnahme — in den Ausführungen zur Frage 4 charakterisiert. Es ist anzumerken, daß auch die Studien über die Gesamtbevölkerung neuerdings — zumindest im Ausland — im Hinblick auf die höheren Altersgruppen ausgewertet werden.

Für die WHO hat Svanborg*****), eine Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Untersuchungen alter Populationen vornehmlich in Europa zusammengestellt. Svanborg verweist auch auf Forschungslücken bzw. künftige Forschungsaufgaben in diesem Bereich. Hinweise auf wichtige psychiatrisch-epidemiologische Studien mit der Berücksichtigung geronto-psychiatrischer Erkrankungen finden sich bei Cooper & Bickel*****).

Trotz dieser insgesamt gesehen recht umfangreichen Arbeiten bestehen in der Bundesrepublik Deutschland noch Forschungslücken, vor allem im Bereich systematischer und längerfristiger Forschung.

4. In welchem Umfang wurden interdisziplinäre Forschungsgruppen zur Feststellung von Erkenntnissen über die gesundheitliche Situation älterer Menschen beauftragt, und wann ist mit Ergebnissen zu rechnen?

- *) Waltz, E. M. (1981): Soziale Faktoren bei der Entstehung und Bewältigung von Krankheit — ein Überblick über die empirische Literatur. In: B. Badura (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozial-epidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 40—119
- **) Rabkin, J. G. & E. L. Struening (1976): Life Events, Stress, and Illness. In: Science, 194, 1013—1020
- ***) Pearlin, L. I. & C. Schooler (1978): The Structure of Coping. In: Journal of Health and Social Behavior, 19, 2—21
- ****) Parlmor, E.; Cleveland, W. P.; Nowlin, J. B.; Ramm, D. & I. C. Siegler (1979): Stress and Adaptation in Later Life, in: Journal of Gerontology, 34, 6, 841—851
- *****) Svanborg, A. (1981): National Population Based Studies. Paper for the WHO, ROE, Working Group to Define Means of Prevention of Disability in the Elderly, Cologne Nov. 16—19, 1981
- *****) Cooper, B. & H. Bickel (1984): Epidemiologie psychischer Störungen: Folgerungen für die psychotherapeutische Versorgung. In: Baumann, U. (ed.): Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven. Göttingen: Hogrefe, 31—51

Der Bundesregierung sind folgende Untersuchungen bekannt:

- Zwei Bevölkerungsgruppen Älterer (Heimbewohner und zu Hause Lebende) wurden in Köln untersucht, wobei vor allem die psychische Gesundheit im Vordergrund stand. Durchgeführt wurden psychiatrische Interviews. Es handelt sich um eine abgeschlossene epidemiologische Studie mit Berücksichtigung der Nutzung sozialer Dienste (Bergener et al. 1979), die vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanziert wurde.
- Untersuchung „ökologische Bedingungen der Gesundheitserhaltung älterer Menschen in einer Großstadt“ (Institut für soziale Medizin der Freien Universität Berlin). Ziele: (1) Messung des Gesundheitszustandes und der Kapazität zur Selbstversorgung bei verschiedenen großstädtischen Bevölkerungsgruppen der Älteren. (2) Schaffung einer Datensammlung über diese Gruppen, die als besonders intensive Nutzer der Versorgung gelten. (3) Gewinnung von Aussagen darüber, wie man durch die Optimierung von Umweltbedingungen die Kapazitäten zur Selbstversorgung stärken könnte.

Es handelt sich um eine epidemiologische Studie mit dem Schwerpunkt „Funktionskapazität“ und um eine Evaluation der unmittelbaren Wohnumwelt sowie die Ermittlung der Nutzung gesundheitlicher Versorgung und sozialer Dienste. Die Studie wurde finanziert durch das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit und ist abgeschlossen, wird jedoch fortgeführt werden, wenn anderweitige (Deutsche Forschungsgemeinschaft) Finanzierung sichergestellt werden kann (zweimaliges Follow-up geplant).

- Untersuchung zur Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger (SOCIALDATA, 1980), zur Ermittlung der Anzahl Pflegebedürftiger sowie auch der Betreuer und deren Belastungen. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit: abgeschlossen; ausgewertet z. B. im Bericht der Bundesregierung zur Pflegebedürftigkeit.
- Untersuchung des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden, und der Gesellschaft für sozialen Fortschritt, Bonn, im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung zum Thema: „Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf Leistungsnachfrage und Ausgaben im Gesundheitswesen — insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung — unter Berücksichtigung von Zielvorstellungen über die Gesundheitsversorgung älterer Menschen.“ Herausgegeben in der Reihe „Gesundheitsforschung“ des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Band 95, Bonn 1983.
- Internationale Vergleichsstudie der WHO: „Health and Use of Health Services by the Elderly“ — zum Teil Überschneidung mit der oben im zweiten Spiegelstrich aufgeführten Studie. Der deutsche Teil — durchgeführt vom Institut für soziale Medizin der Freien Universität Berlin —

wurde vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanziert; 1. Teil: Basisauswertungen des Health Survey ist abgeschlossen (vgl. Heikkinen et al. 1983); 2. Teil: Ermittlung von Risikogruppen und Vergleich ausgewählter Großstädte (Berlin-West, Athen, Kiew etc.) wird vorbereitet.

- Studie über alte Menschen in Altenheimen mit dem Ziel, das Wohlbefinden dieser Heimbewohner zu analysieren sowie die Einflüsse des qualifizierten und nichtqualifizierten Personals auf dieses Wohlbefinden zu identifizieren (Schmitz-Scherzer et al. 1978).
- Die Psychiatrie-Enquête (Bonn 1975) ist eine wesentliche Erkenntnisquelle über die Lage der psychisch kranken Älteren und über ihre Versorgungsprobleme. Ähnlich relevant werden die Ergebnisse jener Forschungsprojekte sein, die als Begleitprojekte der Bundesregierung zum Modellprogramm „Psychiatrie“ ins Leben gerufen wurden, z. B. das Projekt Region Kassel, Gesamthochschule Kassel, Arbeitsgruppe Soziale Gerontologie in Kassel (Radebold).
- Verschiedene Arbeiten des Deutschen Zentrums für Altersfragen, z. B.: Zur Erkrankungshäufigkeit bei älteren Arbeitnehmern (Behrend, 1983), ferner der im Auftrag der Bundesregierung erstellte und bei der Weltversammlung zur Frage des Alterns vom 26. Juli bis 6. August 1982 in Wien präsentierte Fachbericht über Probleme des Alterns (Arbeits-Gruppe Fachbericht, 1982).
- Verschiedene Arbeiten und Gutachten des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Köln, die im Auftrag oder mit Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung erstellt wurden. Diese behandeln Probleme der Pflegebedürftigkeit und ihrer Bewältigung vor allem in stationären Einrichtungen, die Fragen der Absicherung von Pflegebedürftigkeitsrisiken (Pflegeversicherung) und andere Fragestellungen.

Im Rahmen des Programmes „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ wurde 1980 vom Bundesministerium für Forschung und Technologie eine Evaluationsstudie im Krankheitsbereich „Psychisch kranke alte Menschen“ zum Thema „Evaluationskriterien für die Überprüfung der Wirksamkeit des Einsatzes ehrenamtlicher Laienhelfer unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften, Nachbarschaftshilfen von und für alte Menschen“ gefördert. Auf der Grundlage der Psychiatrie-Enquête von 1975 sowie unter Einbeziehung der Sachlage im In- und Ausland ist eine Bestandsaufnahme über das verfügbare bzw. noch zu entwickelnde Instrumentarium für die Wirksamkeitsprüfung des Einsatzes von ehrenamtlichen Laienhelfern durchgeführt worden.

Das Ziel der Studie „Entwicklung von Instrumentarien und Erarbeitung von Empfehlungen für deren Anwendung“ (z. B. im Rahmen von Modellen) ist erreicht. Die Ergebnisse liegen in Form einer Veröf-

fentlichung mit der Bezeichnung „Laien- und Selbsthilfe bei psychisch kranken, alten Menschen“, herausgegeben von der Deutschen Forschungs- und Versuchsanstalt für Luft- und Raumfahrt, Bereich für Projektträgerschaften, Köln, vor.

Da das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim — seit mehreren Jahren Collaboration Centre for Research and Training in Mental Health der WHO — sowohl am Modellprogramm der Bundesregierung (beratend) als auch am Programm zur Förderung der außerstationären Versorgung psychisch Kranker in Baden-Württemberg (forschend) beteiligt ist, hat der Bundesminister für Forschung und Technologie vor der praktischen Erprobung von Modellversuchen zur Verbesserung der Versorgung — wie in der Evaluationsstudie vorgeschlagen — das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit beauftragt, den Forschungsstand des Themengebietes „Psychische Gesundheit im Alter und mögliche zukünftige Aspekte“ zu beschreiben. Dies wurde in einem internationalen Workshop im September 1984 in Mannheim begonnen mit dem Ziel, Forschungsdefizite und sich bietende Forschungsansätze auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik Deutschland darzustellen. Der Bundesminister für Forschung und Technologie beabsichtigt, Forschung in diesem Bereich entsprechend den Empfehlungen des Workshops zu fördern.

An Arbeiten zu dieser Fragestellung, die von Länderregierungen in Auftrag gegeben oder gefördert wurden, sind insbesondere zu nennen:

- Analyse der Hilfen für Pflegebedürftige in städtischen Versorgungsräumen, insbesondere die Problematik der Sozialstationen (Hartmann et al. 1983), im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen erstellt und von ihm finanziert.
- Psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen, insbesondere auch Platzierung und Fehlplatzierung, wurde im Auftrag des Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales untersucht (vgl. Zimmermann, 1977, Bergener et al. 1975).

Neben diesen öffentlich geförderten Untersuchungen hat eine Reihe von Forschungen mit interdisziplinärem Charakter, die überwiegend mit Hilfe verschiedener wissenschaftlicher Förderungsinstitutionen durchgeführt wurden (Volkswagenstiftung, Deutsche Forschungsgemeinschaft, Robert-Bosch-Stiftung), zu wesentlichen Ergebnissen geführt.

Zusammenfassend ist festzustellen:

- Nach wie vor steht die bio-medizinische Forschung — und hier vor allem die durch die Pharma-Industrie geförderte Forschung — im Vordergrund.
- Viele der bio-medizinischen Projekte verstehen sich als „interdisziplinäre Vorhaben“. Jedoch handelt es sich vorwiegend um eine Interdisziplinarität der medizinischen Subdisziplinen und nur in seltenen Fällen um die kooperative Bearbeitung eines Problems, dessen bio-medizini-

sche, soziale, psychologische und wirtschaftliche Aspekte einbezogen werden.

- Im Bereich der sozialwissenschaftlichen oder interdisziplinären Forschung, an der sowohl die naturwissenschaftlichen als auch die sozialwissenschaftlichen Disziplinen beteiligt sind, ist eher ein Abflauen zu verzeichnen.

5. Wie schätzt die Bundesregierung die in verschiedenen Ländern (wie z. B. Schweden, Holland oder den USA) durchgeführten interdisziplinären epidemiologischen Langzeitstudien zur Feststellung von Risikofaktoren in bezug auf ältere Menschen ein, und welche Ergebnisse liegen für die Bundesrepublik Deutschland vor?

Langzeitstudien zur Feststellung von Risikofaktoren vom Typ „Framingham“ und das daraus resultierende Risikofaktorkonzept beziehen sich vor allem auf die Verhinderung von Früh Todesfällen. Das bedeutet jedoch nicht, daß Risikofaktoren der Arteriosklerose und des Herzinfarktes für den älteren Menschen keine Rolle spielen. Im Rahmen des in der Altersforschung entwickelten Gesundheitskonzeptes haben Risikofaktoren und die Folgeerkrankungen besonders dann eine große Bedeutung, wenn sie die „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (Activities of daily living) einschränken, behindern oder unmöglich machen. Langzeitstudien sind in der Bundesrepublik Deutschland zu den kardiovaskulären Risikofaktoren nicht mehr durchgeführt worden, da entsprechende Ergebnisse schon aus anderen Ländern vorlagen. Befunde in Querschnittstudien, wie die vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes durchgeführte Nordenham/Brake-Studie, entsprechen den ausländischen Ergebnissen. Die ebenfalls mit dem Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes durchgeführte Altenstudie des Institutes für Soziale Medizin der Freien Universität Berlin hat die Vermutung nicht bestätigt, daß vom 65. Lebensjahr an durch Selektionsprozesse bei den Überlebenden die klassischen Risikofaktoren niedriger sind als in jüngeren Lebensaltern. Sowohl bei Männern als besonders auch bei Frauen fanden sich hohe Cholesterinwerte.

Hinsichtlich des Blutdrucks fanden sich bei den älteren Menschen bemerkenswerte Befunde: zwischen dem 60. und dem 100. Lebensjahr hielt sich der durchschnittliche systolische Blutdruckwert bei den Männern ungefähr auf gleicher Höhe und der diastolische nahm sogar ab; bei den Frauen dagegen war ein relevanter Anstieg des systolischen Blutdruckes bei den Ältesten zu verzeichnen, der sich auch signifikant vom Blutdruck der Männer unterschied, während der diastolische Blutdruck etwa in gleicher Höhe wie bei den Männern unverändert blieb.

Neben den Studien, die sich mit den „klassischen“ Risikofaktoren befassen, werden in den USA (aber auch in anderen Ländern) longitudinale Studien mit anderen Schwerpunkten durchgeführt, die für die Identifizierung von Risiken für die Lebenserwartung und vor allem für die Qualität des Erlebens im höheren Alter von großer Bedeutung sind:

Als vorbildlich gilt hier die Duke University Longitudinal Study*), die neben den oben genannten Zielen der Identifizierung von Bedingungen der Langlebigkeit und Lebensqualität im Alter auch eine Reihe weiterer Ziele verfolgt; diese sind:

- Feststellung der Bedeutung des funktionellen Status und der gesundheitlichen Selbsteinschätzung (subjektive Gesundheit) für die Lebenserwartung und -qualität;
- Bedeutung sozialer und wirtschaftlicher Faktoren;
- Abschätzung der Relevanz von „klassischen“ Risikofaktoren für den Gesundheitszustand im höheren Alter.

Ebenso werden seit Jahren an der Duke University kontinuierlich methodische Arbeiten und Instrumentenkonstruktionen vorangetrieben, die über Jahre hinweg zur Erfassung der Funktionsfähigkeit und Ressourcen Älterer (bzw. ihrer Gefährdungen) beinahe in allen Bundesstaaten der USA angewandt werden (OARS-Methodology-Duke University Center for the Study of Aging and Human Development — 1978).

Systematische und Langzeitprogramme mit dem Schwerpunkt „Dementielle Erkrankungen“ laufen am National Institute on Aging/National Institute on Health, Bethesda/Maryland, und zwar in Kooperation mit anderen (auch universitären) Forschungseinrichtungen (Yale etc.). Auf der Basis von Mikrozensus-Zusatzuntersuchungen und angekoppelten Projekten werden hier u. a. Risikofaktoren für diesen Kreis der Gesundheitsbeeinträchtigungen und anderer psychiatrischer Erkrankungen im Alter erforscht.

Weitere Zentren, z. B. in Stanford/Calif. tragen mit dem Schwerpunkt „Lebenslauf und lebenslange Veränderung der „Plastizität“ der Persönlichkeit und des Verhaltens“ durch ihre longitudinalen Studien wesentlich zur Klärung der Krankheitsverbeuge und -verarbeitung im höheren Alter bei.

In der Bundesrepublik Deutschland liegen vornehmlich nur Querschnittstudien vor. Eine Ausnahme bildet z. B. die Bonner Längsschnittstudie mit psychologischen Schwerpunkten, die jedoch auch im Hinblick auf die Gesundheitsproblematik wichtige Aussagen geliefert hat**).

Längerfristig angelegte kleinere Studien (z. B. die Verlaufsuntersuchung poliklinisch behandelter gerontopsychiatrischer Patienten (Prof. Dr. S. Kanowski, Berlin), und neuerdings auch die laufende Evaluation der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten (Prof. Dr. H. Radebold, Kassel) mit mehre-

*) DUKE UNIVERSITY CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT (ed.) (1978): Multidimensional Functional Assessment: The OARS Methodology. Durham: Duke University Medical Center

**) Thomae, H. (ed.) (1976): Patterns of Aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging. Basel, München, Paris: Karger

ren Follow-up-Studien stellen die Behandlung bzw. Rehabilitation in den Vordergrund und haben eine Bedeutung für die Sekundär- und Tertiärprävention.

6. Welche Rolle spielen Vorsorge, Therapie und Rehabilitation in bezug auf geriatrische Erkrankungen?

Wie bewertet die Bundesregierung die Auffassung, daß geriatrische Rehabilitation als Einheit von Vorbeugung, Therapie und Rehabilitation anzusehen ist, und welche Maßnahmen gedenkt sie ggf. zur Umsetzung dieser Vorstellung zu ergreifen?

Vorsorge, Therapie und Rehabilitation werden einerseits als Maßnahmen verstanden, die in unterschiedlicher, jeweils spezifischer zeitlicher Beziehung zu einem Krankheitsereignis stehen. Andererseits gehen die Begriffe ineinander über, denn in einer gegebenen Krankheitssituation können alle drei Maßnahmenbereiche angesprochen sein. Am Begriff der Vorsorge oder Prävention läßt sich zeigen, wie wenig trennscharf die Begriffe sind. Primäre Prävention stellt ab auf die vorbeugende Vermeidung von krankheitsbegründenden oder -erzeugenden Bedingungen; die sekundäre Prävention hat das frühestmögliche Eingreifen, die Früherkennung von latent vorhandenen Krankheiten zum Ziel; die tertiäre Prävention zielt ab auf die Verhütung von Rückfällen und Verschlimmerungen von Krankheiten. Sekundäre und tertiäre Prävention sind kaum zu trennen von der Therapie und von der Rehabilitation, die beide auf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bzw. auf die Vermeidung einer Verschlimmerung abstellen. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß die Rehabilitation geriatrischer Erkrankungen eine sich ergänzende Einheit von Vorbeugung, Therapie und altersspezifischen Ausrichtung ist insoweit von Bedeutung, als die Behandlung kranker älterer Menschen häufig nicht das Ziel der völligen Wiederherstellung der Gesundheit und des seelischen/psychischen Wohlbefindens zum Ziel haben kann, sondern vielmehr die Befähigung zu einem Höchstmaß an Selbständigkeit und Gesundheit im Rahmen gegebener Chancen und Möglichkeiten anstrebt.

Die besondere Lebenssituation alter Menschen und die besondere Problemsituation im Alter führt dazu, daß vielleicht mehr noch als in anderen Lebensaltern die Behandlung älterer Menschen sowohl medizinische als auch pflegerische und soziale Aspekte umfassen und berücksichtigen muß. Vorbeugende, behandelnde und rehabilitative Maßnahmen im Alter reichen von der ärztlichen Behandlung über die Pflege und die gezielte Therapie bis hin zur geistigen Anregung und Aktivierung. Das Wissen um die Zusammenhänge verschiedener professioneller Handlungsbereiche ist bisher nicht genügend ausgeprägt und muß verstärkt in die Praxis hineingetragen werden. Gleichzeitig müssen in der Praxis die Möglichkeiten zur Realisierung durchaus realistischer Bemessungs- und Rehabilitationsziele ausgebaut werden.

Die Krankenhausstatistik weist aus, daß heute fast 40 v. H. aller Betten in Akutkrankenhäusern durch

über 65jährige Patienten belegt werden. Verbesserte diagnostische und therapeutische Verfahren erhöhen heute im Vergleich zu früheren Zeiten die Aussicht auf Heilung oder Linderung. Diese Patientengruppe stellt besondere Anforderungen an die ärztliche Behandlung und an die Pflege infolge der weitverbreiteten Multimorbidität älterer Patienten und aufgrund des überdurchschnittlichen Anteils von Patienten in dieser Gruppe, die der Intensivpflege bedürfen. Besondere Anforderungen werden jedoch auch an die räumliche Unterbringung älterer Patienten gestellt, beachtet man z. B. die negativen Folgewirkungen vermeidbarer Bettlägerigkeit gerade bei älteren Menschen oder die langfristigen und oft nicht mehr rehabilitierbaren Folgen falscher Pflege und unzureichender Rehabilitation. Hierzu zählen beispielsweise der die Gehfähigkeit auf Dauer beeinträchtigende Spitzfuß als Folge falscher Lagerung, die unzureichende Vorbeugung und Behandlung von Decubiti, die zu spät einsetzende oder ausbleibende intensive Rehabilitation bei Schlaganfall. Vermeidbare lange Behandlungsdauer bis hin zum Eintritt des Pflegefalles können die Folge sein. Das auf Akutkranke mit kurzer Verweildauer abgestellte Angebot eines Akutkrankenhauses vermag älteren Patienten mit langer Verweildauer nicht die geistige Anregung zu bieten und das Ausmaß an sozialen Kontakten zu ermöglichen, das sowohl vorsorgende als auch therapierende und rehabilitative Bedeutung hat. Sonderprobleme, die allerdings eine relativ große Gruppe älterer Patienten betreffen, stellen sich in der Kooperation zwischen somatischer Medizin und Psychiatrie. In nicht wenigen Fällen liegen die Ursachen psychischer Erkrankungen im körperlichen Bereich — ein Faktum, das ein Schlaglicht auf die besonderen Anforderungen bei der Behandlung multimorbider älterer Patienten wirft.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung hat eine Untersuchung in Auftrag gegeben, die sich mit der stationären Versorgung von Alters- und Langzeitkranken befaßt. Ziel ist es u. a., Anhaltspunkte für eine adäquate stationäre Versorgung älterer Menschen im Krankenhausbereich zu gewinnen. Angesichts des hohen Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung und in Anbetracht der heute gegebenen Möglichkeiten ihrer Behandlung und Rehabilitation gewinnen geriatrische Krankenhäuser immer stärkere Bedeutung. Hinzuweisen ist auf zwei durch den Bund geförderte Modelleinrichtungen — den Hagenhof in Hannover-Langenhagen und das Albertinenhaus in Hamburg (s. auch Antwort VII.8) —, in denen exemplarisch und vorbildlich heutige Möglichkeiten der auf alte und chronisch kranke Menschen ausgerichteten Medizin und Therapie in die Praxis umgesetzt sind.

Vorsorge, Therapie und Rehabilitation älterer Menschen beschränken sich keineswegs auf den Krankenhausbereich. Eine in Duisburg durchgeführte Untersuchung belegt die in der Praxis der Altenhilfe bekannte Tatsache, daß ältere Patienten, die aus dem Akutkrankenhaus entlassen werden, zum Teil in den Pflegeheimen für ältere Menschen weiter rehabilitiert werden — im günstigsten Falle mit

dem Erfolg der möglichen Entlassung nach Hause oder der Übersiedlung in ein Altenheim. An derart deutlichen Beispielen, seien sie auch relativ selten, zeigt sich die Bedeutung der aktivierenden Pflege und der Rehabilitation älterer Menschen, soweit sie von Einrichtungen der Altenhilfe angeboten werden. Die Bundesregierung hat durch entsprechende Modellförderung einen Beitrag zur Qualifizierung der Pflegeheime geleistet (s. auch Antwort VII.8).

Die Verlegung in Langzeiteinrichtungen des stationären Krankenhausbereichs ebenso wie die Verlegung in Pflegeheime hat oftmals soziale Gründe als Hauptursache. Der Ausbau bedarfsadäquater ambulanter Dienste hat Aspekte der Vorsorge und der Rehabilitation sowohl bezogen auf diejenigen, die die Pflege zu Hause leisten, wie auch bezogen auf den älteren Patienten. Der Bund fördert diese Entwicklung durch das Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“.

Maßnahmen der Versorgung und Betreuung alter Menschen kann die Bundesregierung nicht im einzelnen steuern. Sie liegen in der Hand der Ärzte, der Sozialleistungsträger, insbesondere der Krankenkassen und der Gemeinden, die ggf. mit Unterstützung und Hilfe der Freien Träger und der Länder tätig werden.

Dieses System ist sinnvoll und zweckmäßig, weil es die Berücksichtigung regionaler und örtlicher Besonderheiten ermöglicht.

7. Welche Maßnahmen hält die Bundesregierung für sinnvoll, um bei der Vorbeugung stärker als bisher Hilfe zur Selbsthilfe bei älteren Menschen zu unterstützen?

Vorbeugung ist im gesundheitlichen Bereich eine sinnvolle und wirkungsvolle Maßnahme, um eine hohe Lebensqualität auch im Alter zu erreichen und zu erhalten. Gesundheitliche und soziale Bedingungen wirken dabei zusammen. Vorbeugung kann deshalb nicht nur im Sinne von medizinischer Vorbeugung gesehen werden, sondern muß auch gezielt Hilfe zur Selbsthilfe einbeziehen.

Hilfe zur Selbsthilfe ist eines der tragenden Prinzipien der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Sie kann bedeuten, den einzelnen als Individuum zur Selbsthilfe zu befähigen; sie kann auch durch Selbsthilfegruppen erreicht werden. Selbsthilfe für und durch alte Menschen hat eine individuelle und eine gesellschaftliche Bedeutung. Die individuelle Bedeutung ist z. B. darin zu sehen, daß Aktivitäten entfaltet werden, vorhandene, aber verschüttete Kräfte und Fähigkeiten wiederentdeckt, der Verhaltensradius vergrößert wird. Die gesellschaftliche Bedeutung liegt darin, daß alte Menschen der Gefahr der Ausgliederung sowie möglichen gesellschaftlichen Vorurteilen oder Diskriminierungen entgegentreten.

Hilfe zur Selbsthilfe muß durch Beratung unterstützt werden. Hierfür stellt die Bundesregierung vielfältiges Informationsmaterial, vor allem in Form von Broschüren, zur Verfügung (s. auch Antwort I.4).

Selbsthilfegruppen sind für ihre Aktivitäten teilweise auf finanzielle Unterstützungen angewiesen. Selbsthilfe sollte nach Auffassung der Bundesregierung unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse so gefördert werden, daß das Engagement und die Spontaneität der Mitglieder nicht beeinträchtigt wird. Eine unmittelbare Förderung, insbesondere eine institutionelle Förderung einzelner Gruppen oder Organisationen ist deshalb nicht immer der geeignete Weg, Selbsthilfeaktivität zu entwickeln und zu erhalten. Große Bedeutung kommt allerdings unter Umständen der Bereitstellung von Räumen, der Nutzung von Bürokapazität, der Gewährung von Zuschüssen zu Sachkosten (wie z. B. Miete, Porto, Büroausstattung u. ä.) zu. Die Form der Unterstützung wird in der Praxis zuweilen von üblichen Maßstäben abweichen. Die Zuständigkeit für die Förderung derartiger Hilfen fällt fast ausschließlich in den Bereich der Gemeinden, der Gemeindeverbände und der Länder. Die Bundesregierung kann Selbsthilfeaktivitäten wie bisher unmittelbar nur als Erprobung neuer Wege finanziell fördern. Eine ideelle Förderung wird auch weiterhin im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bundesregierung erfolgen.

Neben der organisierten Altersselbsthilfe, die wohl nur einen begrenzten Kreis von Alten aktiv einbeziehen wird, und neben den Gesundheitsselfhilfegruppen hat auch die nichtorganisierte Altersselbsthilfe eine besondere Bedeutung (Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis etc.). Der Beitrag dieser Laien ist insbesondere auch im gesundheitlichen Bereich wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil der Prävention und Versorgung, ohne den das bestehende System stark beeinträchtigt wäre. Er sollte zukünftig stärker als bisher gefördert werden.

Zur Unterstützung der Hilfe zur Selbsthilfe bei Älteren hält die Bundesregierung unter anderem auch Maßnahmen der Weiterbildung für sinnvoll. Hochschulen, Volkshochschulen, kirchliche Bildungsstätten und andere Einrichtungen bieten eine Vielzahl von Veranstaltungen an, die dem Erlernen besonderer Fertigkeiten, aber auch der Ausbildung von Animatoren und Multiplikatoren in der Altershilfe dienen. Auf Einzelheiten wird bei der Antwort zur Frage VI.2 eingegangen.

Zu Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen wird die Bundesregierung in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung (Drucksache 10/1080) Stellung nehmen.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Veränderung der Krankheitsbilder gerade bei älteren Menschen hin zu mehr chronischen Erkrankungen hinsichtlich der Ausgabenentwicklung in der GKV?

Die laufende Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung gibt keine Möglichkeit, die Ausgaben nach Diagnosen bzw. Indikationsgebieten zu ordnen und damit die finanziellen Auswirkungen einer Veränderung der Krankheitsbilder zu bewerten.

Eine vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung beim Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung in Auftrag gegebene Untersuchung ermöglicht differenziertere Aussagen aufgrund von Sondererhebungen bei einzelnen Krankenkassen. Das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung hat u. a. folgendes festgestellt:

- Die Krankheitshäufigkeit (d. h. der Anteil kranker Personen an der Wohnbevölkerung gleichen Alters) wie auch die entsprechende Häufigkeit der krankheitsbedingten Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen sinken nach vergleichsweise hohen Werten für Kinder zunächst mit zunehmendem Altern, nehmen danach jedoch stark und kontinuierlich zu.
- Die Struktur des Krankheitsspektrums verändert sich in Abhängigkeit vom Alter: Kinder und Jugendliche werden vor allem von Krankheiten der Atmungsorgane (insbesondere Infektionen der oberen Luftwege und Grippe) sowie von infektiösen und parasitären Krankheiten betroffen, mit zunehmendem Alter treten dagegen die auch insgesamt quantitativ stark ins Gewicht fallenden Krankheiten des Kreislaufsystems und des Bewegungsapparates sowie Krankheiten der innersekretorischen Drüsen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten als schwerwiegendste Leiden immer deutlicher in den Vordergrund.
- Dementsprechend steigt auch die Krankheitsdauer und der Anteil der langfristig und chronisch Kranken allgemein mit dem Alter an.

Die Berechnungen des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung ergeben für die Jahre 1974 bis 1978, daß 94 v. H. des gesamten realen Anstiegs der Leistungsausgaben (in den Bereichen Behandlung durch Ärzte, Krankenhauspflege, Arzneien, Heil- und Hilfsmittel) auf die nicht-demographische Komponente zurückzuführen sind, während der demographische Effekt mit einem Anteil von gut 6 v. H. zu dieser Entwicklung beigetragen hat.

Hinsichtlich der künftigen demographisch bedingten Entwicklung von Morbidität und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen kommt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung — unter der Annahme, daß die alters- und geschlechtsspezifischen Morbiditätsrisiken und Häufigkeiten der Inanspruchnahme ambulanter bzw. stationärer Behandlungsleistungen in Zukunft gegenüber dem Basisjahr 1978 unverändert bleiben — zu folgendem Ergebnis: Die künftig zu erwartenden Veränderungen der Bevölkerungsstruktur wirken vor allem aufgrund des Altersanstiegs der Krankheitshäufigkeiten und Leistungsanspruchnahmen zunehmend in Richtung einer Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung. Jedoch steht dem morbiditätserhöhenden Einfluß von Veränderungen im Bevölkerungsaufbau ein auf der rückläufigen Bevölkerungszahl beruhender gegenläufiger Effekt gegenüber. Die Untersuchung kommt — bei aller Vorsicht, die gegenüber derartigen Aussagen geboten scheint — zu dem Schluß, daß sich bei gegebenen Finanzierungsbe-

dingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nach einer Periode vorübergehender leichter Entlastung eine demographisch bedingte steigende Mehrbelastung potentieller Beitragszahler durch Gesundheitsleistungsausgaben vor allem für die Zeit nach der Jahrtausendwende abzeichnet.

Auch andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen:

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen belegt mit einer Untersuchung über die Auswirkungen der zukünftigen Altersstrukturentwicklung der Wohnbevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Kosten des Gesundheitswesens sowie einer weiteren Untersuchung über den Einfluß demographischer Entwicklungen auf die Arzneimittel-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum Jahre 2000, daß die altersspezifische Mehrbelastung bis zur Jahrtausendwende gegenüber anderen Kostenauftriebsfaktoren kein entscheidendes finanzielles Gewicht hat.

Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich am 15. Dezember 1983 ausführlich mit der Frage der demographischen Entwicklung und ihrer Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in den einzelnen Versorgungsbereichen befaßt und folgende Aussagen mit Blick auf die Zukunft getroffen:

1. Die demographische Entwicklung wird voraussichtlich zu einer Erhöhung des Anteils kranker Personen an der Gesamtbevölkerung führen. Dennoch wird nach vorliegenden Untersuchungen bis zum Jahre 2000 aus der demographischen Entwicklung nur mit einem geringen Anstieg der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gerechnet. Neben dem Rückgang der Gesamtbevölkerung ergeben sich Be- und Entlastungseffekte aus Veränderungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung.
2. Die schwer abschätzbare Entwicklung der Zahl der Erwerbstätigen, der Zahl der Frührentner und der Zahl der mitversicherten Familienangehörigen lassen es möglich erscheinen, daß sich das Zahlenverhältnis der Beitragszahler zu den Leistungsberechtigten verschlechtert und sich die Finanzierungsmöglichkeiten weiter einengen.
3. Die medizinische Versorgung sollte in Zukunft stärker als bisher am Bedarf älterer Menschen orientiert werden.

IV. Einrichtungen der Altenversorgung und -betreuung

1. Wie viele Männer und Frauen der verschiedenen Altersgruppen leben allein oder zusammen mit Partnern in einer Wohnung oder in welcher Form von Einrichtungen der Altenbetreuung, und sind diese für die jeweiligen Altersgruppen bedürfnisgerecht?

Die Zusammensetzung der Haushalte, in denen ältere Menschen leben, der Familienstand alleinsten-

hender alter Menschen, die Zahl der Einpersonenhaushalte sowie eine Modellrechnung zur Entwicklung der Zahl der Einpersonenhaushalte bis zum

Jahr 2000 sind in den nachfolgenden zwei Tabellen dargestellt.

Bevölkerung nach ausgewählten Altersgruppen 1982

Prozent/bzw. Zahlen in 1000

Haushaltszusammensetzung	Frauen	Männer	Insgesamt
Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr			
in:			
Einpersonenhaushalten	47,7	13,4	34,8
Mehrpersonenhaushalten	32,1	63,2	43,8
Mehrpersonenhaushalt mit zwei Generationen	12,6	18,0	14,6
Mehrpersonenhaushalten mit drei und mehr Generationen	4,5	3,3	4,1
Haushalten mit nicht gradlinig Verwandten	1,9	0,7	1,4
Haushalten mit familienfremden Personen	1,2	1,5	1,3
Gesamtzahl der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und mehr	7 595	4 583	12 178
Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und mehr			
in:			
Einpersonenhaushalten	60,8	22,0	47,4
Mehrpersonenhaushalten mit einer Generation	17,1	59,1	31,7
Mehrpersonenhaushalten mit zwei Generationen	11,6	10,3	11,2
Mehrpersonenhaushalten mit drei und mehr Generationen	7,1	6,1	6,8
Haushalten mit nicht gradlinig Verwandten	2,5	0,9	2,0
Haushalten mit familienfremden Personen	0,8	1,6	1,1
Gesamtzahl der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und mehr	2 330	1 233	3 563
Bevölkerung insgesamt	32 008	29 386	61 394

Quelle: Statistisches Bundesamt
Verzeichnis des Mikrozensus 1982

Modellrechnung: Deutsche im Alter von 55 und mehr Jahren in Einpersonenhaushalten

in 1000

Im Alter von ... bis ... unter ... Jahren	1985			1990			1995			2000		
	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	Ins- gesamt	männ- lich	weib- lich
55 bis 65 Jahre ...	1 104	187	917	995	210	785	1 036	236	800	1 135	245	840
65 bis 75 Jahre ...	1 607	195	1 412	1 528	181	1 347	1 765	234	1 531	1 627	251	1 376
75 und mehr	1 779	264	1 515	1 866	160	1 706	1 552	101	1 451	1 620	210	1 410

Quelle: Statistisches Bundesamt

Zur Frage, ob die Wohnungen bedürfnisgerecht sind, wird auf die Antwort zu Frage II.2 verwiesen.

Der Bundesregierung liegen für das Bundesgebiet keine Angaben darüber vor, wie viele Männer und Frauen der verschiedenen Altersgruppen allein oder zusammen mit Partnern in Einrichtungen der Altenhilfe leben. Aufgrund allgemeiner Angaben der Länder kann allerdings davon ausgegangen werden, daß heute rd. 80 v. H. der Heimbewohner Frauen sind.

Umfragen bei den Ländern haben folgende Bewohnerzahlen in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe ergeben:

Altenwohnheime	rd. 69 000 Bewohner
Altenheime	rd. 128 000 Bewohner
Altenpflegeheime/Alten- krankenheime	rd. 39 000 Bewohner
Mehrgliedrige Einrichtungen	rd. 203 000 Bewohner
Gleichartige Einrichtungen im Sinne des § 1 Heimgesetz	rd. 6 700 Bewohner
Insgesamt:	rd. 445 700 Bewohner
in etwa	6 100 Einrichtungen.

Aufgrund des Heimgesetzes und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen, insbesondere der Heimmindestbauverordnung, werden die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigungen geschützt. Dies bedeutet, daß in den Heimen eine bedürfnisgerechte Unterbringung gewährleistet sein muß. Die Anforderungen hierfür richten sich allerdings nicht nach Altersgruppen, sondern nach dem jeweiligen Bedarf des einzelnen Bewohners oder von Bewohnergruppen mit gleicher Bedarfslage. Die bisherige erfolgreiche Durchführung der genannten Vorschriften durch die hierfür zuständigen Länder, insbesondere der hohe finanzielle Aufwand zur Verbesserung der personellen und baulichen Ausstattung in den Heimen, lassen nach Auffassung der Bundesregierung den Schluß zu, daß heute in der Mehrzahl der stationären Einrichtungen die Bewohner bedürfnisgerecht untergebracht sind. Die Bundesregierung wird im Rahmen ihrer Kompetenzen auf eine Verbesserung in den Einrichtungen hinwirken, in denen dies bisher nicht erreicht werden konnte. Dazu soll auch die beabsichtigte Novellierung des Heimgesetzes beitragen.

Besondere Aufmerksamkeit wird in Zukunft Einrichtungen zu widmen sein, in denen pflegebedürftige Behinderte, psychisch gestörte, psychisch Behinderte und Demente aufgenommen werden. In den letzten drei Jahrzehnten hat sich die Zahl der Mitbürger über 75 und 80 Jahre sehr stark erhöht, und damit ist auch die Zahl der dementiell erkrankten und psychisch gestörten älteren Menschen außerordentlich angewachsen. Die institutionellen Hilfesysteme sind nicht im gleichen Maße diesen besonderen Bedürfnissen angepaßt worden. Darauf hat u. a. die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie 1983 hingewiesen (Band 54 der Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen). Die Bundes-

regierung erwartet hierzu weitere Erkenntnisse auch aus dem bereits laufenden Programm über Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle pflegerischer Arbeiten in Krankenhäusern (Band 84 der Gesundheitsforschung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung), das auch den Bereich Geriatrie mitbehandelt.

2. Fördert die Bundesregierung Maßnahmen, die eine abgestufte Versorgung entsprechend den jeweiligen Bedürfnissen sicherstellt (z. B. durch Tages- und Nachtkliniken, ambulante Hilfen, Sozialstationen mit evtl. Zivildienstleistenden und ähnlichen Einrichtungen)?

Die Modellförderung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit aus der Titelgruppe „Förderung gesellschaftspolitischer Maßnahmen für die ältere Generation“ zielt auf ein System abgestufter Hilfen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich einschließlich der zeitlich befristeten stationären Betreuung. Die Bundesregierung hat im Rahmen ihrer Zuständigkeit auch teilstationäre Einrichtungen (wie z. B. Tagespflegeheime, Tagesheime) gefördert. Sie haben sich als wichtige Einrichtungen zur Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen in schwierigen Lebenssituationen, wie nach schweren Erkrankungen, Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen aber auch bei psychischen Störungen erwiesen.

Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit führt außerdem zur Zeit ein Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ durch, in dem in 16 Sozialstationen zusätzlich zu den bisherigen Mitarbeitern zwei Fachkräfte und bis zu zehn Zivildienstleistende gefördert werden. Damit sollen insbesondere vermehrt Hilfen im Bereich der Grundpflege wie Hilfen beim Aufstehen, Anziehen, aber auch Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung wie Einkaufen, Kochen und der Betreuung angeboten werden. Hierdurch sollen die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Familienangehörigen die Entlastung erfahren, die einen dauerhaften Verbleib der Pflegebedürftigen in ihrer häuslichen Umgebung und damit eine möglichst große Selbständigkeit ermöglicht. Darüber hinaus ist in dem Modellprogramm angestrebt, eine möglichst intensive Zusammenarbeit aller an der Pflege beteiligten Stellen zu erreichen sowie ehrenamtliche und freiwillige Hilfen zu fördern und zu unterstützen; denn der Erfolg ehrenamtlicher Dienste hängt entscheidend davon ab, wie gut und dauerhaft sie aufgebaut und betreut werden.

Das Bundesamt für den Zivildienst fördert die persönliche Versorgung älterer Bürger durch den vorrangigen Einsatz von zur Zeit über 3 300 Zivildienstleistenden in sogenannten Mobilen Sozialen Hilfsdiensten. Diese bieten den älteren Menschen Haushaltshilfen, kommunikative und — unter Anleitung einer Fachkraft — auch pflegerische Hilfen an, um es diesen Bürgern zu ermöglichen, in ihrem häuslichen Umfeld zu verbleiben und von dort aus am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Es gewährt den Trägern (z. B. Sozialstationen) Aufwandszuschüsse, mit denen die Kosten pauschal ausgegli-

chen werden, die von der Beschäftigungsstelle für Zivildienstleistende zu tragen sind, wie Unterkunft, Verpflegung und Arbeitskleidung der Zivildienstleistenden (z. Z. rund 5 000 DM jährlich je Zivildienstleistenden).

Außerdem wird — zunächst in einer Modellmaßnahme — der Einsatz von Zivildienstleistenden in der Versorgung und Betreuung entlassener älterer Krankenhauspatienten gefördert. Die Zivildienstleistenden werden bereits im Krankenhaus mit den später zu betreuenden Personen bekannt gemacht und auf ihre zukünftige Aufgabe vorbereitet. Nach der Entlassung der Patienten übernehmen sie deren persönliche Versorgung. Diese Modellmaßnahme wird z. Z. durch ein Forschungsinstitut wissenschaftlich begleitet.

Auch die Bundesanstalt für Arbeit unterstützt die persönliche Versorgung älterer Bürger durch die Förderung der Beschäftigung arbeitsloser, vornehmlich schwervermittelbarer Arbeitnehmer im Bereich der sozialen Dienste im Rahmen von Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung. Der Anteil der in den sozialen Diensten tätigen, vorher arbeitslosen Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen Beschäftigten stieg von 12 v. H. im Jahre 1978 auf 25 v. H. im Jahre 1983 mit 11 000 Arbeitnehmern. Die Statistik über die Beschäftigung in Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen unterscheidet zwar nicht die verschiedenen Teilbereiche der sozialen Dienste; aufgrund von Erfahrungen darf aber davon ausgegangen werden, daß ein ganz erheblicher Teil der Beschäftigten, die im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen in sozialen Diensten eingesetzt sind, auf die Versorgung älterer Menschen entfällt.

Die Beschäftigung arbeitsloser Arbeitnehmer im Bereich der sozialen Dienste wird auch weiterhin als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme aus den Beiragsmitteln der Bundesanstalt für Arbeit gefördert werden.

Sowohl im Modellprogramm Psychiatrie als auch bei Einzelmaßnahmen fördert die Bundesregierung Maßnahmen nicht nur im stationären, sondern auch im teilstationären und im außerstationären Bereich, insbesondere Tages- und Nachtkliniken, Übergangseinrichtungen, therapeutische Wohngemeinschaften und Wohnheime, Tagesstätten und Patientenclubs etc. Mit diesen Vorhaben wurde häufig Neuland betreten; die Entwicklungs- und Erprobungsphasen sind noch nicht abgeschlossen.

Bislang gibt es deshalb noch keine bundeseinheitlichen Regelungen, wohl aber Orientierungsdaten. Die aus Einzelmodellen gewonnenen Erkenntnisse wurden und werden in der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit seit Jahren veröffentlicht. Es wurde berichtet über die Versorgung in ländlichen und städtischen Bereichen, über die Erfahrungen mit Selbsthilfegruppen, über Angebote zur Tagesbetreuung älterer Menschen, und es sind derzeit Maßnahmen in der Erprobung, die eine sinnvolle Verknüpfung von Wohngemeinschaften und der Betreuung in Tages-

stätten entwickeln sollen. Das Modellprogramm Psychiatrie erprobt ebenfalls die Koordinierung unterschiedlicher Einrichtungen im geronto-psychiatrischen Bereich. In einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe wurden vorbereitende Absprachen darüber getroffen, wie künftig die gerade im Bereich der Geronto-Psychiatrie wichtige abgestufte Versorgung über Institutsambulanzen, Tageskliniken, Übergangseinrichtungen und therapeutische Wohngemeinschaften — unterstützt durch sozial-psychiatrische Dienste, durch ergänzende administrative und teilweise auch gesetzliche Maßnahmen — sichergestellt werden kann.

3. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse darüber, wie sich die ambulante Versorgung der älteren, insbesondere pflegebedürftigen Menschen in Stadt und Land in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat und welche Träger von Einrichtungen hier tätig sind?

Wie hat sich das Verhältnis von Familienpflege, Inanspruchnahme externer Hilfe und Heimpflege in Stadt und Land entwickelt?

Der Bundesregierung liegen für die letzten fünf Jahre keine Daten über die Entwicklung der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen insgesamt vor.

Statistische Erhebungen über die stationäre Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen gibt es nicht in allen Bundesländern. Die vorhandenen Statistiken können wegen unterschiedlicher regionaler Versorgungsgrade nicht auf das Bundesgebiet hochgerechnet werden.

Das gleiche gilt für die ambulante Versorgung von älteren und pflegebedürftigen Menschen in häuslicher Umgebung. In den vorhandenen Statistiken werden unter ambulanten sozialen Diensten verschiedene Einrichtungen wie Sozialstationen, Dienstleistungszentren, Zentren für Gemeinschaftshilfe, Krankenpflegestationen, Haus- und Familienpflegestationen, Dorfhelferstationen, Nachbarschaftshilfen und sonstige Sozialdienste unterschiedlich erfaßt.

Nach Angaben der Länder hat sich jedoch die Versorgungsstruktur insgesamt verbessert, wobei insbesondere eine deutliche Zunahme der Zahl der Mitarbeiter in ambulanten Diensten zu verzeichnen ist. Eine Differenzierung nach Stadt und Land ist nicht möglich (s. auch I.2).

Die Bundesregierung läßt zur Zeit eine Untersuchung durchführen, in der bundesweit der Bestand an ambulanten sozialen Diensten für ältere und pflegebedürftige Menschen, die Anzahl der Mitarbeiter und ihre Qualifikation sowie das Leistungsspektrum der Dienste erfaßt werden sollen. Ergebnisse dieser Untersuchung werden Anfang nächsten Jahres vorliegen.

Aus dem bisher vorliegenden Datenmaterial ergibt sich, daß ambulante soziale Dienste für ältere und pflegebedürftige Menschen ganz überwiegend von den freigemeinnützigen Trägern angeboten werden. Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien

Wohlfahrtspflege zusammengeschlossenen Verbände (Arbeiterwohlfahrt, Deutscher Caritasverband, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland) sind u. a. Träger von ca. 2 000 Tagesstätten für ältere Mitbürger und von über 2 300 Beratungsstellen und sonstigen Diensten für diesen Personenkreis. In einem geringen Maße haben die Trägerschaft eingetragene Vereine, Stiftungen oder Kommunen übernommen. Vermehrt treten in letzter Zeit private kommerzielle Anbieter mit ambulanten sozialen Leistungen auf. Genauere Aussagen erwartet die Bundesregierung von der oben erwähnten Untersuchung sowie der Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe über „Erscheinungsformen, Möglichkeiten und Grenzen privater Pflegestellen“, die ebenfalls voraussichtlich Mitte 1985 vorliegen wird.

Ein Vergleich der Familienpflege und der Inanspruchnahme externer Hilfen mit der Heimpflege ist wegen des Fehlens geeigneten Datenmaterials nicht möglich. Es kann jedoch allgemein gesagt werden, daß die bisherige Entwicklung im stationären Bereich durch eine ständige Zunahme der Zahl an Heimplätzen gekennzeichnet war. Allerdings geht die Zahl der Wohn- und Altenheimplätze in letzter Zeit zurück, während die der Pflegeheimplätze weiter zunimmt. Dabei ist festzustellen, daß immer mehr Bürger erst in höherem Lebensalter in ein Heim ziehen. Als Gründe hierfür werden die Verzögerung des Alterungsprozesses, günstigere Lebensbedingungen und der Ausbau offener Hilfen angegeben.

4. Welche ausländischen Erfahrungen hinsichtlich der Verbesserung der Lebenssituation älterer Menschen hält die Bundesregierung für übertragbar?

Obwohl im Ausland andere soziale Sicherungssysteme bestehen, ergeben sich aus den dortigen Erfahrungen auch für die Bundesrepublik Deutschland wichtige Hinweise dafür, wie älteren Menschen so lange wie möglich ein zufriedenes Leben in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht und erleichtert werden kann. Das gilt sowohl für die Erfahrungen mit Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten, die Bedingungen und das Ausmaß der Hilfe im ambulanten Bereich als auch im Übergang von der stationären Versorgung zum selbständigen Wohnen.

Wissen und Erkenntnisse des Auslandes auf dem Gebiet der praktischen Altenhilfe/Altenarbeit erreichen die Bundesregierung über eigene Auslandskontakte durch Mitarbeit in internationalen Gremien sowie durch Berichte des Deutschen Zentrums für Altersfragen aus dessen Teilnahme an internationalen Diskussionen, die teilweise im Auftrag der Bundesregierung erfolgen, und der Mitgliedschaft in internationalen Gremien. So war das Deutsche Zentrum für Altersfragen z. B. an einer Studiengruppe des Europarates 1982/1983 beteiligt, die sich mit Maßnahmen zum Schutze der Interessen der Hochbetagten befaßte. Andere Arbeitsgrup-

pen sind auf der Ebene der Europäischen Gemeinschaft angesiedelt.

Aus diesen Erkenntnisquellen sind Erfahrungen in folgenden Bereichen von unmittelbarem Interesse für die Altenpolitik der Bundesrepublik Deutschland:

- Verfahren der Kostenaufbringung zur Abdeckung des Risikos der Pflegebedürftigkeit mit ambulanter und/oder stationärer Behandlung und Pflege: In den Niederlanden ist z. B. eine Sondersversicherung eingerichtet. In Frankreich werden die Krankenkassen anteilmäßig an den Kosten beteiligt. In den skandinavischen Ländern gilt allgemein — mit Ausnahme von Dänemark — das Prinzip der Kostenbeteiligung im Falle von Behandlungsbedarf einschließlich bei chronischen Erkrankungen. Diese Erfahrungen sind wegen der unterschiedlichen sozialen Sicherungssysteme nicht übertragbar.
- Entwicklung der Rehabilitationsmedizin und der Geriatrie für die Behandlung und Therapie älterer Menschen: Fünf Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft haben den Facharzt für Geriatrie eingeführt. Die Erfahrungen, die mit der Einführung dieses Facharztes gemacht wurden, sind für die Bundesrepublik Deutschland ebenso von Bedeutung wie die Überlegungen in den Niederlanden, die neben dem Geriater zur Herausbildung eines auf die Behandlung chronisch kranker älterer Menschen im Heimbereich spezialisierten Arztes geführt haben.

Die Kommission der Europäischen Gemeinschaft strebt langfristig eine Vereinheitlichung der Weiterbildungsgänge zu den verschiedenen Facharzttrichtungen in der Medizin an. Es soll ein vergleichbar hohes Niveau der ärztlichen Ausbildung in der Gemeinschaft durchgesetzt werden. Die entwickelten Vorstellungen gehen aus von einem gemeinsamen Stammbereich der fachärztlichen Weiterbildung, innerhalb dessen Erfahrungen in verwandten Gebieten vermittelt werden und auf dem die weitere Auffächerung nach Disziplinen aufbaut. Die Weiterbildung zum Facharzt soll auf ein möglichst breites Fundament gestellt werden. Der Sicherstellung der geforderten Weiterbildungsqualität dient u. a. auch die Festsetzung von Mindestzeiten der Facharztausbildungen, die von allen Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft eingehalten werden sollen. Diese Zeiten variieren je nach Fachdisziplin.

Die Geriatrie zählt bisher nicht zu den durch die EG-Kommission vorgeschlagenen Hauptfachgruppen. Allerdings ist sie in der Gesamtaufstellung der relevanten Fachgebiete enthalten. Die ausgesprochene Empfehlung benennt eine mindestens 4jährige Weiterbildungsdauer. Bisher haben folgende Mitgliedsstaaten einen Facharzt für Geriatrie eingeführt mit der jeweils angegebenen tatsächlichen Mindestdauer der Weiterbildung im nationalen Bereich:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| — Dänemark | — sechseinhalb Jahre, |
| — Republik Irland | — sieben Jahre, |
| — Italien | — vier Jahre, |
| — Niederlande | — vier Jahre, |
| — Vereinigtes
Königreich | — sieben Jahre. |

Keinen Facharzt für Geriatrie kennen innerhalb der Europäischen Gemeinschaft bis jetzt die Länder Belgien, Bundesrepublik Deutschland, Frankreich, Griechenland, Luxemburg.

- Tendenzen zur Einschränkung der Zahl der Betten in bzw. der Umwandlung der Betten von Altenheimen: Derartige Tendenzen sind besonders ausgeprägt in Dänemark und Schweden. Die konkrete Politik in diesem Sektor geht einher mit einem Ausbau der ambulanten Dienste, insbesondere der Haushaltshilfe und der Hauspflege und mit der Ausrichtung des Heimsektors auf Leicht- bis Schwerpflegebedürftige. Von Bedeutung in diesem Zusammenhang ist auch die sorgfältige Prüfung eines etwa gegebenen Heimbedarfs, z. B. in den Niederlanden, durch entsprechende Aufnahmekommissionen. In Dänemark wird kein älterer Mensch auf Dauer unter Aufgabe seiner eigenen Wohnung in ein Pflegeheim oder Krankenhaus für Langzeitkranke aufgenommen, bevor nicht ein aus dem Arzt, der Gemeindekrankenschwester und dem Sozialarbeiter bestehendes Team die gegebene häusliche Situation und die in ihr vorhandenen Versorgungsmöglichkeiten beurteilt hat.
- Ausbau der Haushaltshilfe als wichtige Stütze der ambulanten Versorgung und des Verbleibs in der eigenen Häuslichkeit: Alle skandinavischen Länder und Frankreich haben in den letzten Jahren ihre Haushaltshilfsdienste stark ausgebaut und den Zugang zu ihnen finanziell attraktiv gestaltet. Diese Maßnahmen zielen hin auf eine Verminderung des Bettenbedarfs in stationären Einrichtungen, seien es nun Einrichtungen des Gesundheits- oder des Sozialwesens.
- Ausweitung des Angebots an teilstationären Einrichtungen: In den skandinavischen Ländern sowie in der Schweiz, in den Niederlanden, in Großbritannien und in der Republik Irland stehen in weit größerem Maße, als dies in der Bundesrepublik Deutschland der Fall ist, Behandlungs- und Aufenthaltsmöglichkeiten in teilstationären Einrichtungen zur Verfügung. Die positiven Erfahrungen wurden für die Ausgestaltung der teilstationären Dienste in der Bundesrepublik Deutschland genutzt. Die Kostenregelung ist für die Einrichtungen im Ausland günstiger, so daß die Bedingungen für den Erfolg im Hinblick auf die angebotenen Leistungen wegen des geltenden Finanzierungssystems in der Bundesrepublik Deutschland noch sehr unterschiedlich sind.
- Beteiligung der älteren Menschen am öffentlichen Leben und Stärkung ihrer Interessenvertretungen: Hervorzuheben sind etwa die Instal-

lierung eines beratenden Gremiums älterer Menschen auf den verschiedenen Ebenen politischer Willensbildung in Norwegen. Auch in Frankreich ist die organisierte Interessenvertretung über Gremien im politischen Bereich inzwischen gut ausgebaut. In Schweden wird die Tendenz der Trennung zwischen verschiedenen Altersgruppen durch ehrenamtliche Aktivität älterer Menschen in weiten Bereichen des öffentlichen Lebens — und keineswegs nur im Sozialbereich — bekämpft.

- Abbau der Schranken, die bei der Inanspruchnahme von Hilfen und Leistungen bestehen: Frankreich, die Niederlande, Norwegen und Schweden kennen spezielle Ausweise für ältere Menschen, die diese zum Bezug spezieller Leistungen berechtigen. Zum Teil ist durch eine Art von Bezugskarten die notwendige Haushaltshilfe oder die Eigenbeteiligung im Falle von medizinischem Behandlungsbedarf finanziert. Der ältere Mensch kann über die Verwendung entscheiden, mögliche Hemmnisse in der Beanspruchung der Dienste werden abgebaut.
- Hilfen für helfende und pflegende Familien bzw. Familienangehörige: Verschiedene europäische Länder haben sehr unterschiedliche Ansätze entwickelt, um den Familien die Versorgung und Pflege ihrer älteren Angehörigen zu erleichtern oder zu ermöglichen. Die Systeme reichen von der Möglichkeit der Dienstbefreiung im Falle der akuten Erkrankung älterer Angehöriger in Frankreich (auf der Basis entsprechender Tarifvereinbarungen) bis hin zu speziellen Steuererleichterungen. Die Krankenhäuser in Schweden experimentieren mit der „Krankenhausverbundenen Hauspflege“, bei der die Aufnahme ins Krankenhaus im Bedarfsfalle garantiert wird, und die Versorgung zu Hause durch den Krankenhausarzt und das Krankenpflegepersonal beratend überwacht wird. In Dänemark existieren Modellversuche, die das Ziel haben, die Bedingungen zu verbessern, unter denen alte Menschen human und würdig zu Hause sterben können.

5. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse vor über die Einrichtung von selbstverwalteten Wohngemeinschaften älterer Menschen, und wie sind diese zu beurteilen?

Der Bundesregierung liegen Berichte über eine Reihe selbstverwalteter Wohngemeinschaften vor. Darüber hinaus wurden im Rahmen des Programms der Bundesregierung „Forschung und Entwicklung im Dienste der Gesundheit“ in der Studie zum Thema „Überprüfung der Wirksamkeit des Einsatzes ehrenamtlicher Laienhelfer unter Einbeziehung von Selbsthilfegruppen, Wohngemeinschaften und Nachbarschaftshilfegruppen von und für alte Menschen“ Wohngemeinschaften mit untersucht.

An der Fachhochschule Niederrhein läuft derzeit ein Forschungsprojekt „Senioren-Wohngemeinschaften“. Erste Aussagen werden Mitte 1985 er-

wartet. Ergebnisse einer Bestandsaufnahme des Kuratoriums Deutsche Altershilfe belegen, daß z. T. auch die ältere Generation das Leben in Wohngemeinschaften in ihre Erwägungen einbezogen hat. Durch Eigeninitiative der Älteren, teilweise auch mit Unterstützung und Betreuung sozialer Institutionen, sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Seniorenwohngemeinschaften entstanden, in denen sich in einigen Fällen auch lebendige Partnerschaft von jung und alt findet.

Interesse an dieser Wohn- und Lebensform findet sich nicht ausschließlich bei den besonders aktiven und experimentierfreudigen Älteren. Einzelne Beispiele belegen auch, daß hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen hier zuweilen eine Alternative zum Leben im Alten- und Pflegeheim sehen.

Wohngemeinschaften haben aus der Sicht der alten Menschen nach den bisherigen Erkenntnissen eine Reihe von Vorzügen:

- Die Selbstversorgung Alleinstehender in eigener Wohnung ist in der Regel teurer als das Wohnen in einer Wohngemeinschaft.
- In der Wohngemeinschaft kann eine Aufgabenteilung erfolgen, die für den einzelnen Entlastung bedeutet, ihm dennoch Selbstbestimmung und weitgehende Selbstversorgung im Rahmen des Zusammenlebens bietet.
- Die Wohngemeinschaft bietet gegenseitige Hilfe und ist als Gemeinschaft auch ein Mittel, um Vereinsamung zu verhindern.

Auch aus der Sicht der Sicherungssysteme und des finanziellen Aufwandes scheinen selbstverwaltete Altenwohngemeinschaften Vorteile zu bieten:

- Sie können die Nachfrage nach Heimplätzen vermindern.
- Selbst bei finanzieller Förderung durch die öffentliche Hand (z. B. durch Bereitstellen geeigneten Wohnraums) könnte diese Form kostengünstiger gestaltet werden als die traditionelle Versorgung in Einrichtungen der Altenhilfe. Dies ist jedoch bisher nicht hinreichend durch Erfahrungen belegt.

Diesen Vorteilen stehen in der Praxis jedoch erhebliche Schwierigkeiten gegenüber:

- Längere Krankheit und Pflegebedürftigkeit einzelner Bewohner überfordern meist das Selbsthilfepotential der alten Menschen. Je länger eine Wohngemeinschaft zusammenlebt, desto größer wird dieses Problem, weil immer mehr Mitglieder immer hilfebedürftiger werden und die Möglichkeiten der gegenseitigen Hilfeleistung abnehmen. Sterben einzelne Bewohner oder gehen sie in traditionelle Einrichtungen der Altenhilfe, so bereitet die Nachfolge außerordentliche Schwierigkeiten. Meist findet sich kein Nachfolger, der bereit ist, in die bestehende Wohngemeinschaft einzuziehen.
- Wohngemeinschaften müssen sich aufgrund privater Initiativen bilden. Ihrer Realisierung ste-

hen jedoch auch Widerstände von Vermietern entgegen.

- Die Erfahrungen zeigen — wie auch bei Wohngemeinschaften jüngerer Menschen — erhebliche Konflikte im täglichen Zusammenleben. Alten Menschen fällt es schwerer, ihre Lebensgewohnheiten anzupassen. Sie sind ein Stück ihrer Persönlichkeit geworden. Alltagsdinge wie z. B. Raumaufteilung, unterschiedlicher Tagesrhythmus, unterschiedliche Lebensgewohnheiten, Formen gegenseitiger Hilfsbereitschaft u. ä. werden auch bei Verwandten (z. B. Geschwistern) zu Problemen von oft erdrückendem Charakter. Das Zusammenleben ist häufig konfliktreicher als das auf vordergründige Harmonie ausgerichtete Leben in Einrichtungen der Altenhilfe.

Nach Ansicht der Bundesregierung stellen die Wohngemeinschaften ein erprobungswürdiges neues Element dar. Bisher ist jedoch nicht erkennbar, daß Senioren-Wohngemeinschaften eine allgemeine Alternative zu den Einrichtungen der Altenhilfe sind.

Wenn Wohngemeinschaften als ein neuer Mosaikstein in größerem Maße eine realistische Alternative zur Heimbetreuung darstellen sollen, so bedarf es nach Ansicht des Kuratoriums Deutsche Altershilfe der Unterstützung von außen. Wichtig erscheint dabei die Anbindung an ambulante Dienste und auch an stationäre Einrichtungen der Altenhilfe. Sinnvoll könnte es auch sein, wenn ein Altenpfleger oder ein Sozialarbeiter in die Wohngemeinschaft integriert wird.

6. Inwieweit trägt Familien- und/oder Nachbarschaftshilfe sowie ehrenamtliche Hilfe heute zur Versorgung und Betreuung bei?

Wie beurteilt die Bundesregierung die zukünftige Entwicklung in diesem Bereich, und welche Hilfen könnte sie zu ihrem Erhalt bzw. Ausbau geben?

Ebenso wie junge Menschen sind auch ältere in ein enges Netz der Versorgung und Betreuung durch Dritte, insbesondere durch die Familie verweben, wobei der einzelne in aller Regel sowohl als Nehmender wie auch als Gebender seine Rolle hat. Werden diese Hilfen im allgemeinen nur in besonderen Notlagen, wie bei Krankheiten oder Unfall in Anspruch genommen, so ergibt sich für den älteren Menschen häufig ein dauerhafter Bedarf an diesen Hilfen. Diese werden im hohen Maße von den Familien, Nachbarn und freiwillig helfenden Dritten geleistet. Sie beinhalten Einkaufsdienste, „beim Nachbarn vorbeischaun“, Begleitung zum Arzt, Haushaltshilfe u. a. Eine genau qualifizierbare und quantifizierbare Aussage über den Umfang dieser Leistungen ist nicht möglich. Die Bundesregierung sieht, daß ein der Mitmenschlichkeit verpflichtetes und harmonisches Zusammenleben in der Gesellschaft gefährdet wäre, wenn diese Hilfen in kleinen sozialen Netzen nicht mehr geleistet würden.

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Versorgung und Betreuung Pflegebedürftiger und Behinderter zu. Die Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Pflegebedürftigen ist nicht bekannt und wegen der Definitionsschwierigkeiten auch nicht genau zu ermitteln. Die Bundesregierung schätzt die Gesamtzahl auf etwa 2 Mio., von denen rd. 260 000 nicht nur vorübergehend in stationären Einrichtungen leben. Dies bedeutet, daß über 80 v. H. aller Pflegebedürftigen in häuslicher Umgebung versorgt werden.

Die Zahl der Pflegebedürftigen, die häusliche Pflege in der Familie erhalten, hat in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Gleichzeitig verminderte sich die Zahl der Menschen unter 60 Jahren. Zur Deckung eines höheren Pflegebedarfs stehen also weniger Familienangehörige zur Verfügung (auf die Antwort zu Frage I.1 sowie auf den „Bericht zur Frage der Pflegebedürftigkeit“ — Drucksache 10/1943 — wird verwiesen).

Ohne Versorgung und Betreuung durch Familien oder im Wege der Nachbarschaftshilfe wäre vielen älteren Menschen, insbesondere, wenn sie pflegebedürftig werden, ein Verbleib in der häuslichen Umgebung nicht möglich.

Die große Bedeutung dieser Gruppe von Helfern für die Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen läßt sich an der nebenstehenden Tabelle aufzeigen.

Die Bundesregierung geht davon aus, daß der bisherige Anteil der häuslichen Versorgung auch in Zukunft erhalten bleiben und, wenn möglich, noch erhöht werden sollte. Um dieses sicherzustellen, sind Hilfen sowohl für die helfenden Familienangehörigen als auch für ehrenamtlich und freiwillig tätige Dritte notwendig.

Die Bundesregierung hat deshalb in ihrem Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) angekündigt, daß sie die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen mit einem Bündel von Einzelmaßnahmen gezielt verbessern wird.

Im einzelnen wird die Bundesregierung in folgenden Bereichen tätig werden:

- Die Bemühungen um Rehabilitation im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung werden verstärkt.
- Die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung über die häusliche Krankenpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung kranker Pflegebedürftiger werden verbessert.
- Bei Krankheit der Pflegeperson werden künftig die notwendige häusliche Pflege und die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung von den Krankenkassen übernommen.
- Die Bundesregierung wird die Länder bitten, bei der Bewilligung öffentlicher Baumittel die Belange der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wie schon bisher besonders zu berücksichtigen.

Hilfeleistende Personengruppen/Einrichtungen	Pflege- bedürftige, die Hilfe erhalten in v. H.
Die Pflegebedürftigen erhalten Hilfe: (Mehrfachnennungen)	
— Ja, und zwar von	
— im Haushalt lebenden Angehörigen, Verwandten	63
— außerhalb des Haushalts lebenden Angehörigen, Verwandten	31
— Freunden, Bekannten, Nachbarn	17
Die Pflegebedürftigen erhalten Hilfe	
— Ja, und zwar von	
— Haushalts- und Putzhilfen	2
— Arzt, Ärztin	30
— von Institutionen eingesetzten Hilfs- und Pflegekräften (ambulanten Diensten, freiberuflich tätigen professionellen Hilfs- und Pflegekräften *)	12
— teilstationären Einrichtungen . . .	5
— sonstigen	—
— Nein, die Hilfebedürftigen erhalten keine Hilfe	2
— Es fehlen Angaben über hilfe- leistende Personen/Einrichtungen	12

*) Schwestern/Pfleger von ambulanten Diensten, Sozialstationen, private Schwestern/Pfleger, Schwesternhelferinnen, Zivildienstleistende, ehrenamtliche Helfer

Quelle: Socialdata „Anzahl und Situation zu Hause lebender Pflegebedürftiger“, 1980, Band 80 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit

- Die Aufnahme von Eltern(-teilen) in Eigenheime mit zwei geförderten Wohnungen soll künftig nicht mehr daran scheitern, daß ihr Einkommen eine gewisse Höhe überschreitet. In diesem Sinne wird das Wohnungsbindungsgesetz geändert.
- Der im sozialen Wohnungsbau geförderte Bauherr soll durch eine Änderung des Zweiten Wohnungsbaugesetzes für jeden Elternteil, den er in den Haushalt aufzunehmen beabsichtigt, ein Familienzusatzdarlehen erhalten.
- Die Bundesregierung wird insbesondere in Gesprächen mit den Ländern prüfen, ob im Zweiten Wohnungsbaugesetz bei der Aufnahme eines Elternteiles die Einkommensgrenze erhöht werden kann (bisher werden für einen Elternteil 6 300 DM angesetzt). Außerdem wird sie prüfen, ob im Wohngeldgesetz ein Familienfreibe-

trag für den Fall der Aufnahme von Eltern eingeführt werden kann.

- Sie prüft, ob bei der steuerlichen Förderung selbstgenutzten Wohneigentums (bisher § 7b EStG) neben dem Baukindergeld auch eine Elternkomponente eingeführt werden kann.
- Die Errichtung und Weiterentwicklung der ambulanten Dienste ist Sache der Länder. Der Bund hat hier keine Zuständigkeit. Die von der Bundesregierung beschlossenen Maßnahmen werden jedoch mittelbar die Situation der ambulanten Dienste nachhaltig verbessern. Außerdem wird sich die Bundesregierung bei den Ländern für eine Verbesserung der personellen Situation von ambulanten Diensten einsetzen. Hier wird es auch darum gehen, das Instrument der Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen sowie Zivildienstleistende und Helfer des freiwilligen sozialen Jahres mit einzusetzen.

Die Bundesregierung hält außerdem eine Verbesserung der sozialen Absicherung der Pflegeperson für wünschenswert und wird sich hierfür einsetzen.

Die Bundesregierung ist der Meinung, daß mit diesem Bündel von Maßnahmen eine erhebliche Verbesserung der Pflegesituation in die Wege geleitet wird und erwartet, daß von den Maßnahmen ein deutlicher Impuls für die Verstärkung von ambulanten Hilfen zur Unterstützung der häuslichen Versorgung ausgehen wird.

Auch der Vierte Familienbericht befaßt sich mit der „Situation der älteren Menschen in der Familie“. Der Bericht wird z. Z. von einer unabhängigen Sachverständigenkommission erarbeitet. Er soll insbesondere aufzeigen, wie alte Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und wie auch mehrere Generationen unter einem Dach leben können. Neben der Darstellung der Situation alter Menschen wird der Bericht u. a.

- Möglichkeiten und Grenzen der Hilfen und Unterstützung alter Menschen durch die Familie,
- Hilfen und Unterstützung alter Menschen für die Familie,
- Möglichkeiten der Unterstützung von Familien bei der Versorgung alter Menschen,
- Hilfen von alten Menschen für alte Menschen behandeln.

V. Zur Lage der Lehre, Forschung und Ausbildung

1. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stand der gerontologischen Lehre und Forschung in der Bundesrepublik Deutschland?

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, die Forschung zur Verbesserung der Situation älterer Menschen auszubauen?

Wegen des inneren Zusammenhangs werden die beiden Fragen zusammen beantwortet.

In der Vergangenheit sind in der Bundesrepublik Deutschland zahlreiche gerontologische und geria-

trische Forschungsprojekte durchgeführt worden. Sie sind in mehreren Veröffentlichungen dokumentiert (z. B. Forschungsdokumentation des Kuratoriums Deutsche Altershilfe; Helen von Bila, „Gerontologie — Bestandsaufnahme zur Situation der Altersforschung in der Bundesrepublik Deutschland“; Stiftung Volkswagenwerk, „Alternsforschung“, Bericht über einen Förderungsschwerpunkt; Deutsches Zentrum für Altersfragen — seit 1979 in Zusammenarbeit mit dem Informationszentrum Sozialwissenschaften in Bonn, „Forschungsdokumentation Gerontologie“, die bis 1981 vorliegt und ab 1982 noch veröffentlicht wird u. a.). Eine Reihe solcher Forschungsprojekte ist von der Bundesregierung gefördert worden (s. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Burger, Kroll-Schlüter u. a. und der Fraktion der CDU/CSU — Drucksache 9/713 — zu Fragen 5 und 6).

Ein umfassender Überblick über den Stand der gerontologischen und geriatrischen Forschung (zur Lehre s. Antworten V.3 und 4) liegt der Bundesregierung nicht vor. Die Ergebnisse einer kurzfristigen Umfrage der Bundesregierung bei den Ländern und Fachorganisationen weisen auf eine breitgefächerte und in den letzten Jahren offenbar verstärkte gerontologische und geriatrische Forschung vorwiegend an Universitäten oder mit ihnen zusammenarbeitenden Einrichtungen hin. Als Schwerpunkte dieser Forschung ergeben sich:

- Allgemeine Prozesse des biologischen Älterwerdens und der besonders im Alter auftretenden Krankheiten.
- Zusammenhang des biologischen Alternsprozesses und der äußeren Lebensumstände älterer Menschen mit ihrer psychischen Entwicklung.
- Spezifische Wirkungen von Arzneimitteln und anderen Behandlungsmethoden bei alten Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychischer und chronischer Erkrankungen sowie des Umstandes, daß ältere Menschen nicht selten gleichzeitige Hilfe gegen mehrere Krankheiten benötigen (Multimorbidität).
- Teilweise schon in früheren Lebensabschnitten liegende Faktoren für vorzeitige Alternsprozesse und bestimmt, erst im Alter auftretende Erkrankungen sowie Möglichkeiten der Prävention und Prophylaxe (z. B. Gesundheitserziehung).
- Versorgungs- und Leistungssysteme unter dem Gesichtspunkt spezifischer Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedürfnisse älterer Menschen.
- Wirtschaftlich-ökonomische, ökologische und soziale Fragen besonders auf den Gebieten der staatlichen Leistungssysteme, der psychosozialen Versorgung und der Wohn- und Lebensbedingungen alter Menschen.

Soweit in den Antworten auf die o. g. Umfrage eine Bewertung der dargestellten Situation erfolgt, bezieht sie sich im wesentlichen auf die gerontologische und geriatrische Forschung im Bereich der

Medizin. Nach überwiegender Auffassung ist sie noch unzureichend; die jeweils dafür geltend gemachten Gründe unterscheiden sich jedoch:

- Eine Vielzahl von Fragen nach der Ursache der Erkrankung älterer Menschen und nach den Möglichkeiten der Bekämpfung dieser Krankheiten könne bei den gegenwärtig vorhandenen Möglichkeiten der medizinischen Forschung in absehbarer Zeit nicht gelöst werden. Aus Fachkreisen wird ergänzend auf eine mangelhafte personelle und finanzielle Ausstattung der gerontologischen und geriatrischen Forschung in der Medizin hingewiesen. Die Verringerung und der Wegfall erheblicher Förderungsmittel von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Stiftung Volkswagenwerk in den letzten Jahren beeinträchtigten darüber hinaus insbesondere die Grundlagenforschung des Alterns, ohne die das Niveau anderer Fachdisziplinen der Medizin nicht erreicht und die medizinische Versorgung älterer, insbesondere multimorbider Patienten nicht verbessert werden könnte.
- Die gerontologische und geriatrische Forschung in der Medizin gehe nicht ausreichend auf die soziale und gesellschaftliche Lage der älteren Menschen ein, z. B. auf die Auswirkungen der Altersfeindlichkeit auf ältere Menschen.
- Der Bedeutung der erheblich verbreiteten krankhaften psychischen Beeinträchtigung älterer Menschen werde bislang zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, insbesondere bei der großen Gruppe von älteren Patienten mit leichteren bis mittelschweren gerontopsychiatrischen Störungen, bei der die psychiatrische Diagnose derzeit meist ein wenig beachteter Nebenfund sei oder nicht bewußt gestellt werde. Es sei wünschenswert, die wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Gerontopsychiatrie zu intensivieren, um die Weiterentwicklung auch dieser Patientengruppe angemessener Versorgungskonzepte zu beschleunigen.
- Die stationäre oder ambulante Betreuung gerontopsychiatrischer Patienten erfolge nur selten in Einrichtungen, die auch Aufgaben der Forschung wahrnehmen. Es wird vorgeschlagen, die gerontopsychiatrische Forschung durch die Einrichtung gerontopsychiatrischer Abteilungen an Universitätskliniken oder durch verstärkte Anbindung psychiatrischer Kliniken an die Fakultäten auszubauen. Von anderer Seite wird angestrebt, an Universitäten spezielle geriatrische Forschungsstätten zusammen mit geriatrischen Tageskliniken zu errichten.
- Der Gerontologie fehle es an wissenschaftlichen Einrichtungen bei den Universitäten, die dieses wichtige und wachsende Gebiet in Forschung und Lehre vertreten könnten. Erst nach einer weiteren Etablierung dieser Disziplin an den Hochschulen könnten zielgerichtete und fundierte Forschungsanträge erwartet werden. Vorgeschlagen werden die Errichtung weiterer entsprechender Lehrstühle oder anderer Einrichtungen (z. B. Zentralinstitute, wissenschaftliche

Zentren) an den Universitäten oder in Kooperation mit ihnen, die sich den Zielrichtungen Ausbildung, Forschung und unmittelbare Serviceleistungen an ältere Menschen und deren medizinischen und sozialen Problemen widmeten.

Die Bundesregierung hat bereits in ihrer Antwort auf die o. g. Kleine Anfrage — Drucksache 9/713 — auf die Vorteile einer stärkeren Institutionalisierung der wissenschaftlichen Gerontologie (und Geriatrie) hingewiesen. Hierzu gehörten insbesondere ein gesicherter Personalbestand, ein gesicherter Zufluß der erforderlichen Mittel sowie die Möglichkeit zu sinnvoller Planung und Organisation für Forschung und Lehre. Voraussetzung für eine effiziente Arbeit besonderer Abteilungen, Schwerpunktbereiche und Institute sei eine Zusammenarbeit der verschiedenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen. Auch sollten Erfahrungen anderer Einrichtungen der Altersversorgung und -betreuung in die Arbeit einfließen können. Diese Auffassung sieht die Bundesregierung durch die oben dargestellte Sachlage bestätigt. Dabei ist nicht zu übersehen, daß die Entwicklung der Altersforschung regional sehr unterschiedlich ist, so daß eine einheitliche Beurteilung des Standes und der möglichen weiteren Verbesserung der gerontologischen und geriatrischen Forschung nicht möglich ist.

Zu der Forderung nach Errichtung von Lehrstühlen für Gerontologie und Geriatrie hat die Bundesregierung in Ihrer Antwort auf die o. g. Kleine Anfrage — Drucksache 9/713 — auf die überwiegende Auffassung der Länder hingewiesen, daß ein Ausbau des Lehrstuhlangebots wegen des fächerübergreifenden Charakters von Gerontologie und Geriatrie weder als sinnvoll noch als notwendig angesehen wird. Für diese Auffassung spricht vieles. Allerdings sind auch insoweit unterschiedliche regionale Entwicklungen sichtbar. So ist neben den bestehenden entsprechenden Lehrstühlen an der Universität Erlangen-Nürnberg und an der Medizinischen Hochschule in Lübeck ein neuer Lehrstuhl für Geriatrie an der Ruhr-Universität Bochum eingerichtet worden. Im Bereich der sozialen Gerontologie ist an der Gesamthochschule Kassel ein Lehrstuhl errichtet worden. Baden-Württemberg betreibt derzeit die Einrichtung einer Professur für Gerontologie im sozialwissenschaftlichen Bereich.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat in Fortführung einer früheren Lückenanalyse einen neuen Katalog wichtiger Forschungsthemen zusammengestellt. Es ist im Rahmen der zugewiesenen Haushaltsmittel bei seiner Forschungsplanung bemüht, besonders drängende, ressortbezogene Projekte bald zu vergeben. Dabei wird es seine Projekte möglichst mit geplanten Maßnahmen in den Bundesländern koordinieren.

3. Hält die Bundesregierung die gegenwärtige Situation
 - a) der Ausbildung,
 - b) der Fortbildung und
 - c) der Weiterbildung

von Fachkräften im medizinischen und sozialen Bereich für zufriedenstellend oder verbesserungsfähig, und wie hat sich nach Auffassung der Bundesregierung die personelle Situation in der Altenpflege in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

1. Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung

1.1

Zur ärztlichen Ausbildung wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Burger, Kroll-Schlüter u. a. und der Fraktion der CDU/CSU — Drucksache 9/713 —, insbesondere zu Frage 1, verwiesen. Die Bundesregierung hat darin näher ausgeführt, daß Gerontologie und Geriatrie in vielfältiger Weise Gegenstand der ärztlichen Ausbildung sind. Ergänzend zu der dort erläuterten Ausbildung nach der Approbationsordnung für Ärzte wird gegenwärtig im Rahmen der Arbeiten an einer Fünften Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte angestrebt, die Prüfungsstoffkataloge durch klarstellende Hinweise auf geriatrische und gerontologische Fragen zu ergänzen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Approbationsordnung für Ärzte nur die Unterrichtsveranstaltungen während der ärztlichen Ausbildung und den Prüfungsstoff (in Stichworten) festlegt. Die Ausgestaltung des Unterrichts ist Angelegenheit der Lehre.

Die Bundesregierung wird aber die Entwicklung im Bereich von Gerontologie/Geriatrie weiter sorgfältig beobachten und ggf. prüfen, ob und inwieweit sie Änderungen der Approbationsordnung für Ärzte erfordert.

Aus Fachkreisen wird beklagt, daß es auch in der Lehre an einer der Bedeutung des Faches angemessenen personellen und finanziellen Ausstattung im Bereich der Gerontologie und Geriatrie fehle. Inwieweit im einzelnen diese Kritik berechtigt ist, entzieht sich der Beurteilung durch die Bundesregierung. Die Ausstattung der Hochschulen fällt in die Zuständigkeit der Länder.

1.2

Nach Landesrecht besteht für jeden Arzt die Pflicht, sich fortzubilden. Die Durchführung der Fortbildung ist im wesentlichen eine Angelegenheit der Ärzteschaft selbst. Fortbildungsveranstaltungen werden auch im Hochschulbereich und anderen Bereichen angeboten.

Nach Kenntnis der Bundesregierung besteht ein vielfältiges Fortbildungsangebot auf dem Gebiet der Gerontologie/Geriatrie, von dem auch Gebrauch gemacht wird. Das Fortbildungsangebot besteht nicht nur in einer Reihe von Veranstaltungen, die speziell oder im Zusammenhang mit anderen medizinischen Fachgebieten Fragen der Gerontologie und Geriatrie behandeln, sondern auch in zahlreichen entsprechenden Abhandlungen in den ärztlichen Zeitschriften. Besondere Berücksichtigung finden zunehmend Probleme des im Alter veränderten Stoffwechsels und seine Konsequenzen für die

Therapie alter Menschen sowie psychische Probleme alter Menschen.

1.3

Die ärztliche Weiterbildung fällt in die Regelungskompetenz der Länder und der Landesärztekammern.

Einen speziellen Weiterbildungsgang für Gerontologie/Geriatrie gibt es nicht; er wird nach Kenntnis der Bundesregierung auch nicht geplant. In den vorhandenen Weiterbildungsgängen werden Kenntnisse der Gerontologie/Geriatrie — freilich in unterschiedlichem Maße — vermittelt (s. dazu die o.g. Antwort der Bundesregierung — Drucksache 9/713).

Das Gebiet „Allgemeinmedizin“ umfaßt nach den Weiterbildungsordnungen für Ärzte ausdrücklich die „ärztliche Betreuung chronisch kranker und alter Menschen“.

2. Aus-, Fort- und Weiterbildung nichtärztlicher Berufe

2.1 Soziale Berufe

Die Bundesregierung ist für die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften im Bereich der Altenpflege — Altenpfleger, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen — gar nicht, für die Fortbildung nur hinsichtlich der Förderung bundeszentraler Fortbildungsträger zuständig. Dennoch kann aufgrund vorliegender Informationen generell gesagt werden, daß Aus-, Fort- und Weiterbildung von Fachkräften der Altenpflege verbesserungsfähig sind.

Fachkräfte im sozialen Bereich der Altenpflege sind Altenpfleger, auf der mittleren Leitungsebene auch Sozialarbeiter bzw. auch Sozialpädagogen. Zum Teil übernehmen auch Familienpfleger und Dorfhelfer Aufgaben in der ambulanten Altenpflege.

a) Ausbildung

Sozialarbeiter und Sozialpädagogen werden an Fachhochschulen in einem dreijährigen Studium und einem anschließenden einjährigen Praktikum oder einem vierjährigen Studium, in das ein einjähriges Praktikum integriert ist, ausgebildet. Die Ausbildungsdauer beträgt also generell vier Jahre.

Die Studienreformkommission „Pädagogik, Sozialpädagogik, Sozialarbeit“ der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder hat kürzlich Empfehlungen für eine Reform der Ausbildung der Sozialarbeiter/Sozialpädagogen vorgelegt. Ihr Ziel ist es im besonderen, das Theorie-Praxis-Verhältnis zu verbessern. Nach Abschluß der Diskussionen in der Fachöffentlichkeit und Einbeziehung der Ergebnisse in die Gesetzgebungsverfahren der Länder wird von einer zufriedenstellenden Regelung der Ausbildung auszugehen sein.

Ausbildung und staatliche Anerkennung der Altenpfleger und Altenpflegerinnen sind durch Verordnungen und Erlasse der Bundesländer geregelt. Diese sehen gegenwärtig stark abweichende Ausbildungsinhalte (Theorie-Praxis-Verhältnis), Ausbildungsdauer und zum Teil auch unterschiedliche Zulassungsvoraussetzungen vor. Die Bundesländer sind, einer Anregung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit gegenüber dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge folgend, bemüht, durch eine Rahmenvereinbarung der Arbeits- und Sozialminister und der Kultusminister Mindeststandards für die Ausbildung und staatliche Anerkennung bundeseinheitlich festzulegen. Insbesondere soll eine weitere Verbesserung des Theorieanteils (u. a. Sozialpädagogik und Gerontologie) und eine Mindeststeuer der Ausbildung von zwei Jahren bundeseinheitlich festgeschrieben werden (siehe auch Antwort VII.11). Dann wird auch die bisher unzureichende öffentliche Anerkennung des Altenpflegerberufes weiter verbessert werden können.

Im Januar 1984 gab es 158 Fachseminare für Altenpflege (z. B. Altenpflegeschulen) mit schätzungsweise 4 000 Absolventen pro Jahr. Diese Ausbildungskapazität kann — von regionalen Unterschieden abgesehen — auch im Hinblick auf die Bedarfszunahme mittelfristig als ausreichend angesehen werden.

b) Fortbildung

Fortbildung in den sozialen Berufen ist erforderlich, um die soziale Arbeit den sich ständig wandelnden gesellschaftlichen und sozialen Erfordernissen anzupassen und damit den Einsatz der sozialen Fachkräfte effektiver zu gestalten. Dennoch läßt sich beobachten, daß die finanziellen Rahmenbedingungen — z. B. durch kommunale Haushalte und Pflegesätze — viele Träger der sozialen Arbeit veranlassen, Fortbildungsanträge nur zögernd zu genehmigen, da Personalreserven kaum vorhanden sind. Dies gilt auch für die Altenpflege. Über die Zahl der Fortbildungseinrichtungen der Altenpflege liegen keine umfassenden Erkenntnisse vor. Jedoch gibt es Anzeichen dafür, daß das Fortbildungsangebot noch etwas zu gering ist und nicht immer genügend Fachkräfte für die Fortbildung vorhanden sind. Die Ursache hierfür ist auch in der erst jungen Geschichte des Berufes des Altenpflegers zu suchen.

Fortbildung findet auf lokaler, regionaler und bundeszentraler Ebene statt. Die Bundesregierung fördert die Fortbildung in den sozialen Berufen durch bundeszentrale Träger mit jährlich (1984) rund 2 800 000 DM sowie durch Fehlbedarfsfinanzierung des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge und des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, beide in Frankfurt am Main.

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge z. B. wird 1985 eine Jahrestagung über Fortbildung in der Altenarbeit durchführen, wie er auch schon 1984 einen Lehrgang zum gleichen Thema veranstaltete. Ferner ist die Bundesregierung bemüht, den Aufbau bundeszentraler Fortbil-

dungseinrichtungen freigemeinnütziger Träger für die Altenarbeit durch Zuschüsse zu ermöglichen.

c) Weiterbildung

Auch die Weiterbildung in der Altenarbeit ist noch im Aufbau begriffen. Insbesondere kommunale und freigemeinnützige Träger bieten zunehmend mehr Weiterbildungsprogramme für Hilfskräfte in der Altenarbeit an, die sich zu Altenpflegern qualifizieren wollen.

Ein Weiterbildungsbedarf besteht auch für Sozialarbeiter, die im Rahmen der Gemeinwesenarbeit für die ambulante Betreuung alter Menschen verantwortlich sind. Hier sind auf regionaler Ebene Bestrebungen im Gange, soziale Gerontologie als Aufbaustudiengang oder als Weiterbildungsprogramm anzubieten.

Die personelle Situation in der Altenpflege ist immer noch durch Personalknappheit, eine zu geringe Zahl von ausgebildeten Altenpflegern und eine relativ hohe Fluktuation gekennzeichnet.

Bei öffentlichen, freigemeinnützigen und privaten Trägern von Einrichtungen der Altenarbeit werden immer noch unterschiedliche Personalschlüssel angewandt. Die Finanzausstattung läßt den Kostenträgern im sozialen Bereich oft nicht genügend Handlungsspielraum für eine optimale pflegerische Versorgung.

In den Einrichtungen der Altenpflege sind überwiegend Hilfskräfte tätig. Der Anteil ausgebildeter Altenpfleger erreicht bei bestimmten Trägergruppen und in einigen Bundesländern 30 bis 35 v. H., liegt sonst aber oft weit darunter.

Die Zahl der ausgebildeten Altenpfleger nimmt jedoch zu. Seit 1969 sind etwa 18 000 ausgebildet worden. Von den jährlich etwa 4 000 Absolventen der Altenpflegeschulen ersetzen etwa 2 500 ausscheidende Kräfte, und etwa 1 500 werden zusätzlich eingestellt. 1983 waren etwa 10 500 staatlich anerkannte Altenpfleger und Altenpflegerinnen in der Bundesrepublik Deutschland tätig, davon etwa 90 v. H. in Einrichtungen der stationären Altenpflege. Erfreulich ist die zunehmende Beschäftigung von Altenpflegern in Sozialstationen. 1983 waren etwa 900 Altenpfleger in Sozialstationen neben Krankenpflegern und -schwestern, Familienpflegern und Dorfhelfern tätig. In Nordrhein-Westfalen z. B. stieg die Zahl der Altenpfleger in Sozialstationen von ca. 350 im Jahre 1982 auf ca. 500 im Jahre 1984 an. Wie in anderen vorwiegend von weiblichen Arbeitskräften besetzten Tätigkeitsbereichen ist die Fluktuation relativ hoch. Das gilt vor allem für Pflegehilfskräfte. Mit zunehmender Zahl der ausgebildeten Kräfte dürfte sich diese Entwicklung etwas beruhigen.

In der Vergangenheit stellte sich in der Praxis oft die Frage, ob die Tätigkeit des Altenpflegers als abrechnungsfähige Leistung im Sinne des § 185 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung, der den Anspruch auf häusliche Krankenpflege sichert, gewertet werden kann. Durch Artikel 2 Nr. 2

des Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetzes vom 22. Dezember 1981 wurden in den Wortlaut des § 185 Abs. 1 RVO „andere zur Krankenpflege geeignete Personen“ einbezogen. In der Begründung des Regierungsentwurfs (Drucksache 9/750, Seite 27) wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß hierunter vor allem Haus-, Familien- und Altenpfleger zu verstehen sind. Seit dem 1. Juli 1982, dem Inkrafttreten der o. g. Änderung, besteht daher nach Auffassung der Bundesregierung kein Grund mehr, die Abrechnung von Leistungen von Altenpflegern unter Hinweis darauf, daß sie keine Krankenpflegepersonen seien, zu verweigern. Damit könne auch die Ablehnung der Einstellung von Altenpflegern und Schwierigkeiten in deren selbständiger Tätigkeit nicht mehr unter Hinweis auf § 185 Abs. 1 RVO begründet werden.

2.2 Heilhilfsberufe

Die Ausbildungen der nichtärztlichen Heilberufe, insbesondere der Krankenschwestern und Krankenpfleger, der Krankenpflegehelferinnen und -helfer, der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, der Diätassistenten und der Krankengymnasten berücksichtigen die Alterskrankheiten und die besonderen Bedürfnisse der älteren Menschen (s. auch Antwort V. 4).

Zur Fortbildung werden von verschiedenen Trägern Kurse und Seminare angeboten, die auch auf altersbedingte Krankheiten eingehen und die sich daraus ergebenden Anforderungen an die jeweilige Berufsgruppe besonders herausarbeiten. Nach Mitteilung der Länder ist die derzeitige Situation in diesem Bereich zufriedenstellend.

Eine spezielle Weiterbildung für die genannten Berufe gibt es in bezug auf die Pflege und Betreuung älterer Menschen nicht. Im Rahmen der Weiterbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern zu Fachkrankenschwestern und Fachkrankenpflegern in der Psychiatrie kommt der Gerontopsychiatrie besonderes Gewicht zu.

4. In welchem Umfang werden interdisziplinäre Forschungsergebnisse zur Problematik des Alterns und des Alters in der medizinischen Aus- und Fortbildung berücksichtigt?

Welche Möglichkeiten sieht sie insbesondere bei der Medizinerausbildung aber auch der Berufe der Krankenpflege, die Bedürfnisse älterer Menschen besonders zu berücksichtigen?

Die Bundesregierung hält es für wichtig, daß interdisziplinäre Forschungsergebnisse zur Problematik des Alterns und des Alters wie auch die Bedürfnisse älterer Menschen in der ärztlichen Aus- und Fortbildung berücksichtigt werden.

Die Approbationsordnung für Ärzte schreibt eine Reihe von Unterrichtsveranstaltungen in Fachgebieten vor, die im Hinblick auf ältere Menschen von Bedeutung sind, und geht von einem interdisziplinären Ansatz aller medizinischen Fächer aus. Dieser interdisziplinäre Ansatz hat für die Gerontologie und Geriatrie besonderes Gewicht. Schon in der

obengenannten Antwort der Bundesregierung (Drucksache 9/713) wird der fächerübergreifende Charakter von Gerontologie und Geriatrie hervorgehoben und auf bereits bestehende Einrichtungen hingewiesen, in denen auf diesen Gebieten eine Zusammenarbeit der verschiedenen wissenschaftlichen Fachdisziplinen erfolgt. Aufgrund der Einheit von Forschung und Lehre an den wissenschaftlichen Hochschulen kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, daß Forschungsergebnisse in die Ausbildung einfließen.

Der Bundesregierung ist nicht im einzelnen bekannt, in welchem Umfang interdisziplinäre Forschungsergebnisse und die Bedürfnisse älterer Menschen in der Ausbildungspraxis berücksichtigt werden. Es gibt aber eine Reihe von Hinweisen und Beispielen, die erkennen lassen, daß diesen Fragen zunehmend Gewicht beigemessen wird. So bietet z. B. das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, das u. a. über eine Psychiatrische Klinik und eine Altentagesklinik verfügt sowie mit örtlichen sozialen Einrichtungen für ältere Menschen zusammenarbeitet und Forschungen z. B. zur Klärung der Auswirkungen der äußeren Lebensumstände älterer Menschen auf ihre seelische und geistige Gesundheit durchführt, für Medizinstudenten Lehrveranstaltungen über gerontologische und geriatrische Fragen an und gibt ihnen auch Gelegenheit, die Probleme der Krankheiten alter Menschen in der Praxis kennenzulernen. Ähnliche Strukturen sind auch anderenorts geschaffen worden, in Vorbereitung oder in der Überlegung.

Die Bundesregierung begrüßt diese Entwicklung. Sie vertritt nach wie vor die Auffassung (s. Antwort 3 zu der o. g. Kleinen Anfrage — Drucksache 9/713), daß die Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen Voraussetzung für eine effiziente Arbeit (Forschung und Lehre) besonderer Abteilungen, Schwerpunktbereiche und Institute für Gerontologie und Geriatrie ist.

Es ist davon auszugehen, daß in dem vielfältigen Fortbildungsangebot auf den Gebieten der Gerontologie und Geriatrie (s. Antwort V.3) Ergebnisse der interdisziplinären Forschung berücksichtigt werden. Bereits im Oktober 1977 hat das Zweite interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“, dessen Zielgruppe die im Bereich der ärztlichen Fortbildung Tätigen waren, die Geriatrie als Blockthema ausführlich behandelt; die Materialien des Forums wurden veröffentlicht. Davon ausgehend haben sich interdisziplinäre Fragen der Gerontologie/Geriatrie in den folgenden Jahren zu einem Schwerpunktthema der ärztlichen Fortbildung entwickelt.

Dem Bundesrat liegt die vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit zu erlassende Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege vor (Drucksache 188/83). Der Fächerkatalog für den theoretischen und praktischen Unterricht in der Krankenpflege berücksichtigt die besonderen Bedürfnisse älterer Menschen insbesondere im Fach „Krankenpflege“ (Umgang

mit Patienten unter Berücksichtigung ihrer physischen und psycho-sozialen Bedürfnisse).

Die Alterskrankheiten sind im Fach „Allgemeine und spezielle Krankheitslehre“ (Alterskrankheiten) verankert und die Pflege älterer Menschen wird ebenfalls im Fach „Krankenpflege“ (Pflege alter Menschen) besonders erwähnt.

Die praktische Ausbildung in der Krankenpflege erstreckt sich unter anderem auf „Allgemeine Medizin und medizinische Fachgebiete einschließlich Pflege alter Menschen und Alterskrankheiten“. Damit ist sichergestellt, daß auch die Ausbildung in der Krankenpflege die Situation und die Bedürfnisse älterer Menschen angemessen berücksichtigt.

Der Bundesrat hat die abschließende Beratung der Verordnung bis zur Verabschiedung eines neuen Krankenpflegegesetzes (s. Drucksachen 10/1062 und 10/1063) zurückgestellt.

5. Inwiefern trägt die Berufsausbildung junger Menschen heute schon den zu erwartenden Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung Rechnung?

Die Bundesregierung beobachtet seit Jahren ein zunehmendes soziales Engagement junger Menschen, das sich auch in einem Andrang zu Ausbildungen in sozialen Berufen äußert. Heute werden weit mehr Sozialarbeiter ausgebildet als nach derzeitiger Einschätzung später im Beruf gebraucht werden.

Auch bei den Altenpflegern übersteigt die Zahl der Bewerber die Kapazitäten der Altenpflegeschulen und sonstiger Ausbildungsstellen. Hier wird die jährliche Absolventenzahl von etwa 4 000 auch im Hinblick auf die wachsende Zahl betagter und hochbetagter Mitbürger für ausreichend angesehen. Es ist auch bekannt, daß die Bewerbungen für die Ausbildung zum Krankenpfleger die Ausbildungskapazität um ein Vielfaches übersteigen.

Da in den Einrichtungen der Altenhilfe das Zahlenverhältnis von Fachkräften zu angelernten Kräften ungünstig ist (s. dazu auch Antwort auf Frage V.3) und zukünftig mit einer veränderten Erwartungshaltung der Heimbewohner (s. Antwort zu Frage VIII.3) sowie einer erschwerten Arbeit in Einrichtungen der Altenhilfe (insbesondere in Altenheimen/Altenpflegeheimen) zu rechnen sein wird, müssen diese Aspekte bei der Ausbildung junger Menschen für Arbeiten in der Altenhilfe besonders berücksichtigt werden.

6. Welche Aufgaben haben das „Deutsche Zentrum für Altersfragen“ und das „Deutsche Jugendinstitut“?

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen e. V. hat nach seiner Satzung den Zweck, Erkenntnisse über die Lebenslage alternder und alter Menschen zu sammeln, zu erweitern, auszuwerten, aufzubereiten und zu verbreiten. Die gewonnenen Erkenntnisse und verfügbaren Unterlagen stellt das Institut „in-

teressierten Personen und Körperschaften zur Verfügung, insbesondere den Dienststellen des Bundes, der Länder sowie den Trägern öffentlicher und privater Sozialhilfe“.

Es trägt damit dazu bei, die Grundlagen für die Vorbereitung und Durchführung praktischer und politischer Entscheidungen mit alten Menschen und für alte Menschen zu verbessern.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat die Rechtsform des eingetragenen Vereins. Die Mitglieder des Vereins setzen sich aus Vertretern der Zuwendungsgeber (Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit und Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, Berlin) sowie aus Vertretern der Gerontologie zusammen. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen wird zu 70 v. H. aus Bundesmitteln und zu 30 v. H. aus Landesmitteln finanziert. Es verfügt über insgesamt 18 Planstellen, davon acht für wissenschaftliche Mitarbeiter.

Zur Erfüllung seines Satzungsauftrages unterhält das Deutsche Zentrum für Altersfragen eine auf die Gebiete der sozialen Gerontologie und der Altenarbeit/Altenhilfe ausgerichtete Dokumentationsstelle, deren Arbeit auf der verfügbaren Spezialbibliothek und Materialsammlung beruht. Es betreibt anwendungsbezogene Forschung auf Gebieten, die für die praktische Altenarbeit/Altenhilfe und für die Sozialpolitik für ältere Menschen von Bedeutung sind. Zu den übergreifenden Aufgaben aller wissenschaftlichen Mitarbeiter zählt die Beratung und Information sowie die Mitarbeit in relevanten Gremien. Neben Tagungen verschiedenster Art sind die Publikationen des Instituts wichtige Hilfsmittel in der Erfüllung des Satzungsauftrages. Die im Institut verfügbaren Wissensbestände und Erkenntnisse stehen den Zuwendungsgebern zur Verfügung und werden entsprechend den Ressortaufgaben genutzt.

Das Deutsche Jugendinstitut hat nach seiner Satzung den Zweck, Erkenntnisse über die Situation junger Menschen, Ergebnisse im Bereich der Jugend- und Familienforschung sowie der Sozial- und Bildungsforschung, soweit diese für die Sozialisation von Kindern und Jugendlichen relevant sind, zu sammeln, zu erweitern und zu verbreiten.

Im Rahmen dieser Aufgabenstellung wirkt es bei der Feststellung der Berichte der Bundesregierung über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe gemäß § 25 Abs. 2 des Jugendwohlfahrtsgesetzes sowie bei der Erstellung der Berichte der Bundesregierung über die Lage der Familien in der Bundesrepublik Deutschland mit. Es soll den Forschungsbedürfnissen der Bundesregierung sowie dem ständig zunehmenden Bedarf an wissenschaftlichen Orientierungshilfen für die Regierungsarbeit gerecht werden.

Das Deutsche Jugendinstitut hat derzeit 140 Mitarbeiter.

VI. Einbeziehung der älteren Menschen in unsere Gesellschaft

1. Welche Schwerpunkte setzt die Bundesregierung, um der möglichen Vereinsamung älterer Mitbürger entgegenzuwirken?

Welchen Stellenwert räumt die Bundesregierung dabei privaten Initiativen ein?

Bei dem Problem der Vereinsamung muß deutlich zwischen dem subjektiven Gefühl der Einsamkeit und dem objektiven Faktor der Isolation unterschieden werden. Das subjektive Gefühl der Einsamkeit entwickelt sich zumeist infolge langwährender Prozesse, die unter individuellen Verhältnissen ablaufen. Die Fähigkeit oder Unfähigkeit, Kontakte zu schließen, ist ein Verhalten, das in der Lebensgeschichte der Menschen meist früh entwickelt wird. Die Möglichkeiten, allgemeine öffentliche Maßnahmen gegen die Einsamkeit alter Menschen anzusetzen, sind deshalb sehr begrenzt. Die Bundesregierung kann hier, wie bisher, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit, der Erprobung neuer Wege, bei den Freizeitangeboten — für die in mehreren Antworten konkrete Beispiele gebracht wurden —, tätig werden. Im übrigen müssen die Leistungsträger entscheiden, ob und welche gezielten örtlichen Maßnahmen erforderlich sind.

Geeignete Hilfen können sein:

- Beratung — erforderlichenfalls aufsuchende Beratung sowie sozialpsychiatrische Beratungsdienste —,
- Erleichterung der Zugangsmöglichkeiten im kulturellen, politischen und gesellschaftlichen Bereich, bei Sport und Spiel für Ältere, zu Gesprächskreisen mit kleinen Gruppen, zu Altenklub/Bürgerhäusern mit angemessenem Angebot und Aktivitätsmöglichkeiten,
- Versuche mit Patenschaften, insbesondere für Heimbewohner sowie für behinderte und pflegebedürftige alte Menschen.

Als wirksam haben sich auch Erholungsmaßnahmen — einschließlich regelmäßiger Ausflugsfahrten, Wochenendveranstaltungen in Stadtnähe — sowie die Überlassung von Schrebergärten und ähnliches erwiesen.

Eine enge und regelmäßige Zusammenarbeit erscheint dabei mit Personen, Institutionen und Einrichtungen erforderlich, die in besonderem Maße unmittelbar mit Einsamen Kontakt haben (z. B. Ärzte, Geistliche, Krankenhausfürsorge, Gesundheitsämter, Besuchsdienste von Selbsthilfegruppen, Sozialarbeiter, Wohlfahrtsverbände u. a.), damit Einsame an die bestehenden Möglichkeiten zu Gemeinsamkeiten, über die sie trotz Veröffentlichungen nur selten umsetzbare Informationen besitzen, herangeführt werden können.

Auch hier gilt der Grundsatz, daß es besser ist, durch gute Beispiele Zeichen zu setzen, als über schlechte Beispiele zu klagen. Die Bundesregierung wird die Senioren ermuntern, sich aktiv im Bereich der Nächsten- und Selbsthilfe zu engagieren. Wie groß die Bereitschaft dazu schon ist und wie stark

Engagement und Kreativität sich zeigen, hat die im Sommer 1984 abgeschlossene Aktion „Reden ist Silber — Helfen ist Gold“ gezeigt, bei der sehr viele soziale Initiativen älterer Mitbürgerinnen und Mitbürger mitgeteilt wurden.

Den privaten Initiativen mißt die Bundesregierung große Bedeutung bei. Sie erreichen vereinsamte Mitbürger eher, wissen auch häufig früher und umfassender etwas über Symptome der Einsamkeit bei bestimmten alten Menschen. Sie können deshalb rechtzeitig durch ihre Mitglieder Hilfe leisten oder vermitteln. Oft wird Einsamen andererseits ein erster Kontakt zu privaten Initiativen leichter möglich sein. Ohne Anteilnahme einer breiten Öffentlichkeit dürfte es kaum möglich sein, die — wenn auch geringe — Zahl der zur Selbstisolierung neigenden Einsamen aufzuspüren und zur Teilnahme an gemeinsamen Veranstaltungen zu bewegen. Der Ausbau von Nachbarschaftshilfe, auch im Zusammenhang mit Notrufsystemen, ist ein weiterer Ansatz zu solchen privaten Initiativen.

2. Welchen Stellenwert haben Bildungsangebote für ältere Menschen?

Bildungsangebote für alte Menschen zielen unter anderem ab auf

- Erhaltung der geistigen Leistungsfähigkeit im Alter,
- Verständnis für sozialen Wandel,
- Wecken, Erhalten und Ausweiten von Interessen,
- Stärkung der Fähigkeit zur Bewältigung von Schwierigkeiten.

Bildungsangebote für alte Menschen bieten diesen die Chance, Zukunftsperspektiven zu festigen oder neue zu gewinnen und damit ihr Alter sinnvoll zu gestalten. Sie schaffen Möglichkeiten für soziale Kontakte und für aktive Betätigungen. Darüber hinaus haben ältere Menschen auch im Rahmen von Bildungsveranstaltungen oft ein besonderes Interesse daran, ihre Lebenssituation mit der anderer Altersgenossen zu vergleichen, Erfahrungen auszutauschen, Probleme zur Sprache zu bringen oder etwas Neues zu erarbeiten.

Die Statistik des Deutschen Volkshochschulverbandes für das Jahr 1983 weist aus, daß 13,8 v. H. der Teilnehmer über 50 Jahre alt waren (1972 waren es 11 v. H.). Überdurchschnittlich war diese Altersgruppe in den Bereichen Literatur und Kunst (31 v. H.), Politik (23 v. H.), Gesundheit (15,3 v. H.) vertreten, unterdurchschnittlich im kaufmännischen Bereich (1,4 v. H.) und im mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich (9,7 v. H.), durchschnittlich bei Sprachen und Hauswirtschaft. Etwa die Hälfte aller Teilnehmer an nicht inhaltlich ausgewiesenen Veranstaltungen waren über 50 Jahre.

Ein besonderes Problem der Altenbildung besteht darin, bisher bildungsgewohnte Bevölkerungsgruppen einzubeziehen. Das Modellprogramm „Weiterbildung älterer Menschen“, das das Bundes-

ministerium für Bildung und Wissenschaft finanzierte, erprobte neue Formen der Bildungsarbeit mit dieser Personengruppe in fünf Städten der Bundesrepublik Deutschland. „Bildungsarbeit“ wurde in diesem Projekt als Hilfe zur Entfaltung, zur Kontaktaufnahme, zur Artikulation der eigenen Interessen und zur Verfolgung dieser Interessen verstanden. Der durch das Deutsche Zentrum für Altersfragen 1981 vorgelegte Endbericht (Band 37 der Schriftenreihe „Bildungsplanung“ des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft) verdeutlicht die Vorbedingungen des erzielten Erfolges dieser Arbeit mit Animatoren. Die angestrebte Umsetzung in die praktische Bildungsarbeit mit älteren Menschen ist bisher weitgehend an den damit verbundenen Kosten gescheitert. Allerdings sind auf örtlicher Ebene neue Formen der stadtteilbezogenen Kulturarbeit und Modelle im Freizeitbereich entwickelt worden, die mit den Projektergebnissen in Einklang stehen und die auch den Erfolg dieses Bildungsansatzes nachweisen.

Die Verkürzung der Lebensarbeitszeit wird mit hoher Wahrscheinlichkeit auch die bisherige Altenbildung beeinflussen. Deshalb sind neue Formen der Angebote im Hinblick auf Dauer und Gesamtsituation der nachberuflichen Lebensphase zu entwickeln. Es gibt Anzeichen dafür, daß nicht eine beliebige Allgemeinbildung, sondern Bildung in Verbindung mit sozialpolitischen Aufgabenstellungen einen neuen Stellenwert bekommen könnte. Ein derartiges Bildungsbedürfnis älterer Menschen wird nicht durch ein bloßes Konsumangebot erfüllt werden können. Die Mitwirkung der Teilnehmer bei der Planung und Durchführung von Veranstaltungen dürfte dabei erforderlich werden und mit dazu beitragen, das Selbstbewußtsein und das Selbstwertgefühl der Teilnehmer zu stärken.

Die Entwicklungen im Bereich der Altenbildung sind noch sehr im Fluß. Unter diesem Vorbehalt lassen sich derzeit drei Tendenzen erkennen:

- Bildungsangebote für ältere Menschen werden nicht nur ein Konsumangebot zur Vermittlung von Kulturgütern und zur Verschönerung des Ruhestandes darstellen. Sie sollen auch Möglichkeiten einer bewußten Lebensplanung für das Alter anbieten, zu seiner Strukturierung und damit Wege zur besseren Daseinsbewältigung im Alter aufzeigen und einüben. Der Vorbereitung auf das Alter wird dabei eine zunehmende Bedeutung beigemessen.
- Es ist davon auszugehen, daß bei älteren Menschen, die in der Nachkriegszeit keine oder nur geringe Bildungsangebote wahrnehmen konnten aber in ihrem beruflichen Leben an Weiterbildungsmaßnahmen gewöhnt sind, ein verstärkter Nachholbedarf im Sinne eines Bildungsdefizits besteht. Dabei dürften Wünsche zur Selbstfindung, Identitätsentfaltung und Rollenwechsel nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vorhanden sein. Es ist davon auszugehen, daß solche Altersgruppen Bildung umzusetzen wünschen für die Familie, für soziale Gruppen, für Möglichkeiten gesellschaftlicher

Partizipation, für die Mitarbeit bei neuen Formen produktiver Kultur und im Bereich „Gesundheitslernen“ und „soziale Rehabilitation“.

- Im Verbund der verschiedenen Weiterbildungsträger gewinnen wissenschaftliche Weiterbildungsangebote der Hochschulen an Bedeutung. Ergebnisse des Modellversuches „Seniorenstudium“ an der Universität Dortmund zeigen, daß sich die Motivation zu einem weiterbildenden Studium zum einen aus dem Wunsch nach einer Qualifikation für neue ehrenamtliche und nachberufliche Tätigkeiten sowie nach neuer Sinnfindung ergibt, daß zum anderen aber ein Nachholbedarf — gerade bei den 75 v. H. Nichtabiturienten dieses Modellversuches — empfunden wird und teilweise sogar die Motivation zur Selbsttherapie durch Lernen besteht.

3. Welche Ergebnisse liegen der Bundesregierung vor über die Tätigkeit von Einrichtungen, die Kurse zur Vorbereitung auf das Altern anbieten, welche Erfahrungen wurden mit derartigen Kursen gemacht, und in welchem Umfang wurden hierzu Langzeitstudien mit welchen Ergebnissen durchgeführt?

Altern in unserer Zeit ist in vieler Hinsicht etwas anderes als alt werden in früheren Zeiten. Es gibt viele Hinweise, daß körperliches und seelisches Wohlbefinden im Alter einer langen — häufig lebenslangen — Vorbereitung bedarf. Aktive, selbstständige Lebensgestaltung wird selten erst im Ruhestand erlernt. Eine gezielte rechtzeitige Vorbereitung auf die Zeit ohne Berufstätigkeit hat im Hinblick auf die individuelle Lebenserfahrung und die persönliche Situation für Mann und Frau besondere Bedeutung.

Vorbereitung auf das Alter umfaßt drei Schwerpunkte:

- Einleitung einer Auseinandersetzung mit der eigenen Situation,
- Entfaltung eines gesellschaftlichen Bewußtseins von den Alterungsprozessen,
- Ausbau spezieller und konkreter Lebenshilfen unter Einschluß von Selbstbeteiligung und Selbstorganisationen.

Sie alle dienen dem Ziel, statt eines Rollenverlustes einen Rollenwechsel zu erleichtern oder zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Antwort zu Frage VI.2 hingewiesen.

Angebote zur Vorbereitung auf das Alter werden in der Bundesrepublik Deutschland in großer Zahl hauptsächlich von Einrichtungen der Erwachsenenbildung gemacht wie Volkshochschulen, Heimvolkshochschulen, Bildungswerke der verschiedenen Verbände und Interessengruppen, z. T. auch schon von Einrichtungen der politischen Bildung. Traditionsgemäß sind auch die Kirchen und Wohlfahrtsverbände dabei sehr engagiert. Eine Sonderstellung nehmen noch die betrieblichen Maßnahmen der Vorbereitung auf den Ruhestand ein. Sie beschränken sich bisher weitgehend auf die Großbetriebe

und werden kaum von Mittel- und Kleinbetrieben angeboten. Vereinzelt werden Kurse auch von öffentlichen Verwaltungen für ihre Mitarbeiter durchgeführt.

In Ansätzen ist eine Kooperation von Altersselbsthilfegruppen mit Bildungseinrichtungen zu beobachten. Der Kreis der Träger von Angeboten hat sich insgesamt in den letzten Jahren erheblich ausgeweitet, und das Angebot ist vielgestaltig geworden. Die Veranstaltungsformen variieren zwischen einem Kurssystem, Einzelveranstaltungen (z. B. Vorträge), mehrtägigen Seminaren, Bildungsurlaubsveranstaltungen und institutionalisierten Treffen. Um den Kreis der Teilnehmer auszuweiten und Hindernisse für die Teilnahme abzubauen, werden derartige Angebote teilweise auch mit geselligen Veranstaltungen verbunden. Dabei wird versucht, informelle Kontakte zu fördern, den Gruppenzusammenhalt zu stärken und bei bisher Uninteressierten Aufgeschlossenheit zu erreichen. Pädagogische Mitarbeiter für eine langfristige Arbeit an bestimmten Zielgruppen werden bisher nur selten beobachtet. Auch hinsichtlich der didaktischen Durchführung, der Länge und der Örtlichkeit bestehen Unterschiede.

Das Angebot erfaßt nahezu alle Bereiche zur Vorbereitung auf das Alter.

Die deutlich werdende Hinwendung zu Alltagsfragen der Teilnehmer vermag zu einer Entwicklung zu führen, die das Realitätsverhältnis beharrlich verbessert. Finanzielle Restriktionen, die im Bildungsbereich auch die Altenbildung betreffen, können die angelaufenen Initiativen allerdings beeinträchtigen.

Trotz der erfreulichen Vielfalt an Trägern und Angeboten ist die Vorbereitung auf die Zeit ohne Berufstätigkeit vor allen Dingen bei lernungeübten Menschen noch unzureichend. Es ist noch nicht selbstverständlich, daß die Formel vom „lebenslangen Lernen“ auch das höhere und hohe Erwachsenenalter mit einschließt. Angehörige mittlerer und höherer sozialer Schichten finden leichter als andere Zugang zu den Angeboten.

Teilnahme an Vorbereitungsveranstaltungen erfordert eine entsprechende Einstellung sowie Information. In Berlin wurde deshalb mit Förderung des Bundes das Projekt „Senioren-Briefe“ durchgeführt. Allen Angehörigen zweier Jahrgänge der Berliner Bevölkerung (60- und 70jährige) sind über einen Zeitraum von jeweils drei Jahre hinweg 18 Hefte zu verschiedenen Themen zugeschickt worden, die eine Vorbereitung auf das Alter bzw. eine Bewältigung des Alters erleichtern sollten. Zugleich wurde dem Empfänger die Möglichkeit geboten, in Gesprächskreisen, die auf Bezirksebene organisiert wurden, mit acht bis zwölf Teilnehmern zusammenzukommen. Die Ergebnisse dieses Versuches sind veröffentlicht*).

*) Fisseni/Schmitz-Scherzer — Wirkung der „Berliner Senioren-Briefe“, Herausgeber: Senator für Gesundheit, Soziales und Familie, Berlin

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat im Rahmen seiner Modellförderung das Altenbildungswerk Haard, Oer-Erkenschwick, gefördert. Es arbeitet seit 1980. Seit 1984 läuft die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Arbeit. Das Endergebnis wird Mitte 1985 erwartet. Wegen des Zwischenergebnisses wird auf die Antworten zu den Fragen VII.3 und VII.8 verwiesen. Nach Kenntnis der Bundesregierung wurden Langzeitstudien über die Vorbereitung auf das Alter bisher nicht durchgeführt.

4. In welchem Umfang ist nach Auffassung der Bundesregierung ein entsprechendes Freizeitangebot von

- Kultur,
- Spiel und Sport,
- Begegnungsstätten

geeignet, die Anpassungsfähigkeit der älteren Menschen an veränderte Lebensumstände im Alter zu fördern?

Die genannten Freizeittätigkeiten älterer Menschen knüpfen überwiegend an Gewohnheiten, Vorstellungen und Wünsche im bisherigen Lebensverlauf an. Sie sind daher geeignet, die Kontinuität der Lebensführung und damit die Anpassungsprozesse an die neue Lebenssituation zu fördern. Die verschiedenen Möglichkeiten sprechen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen unter den alten Menschen an. Wegen der Teilnahme an Bildungsveranstaltungen wird auf die Antwort zu Frage VI.2 verwiesen.

Kulturelle Veranstaltungen verbessern soziale Kontakte und Kommunikationschancen und sind geeignet, Mobilität, geistige Regsamkeit und Kreativität der älteren Bürger zu erhalten und auch Erfahrungen und Wissen an nachfolgende Generationen weiterzugeben, bieten aber auch die Möglichkeit, sich über neue Ideen, Vorstellungen und Fertigkeiten der Jüngeren zu informieren. Beides sind Chancen, das Verständnis der Generationen und deren Integration zu verbessern.

Spiel und Sport für ältere Menschen bieten große Chancen, soziale Kontakte zu knüpfen und zu vertiefen. Sie sind geeignet, Gesundheit und Beweglichkeit zu erhalten und — in begrenztem Umfang auch — wiederherzustellen. Das führt zu Selbstbestätigung und Selbstbewußtsein und trägt damit zum körperlichen und geistigen Wohlbefinden der älteren Menschen bei. Spiel und Sport sind vorzüglich geeignet, der Einsamkeit und der Isolation entgegenzuwirken.

Das sportliche Angebot geht über den Rahmen des konventionellen Sportbegriffs hinaus. Es reicht über die allgemein bekannten Angebote wie Wandern, Radfahren, Tanzen, Wassergymnastik, Kegeln, Billard u. ä. bis hin zu Gymnastik im Sitzen oder im Liegen für alte Menschen, die nur noch über geringe Beweglichkeit verfügen.

Die Auswahl der spielerischen und sportlichen Betätigung erfolgt in der Regel im Zusammenwirken mit dem Hausarzt. In Einzelfällen, in denen eine ständige ärztliche Betreuung gesichert ist, sind auch Herzinfarktgruppen bei Spiel und Sport für Ältere mit einbezogen.

In diesem Zusammenhang wird auf die Antwort der Bundesregierung zur Kleinen Anfrage „Sport für Bürger im höheren Lebensalter“ (Drucksache 7/3315) verwiesen sowie auf Band 121 „Bewegungsgerechte elementare Einrichtungen für Alterspiel und -sport im Innen- und Außenbereich von Altenwohnheimen und ähnlichen Einrichtungen“. Das dort genannte Alterssportzentrum „Sport für betagte Bürger“, Mönchengladbach, arbeitet seit 1983. Die wissenschaftliche Begleitung dieser Maßnahmen ist ab 1985 vorgesehen.

Altentagesstätten/Altenbegegnungsstätten bieten über die Möglichkeiten zu Kommunikation, Information, Bildung und Freizeitgestaltung hinaus Beratung und Hilfe zur Überwindung persönlicher oder sozialer Schwierigkeiten an oder vermitteln entsprechende Hilfe. In Altentagesstätten/Altenbegegnungsstätten können auch ambulante Dienste angeboten werden (wie z. B. Mittagstisch, Betreuung während des Tages — etwa während der Berufstätigkeit der Familienangehörigen —, therapeutische Maßnahmen, Hilfe zur Selbstversorgung durch entsprechende Schulungsangebote etc.).

Die Wirkung der einzelnen Einrichtungen im Hinblick auf die Anpassung an das Alter hängt u. a. sehr von der Zielsetzung, von den Räumen, deren Ausgestaltung und den Aktivitäten ab. Eine umfassende Statistik über die Besucher liegt der Bundesregierung nicht vor. Aus den vorliegenden Unterlagen ergibt sich jedoch, daß sie überwiegend von Frauen und nur etwa zu 15 bis 20 v. H. von Männern besucht werden. Die Besucher sind überwiegend etwa 70 Jahre alt.

Neuere Untersuchungen zeigen, wie unterschiedlich die Beschäftigungs- und die Geselligkeitsbedürfnisse der Besucher von Altentagesstätten sind. Eine qualifizierte Leitung wird einen Ausgleich der vorhandenen Interessen erreichen und auch neuen Interessenten die Integration in den Kreis der Benutzer ermöglichen bzw. erleichtern. Diese Einrichtungen sollten möglichst während der ganzen Woche für alle Menschen eines bestimmten Einzugsbereichs geöffnet sein. Alleinstehende ältere Menschen fühlen sich gerade an Wochenenden und Feiertagen einsam.

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen hat eine Untersuchung über 2 Seniorenfreizeitstätten in Berlin (Band 49 Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen) veröffentlicht.

Sonderprobleme können sich heute bei den Menschen stellen, die frühzeitig aus dem Berufsleben ausgeschieden sind und wegen ihres geringen Lebensalters Altentagesstätten in der Regel nicht aufsuchen.

5. Welche zusätzlichen Möglichkeiten über die herkömmlichen hinaus hält die Bundesregierung für wünschenswert, um den Anpassungsprozeß älterer Menschen an ihre Lebenssituation zu fördern?

Ein gleitender Übergang in die nachberufliche Lebensphase wird überwiegend als eine sinnvolle Möglichkeit angesehen, den Anpassungsprozeß zu erleichtern. Die Bundesregierung hat angesichts der gegenwärtigen besonders drängenden Probleme des Arbeitsmarktes der Vorruhestandsregelung den Vorzug gegeben, ist aber gegenüber anderen Überlegungen einer Anpassung der Arbeitszeit an die persönlichen Wünsche der älteren Arbeitnehmer, die auch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit beinhalten könnte, durchaus aufgeschlossen. Dies könnte auch in Tarif- oder Arbeitsverträgen verankert werden.

Die Anpassung an die neue Lebenssituation könnte nach Ansicht der Bundesregierung außer durch die bisher üblichen und herkömmlichen Maßnahmen, die bereits aufgezeigt wurden, z. B. durch zugehende Beratungen, aufsuchende Sozialarbeit, in die auch Selbsthilfegruppen und freiwillige Helfer einbezogen werden können, erleichtert werden. Gemeinwesenarbeit in Stadtteilen, Ortschaften usw. könnte eine weitere Möglichkeit sein. Im Bereich der Hilfe für ältere Menschen liegen hierzu allerdings erst wenige Erfahrungen vor. Ob Altentagesstätten geeignet sein werden, den Anpassungsbedarf aufzufangen, erscheint derzeit zweifelhaft.

Vordringlich erscheint es der Bundesregierung, Freiräume und Möglichkeiten zu erhalten und, soweit möglich, auszubauen, damit alte Menschen in der nachberuflichen Phase eine sinnvolle Tätigkeit ausüben können. Kontinuität der Lebensführung zu erhalten, erscheint leichter, als nach dem Verlust einer solchen Kontinuität Maßnahmen einzuleiten, um diese wenigstens teilweise zurückzugewinnen. Den Arbeitgebern und den Arbeitnehmerverbänden kommt dabei eine wichtige Bedeutung zu. Der erhaltene Kontakt zur früheren Arbeitsstelle und zu Arbeitskollegen, die aktive Teilnahme in Gewerkschaften und anderen Arbeitnehmervereinigungen auch nach Ende der Berufstätigkeit könnte bei vielen stark durch die Berufstätigkeit geprägten alten Menschen die Anpassung erleichtern.

Im übrigen wird auch auf die Antwort VI.3 Bezug genommen.

VII. Maßnahmen und Vorhaben der Bundesregierung

1. Welche Schlußfolgerungen zieht die Bundesregierung aus dem von der Weltversammlung zur Frage des Alterns 1982 vorgelegten „Wiener Aktionsplan zur Frage des Alterns“?

Der Wiener Internationale Aktionsplan zur Frage des Alterns geht bei seinen Beschlüssen und Empfehlungen überwiegend von Problemlagen aus, die vor allem in den Ländern der Dritten Welt anzutreffen, in der Bundesrepublik Deutschland aber bereits weitgehend überwunden sind. Gerade die Weltversammlung zur Frage des Alterns (vom

26. Juli bis 6. August 1982 in Wien) war ein erneuter Beweis dafür, daß die Politik für Ältere in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu den meisten anderen Ländern — auch im Vergleich zu westlichen Industrienationen — einen höheren Stand hat, auch wenn es auf Teilgebieten in einzelnen Ländern günstigere Regelungen gibt (z. B. Pflegekostenregelung, häusliche Dienste). Wichtig ist die Gesamtsituation, in der alte Menschen in einem Gemeinwesen leben, und welche Möglichkeiten sie haben, ihre Selbständigkeit zu erhalten.

Der Wiener Internationale Aktionsplan zur Frage des Alterns enthält in den Empfehlungen für die nationale Ebene allerdings durchaus Überlegungen, die geeignet sein können, die Situation der alten Menschen in der Bundesrepublik Deutschland weiter zu verbessern. Die Bundesregierung hat deshalb nach Einholung von Stellungnahmen und Vorschlägen zu dem Wiener Aktionsplan diese in einem Workshop in Frankfurt am Main im Oktober 1984 erörtert, an dem fast alle Bundesländer, die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, Verbände der älteren Mitbürger, die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie, das Kuratorium Deutsche Altershilfe, der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge u. a. teilnahmen. Das Deutsche Zentrum für Altersfragen dokumentiert z. Z. die Beratungsergebnisse. Die Bundesregierung wird sie veröffentlichen und auswerten lassen und, soweit erforderlich, weitere Maßnahmen anregen oder veranlassen.

Ohne dieser Auswertung vorgreifen zu wollen, läßt sich jetzt schon aus der Sicht der Bundesregierung zu einzelnen Empfehlungen folgendes feststellen:

— Empfehlung 36

„Die Staaten sollten geeignete Maßnahmen ergreifen, um allen älteren Menschen ein angemessenes Mindesteinkommen zu sichern; ferner sollten sie ihre Wirtschaft so entwickeln, daß sie der gesamten Bevölkerung zugute kommt. Zu diesem Zweck sollten sie:

...

- c) im Rahmen von Sozialversicherungssystemen Frauen ebenso wie Männern die Möglichkeit geben, eigene Ansprüche zu erwerben;

...“

Durch das Rentenreformgesetz 1972 ist u. a. den nicht erwerbstätigen Frauen die Möglichkeit eingeräumt worden, sich freiwillig in der Rentenversicherung zu versichern und damit eigene Ansprüche auf Versorgung im Alter zu erwerben.

Die Bundesregierung hat vor kurzem den Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Hinterbliebenenrenten sowie zur Anerkennung von Kindererziehungszeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung beschlossen, in dem vorgesehen ist, daß bei Versicherungsfällen ab dem Jahre 1986 für jedes Kind ein Versicherungsjahr in der gesetzlichen Rentenversicherung rentenbegründend und rentensteigernd angerechnet

wird. Damit wird erstmals die Erziehungstätigkeit in der Familie der außerhäuslichen Erwerbstätigkeit gleichgestellt und ein wichtiger Beitrag zum Ausbau der eigenständigen sozialen Sicherung der Frau verwirklicht.

In dem Gesetzentwurf ist weiter vorgesehen, daß — ebenfalls ab 1986 — Witwen und Witwer in der Hinterbliebenenversorgung gleichgestellt werden. Der überlebende Ehegatte soll 60 v. H. der Versichertenrente des verstorbenen Ehegatten erhalten, wobei eigenes Erwerbs- und Erwerbsersatzeinkommen aus öffentlich-rechtlichen Regel- und Sondersystemen, das die Witwe oder der Witwer bezieht, zu 40 v. H. auf die Hinterbliebenenrente angerechnet werden, soweit dieses Einkommen einen dynamisch ausgestalteten Freibetrag von anfangs 900 DM monatlich übersteigt. Durch diese Ausgestaltung ist sichergestellt, daß in 90 v. H. der Fälle Witwen die Hinterbliebenenrenten in vollem Umfang — ggf. neben ihrer Versichertenrente — erhalten werden.

— Empfehlung 38

„Ältere Arbeitnehmer sollten ebenso wie alle anderen berufstätigen Menschen unter zufriedenstellenden Arbeitsbedingungen und in einer annehmbaren Arbeitsumwelt arbeiten. Wo erforderlich, sollten Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen in Industrie und Landwirtschaft und von Berufskrankheiten ergriffen werden. Bei den Arbeitsbedingungen und der Arbeitsumgebung sowie bei den Arbeitszeiten und der Arbeitsorganisation sollten die Besonderheiten älterer Arbeitnehmer berücksichtigt werden.“

Dieser Empfehlung ist in der Sache zuzustimmen. Besondere Schlußfolgerungen muß die Bundesregierung nicht ziehen. Die Gestaltung zufriedenstellender Arbeitsbedingungen und einer annehmbaren Arbeitsumwelt ist zunächst Sache des Arbeitgebers. Tarif- bzw. Betriebspartner nehmen sich dieser Aufgabe ebenfalls an. Tarifvertragsregelungen, die den Arbeitgeber binden, schließen heute zunehmend über die Lohnfrage hinaus auch Fragen der Arbeitsgestaltung ein (Manteltarifverträge). Die Bundesregierung fördert die Forschung über die Arbeitssituation älterer Menschen (s. dazu Anmerkungen zu den Empfehlungen 40/41).

Regelungen zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten werden in der Bundesrepublik Deutschland durch den Staat und durch die selbstverwalteten Unfallversicherungsträger getroffen. Dabei ist selbstverständlich gleicher Sicherheitsstandard für alle Altersgruppen das Ziel.

— Empfehlung 39

„Der richtige Schutz von Arbeitnehmern, durch den auch der Gesundheitszustand älterer Menschen besser überwacht werden kann, wird durch eine bessere Kenntnis der Berufskrankheiten erreicht. Das bedeutet notwendigerweise, daß das medizinische Personal arbeitsmedizinisch geschult werden muß.“

Desgleichen können durch medizinische Untersuchungen vor dem Eintritt in den Ruhestand die Auswirkungen von Berufskrankheiten auf den einzelnen festgestellt und geeignete Schritte veranlaßt werden.“

Wie zu Empfehlung 38 ausgeführt, gibt es auch keine altersspezifischen Regelungen im Bereich der Berufskrankheiten. Der Wissensstand über Berufskrankheiten und sonstige arbeitsbedingte Krankheiten wird durch Forschung und praktische medizinische Erfahrungen ständig verbessert. Die notwendige arbeitsmedizinische Schulung ist durch das Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 gewährleistet. In der Folge dieses Gesetzes sind die Ausbildung und der betriebliche Einsatz von Arbeitsmedizinern quantitativ und qualitativ erheblich ausgebaut worden.

Ziel des Arbeitsschutzes während des Berufslebens ist es, unter anderem soweit wie möglich die Entstehung von Berufskrankheiten zu verhindern oder doch ihre Folgen noch im Arbeitsprozeß zu beseitigen oder zumindest zu lindern. Den Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland steht somit bereits zu einem früheren Zeitpunkt als in der Empfehlung vorgesehen die notwendige arbeitsmedizinische Vorsorgung zur Verfügung.

— Empfehlungen 40/41

„Staatlicherseits sollten Maßnahmen ergriffen oder gefördert werden, die einen harmonischen und schrittweisen Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand ermöglichen und bei der Festsetzung des Alters für den Pensionsanspruch einen größeren Spielraum lassen. Solche Maßnahmen könnten Kurse zur Vorbereitung auf den Ruhestand und die Erleichterung der Arbeitsbelastung in den letzten Jahren der Berufstätigkeit einschließen, beispielsweise durch eine Änderung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsumwelt und der Arbeitsorganisation und durch die Förderung einer schrittweisen Verkürzung der Arbeitszeit.

Die Regierungen sollten die internationalen Normen über ältere Arbeitnehmer befolgen, vor allem die Normen der Empfehlung 162 der Internationalen Arbeitsorganisation. Außerdem sollten auf internationaler Ebene weiterhin Konzepte und Richtlinien hinsichtlich der spezifischen Bedürfnisse dieser Arbeitnehmer entwickelt werden.“

Die Bundesregierung fördert im Rahmen der Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens auch Untersuchungen über die Arbeitssituation älterer Arbeitnehmer. In solchen Forschungsprojekten werden — z. B. im Rahmen von umfassenden Arbeitsorganisationsmodellen — auch die spezifischen Bedürfnisse älterer Arbeitnehmer berücksichtigt.

Hierbei werden beispielsweise auch Vorschläge zur Änderung der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsumwelt und der Arbeitsorganisation entwickelt.

Die Hauptanliegen der in der Empfehlung 41 des Wiener Internationalen Aktionsplans zur Frage des Alterns genannten Empfehlung 162 der Internationalen Arbeitsorganisation betreffend ältere Arbeitnehmer können in der Bundesrepublik Deutschland als erfüllt angesehen werden (vgl. BR-Drucksache 526/81, BT-Drucksache 9/1059).

— Empfehlung 42

„Gemäß Übereinkommen 157 der Internationalen Arbeitsorganisation über den Weiterbestand von Rechten aus der Sozialversicherung sollten insbesondere durch bilaterale oder multilaterale Übereinkommen Maßnahmen getroffen werden, die regulären Wanderarbeitern im Gastland vollen Sozialversicherungsschutz und bei Rückkehr in ihr Herkunftsland vollen Anspruch auf erworbene Sozialversicherungsrechte, vor allem auf erworbene Rentenansprüche garantieren. Ferner sollten Gastarbeitern bei der Rückkehr in ihr Heimatland Sonderbedingungen eingeräumt werden, durch die ihre Wiedereingliederung, insbesondere bezüglich Wohnraumbeschaffung erleichtert wird.“

Die Bundesregierung prüft gegenwärtig, ob das innerstaatliche Recht mit den Bestimmungen des Übereinkommens 157 der Internationalen Arbeitsorganisation über die Einrichtung eines internationalen Systems zur Wahrung der Rechte in der Sozialen Sicherheit übereinstimmt. Im übrigen hat die Bundesrepublik Deutschland mit den meisten der Staaten, mit denen eine nennenswerte Wanderungsbewegung besteht, bereits Übereinkünfte über Sozialversicherungsansprüche abgeschlossen.

2. Wie beurteilt die Bundesregierung die Empfehlung Nr. 37 des Wiener UN-Kongresses, die auf die Erleichterung der Beteiligung älterer Menschen am Wirtschaftsleben abstellt?

Die Empfehlung Nr. 37 des Wiener Internationalen Aktionsplans zur Frage des Alterns lautet:

„Staatlicherseits sollte die Beteiligung älterer Menschen am Wirtschaftsleben erleichtert werden. Zu diesem Zweck:

- a) sollten in Zusammenarbeit mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen geeignete Maßnahmen ergriffen werden, die es älteren Arbeitnehmern soweit wie möglich gestatten, unter zufriedenstellenden Bedingungen weiterzuarbeiten und einen gesicherten Arbeitsplatz zu haben;
- b) sollten die Staaten die Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt beseitigen und für eine Gleichbehandlung im Arbeitsleben sorgen. Einige Arbeitgeber haben noch immer eine klischeehafte negative Vorstellung von älteren Arbeitnehmern. Von staatlicher Seite sollte daher veranlaßt werden, daß Arbeitgeber und Personalberater über die Fähigkeiten älterer Arbeitnehmer unterrichtet werden, die in den meisten Berufen recht beachtlich bleiben. Ältere Berufstätige sollten

ferner gleichberechtigten Zugang zu Berufsberatungs-, Ausbildungs- und Arbeitsvermittlungsdiensten und -einrichtungen haben;

- c) sollten Maßnahmen ergriffen werden, um älteren Menschen zu helfen, eine selbständige Tätigkeit zu finden oder in sie zurückzukehren, indem neue Arbeitsmöglichkeiten geschaffen und Ausbildung oder Umschulung erleichtert werden. Der Anspruch älterer Arbeitnehmer auf Beschäftigung sollte nach ihrer Leistungsfähigkeit und nicht nach ihrem Alter beurteilt werden;
- d) sollte für Arbeitnehmer das Alter für den Eintritt in den Ruhestand trotz des in vielen Ländern vor allem bei Jugendlichen bestehenden großen Arbeitslosigkeitsproblems nicht herabgesetzt werden, wenn der einzelne dies nicht selber wünscht.“

Dieser Empfehlung wird in der Bundesrepublik Deutschland bereits Rechnung getragen. Soweit ältere Arbeitnehmer einen Arbeitsplatz haben, ist dieser ebenso wie bei den übrigen Arbeitnehmern gesichert. Ältere Arbeitnehmer werden wie alle übrigen Arbeitnehmer vom Kündigungsschutzgesetz erfaßt, soweit sie dessen Voraussetzungen erfüllen. Die Erreichung eines bestimmten Alters ist für sich allein kein Kündigungsgrund, der eine Kündigung im Sinne des § 1 Kündigungsschutzgesetz sozial rechtfertigt. Das Alter kann auch, wenn Entlassungen aus dringenden betrieblichen Gründen nötig sind, bei der sozialen Auswahl der zu Entlassenden zugunsten des älteren Arbeitnehmers ins Gewicht fallen. Allerdings ist das höhere Lebensalter für die Abwägung der sozialen Schutzbedürftigkeit nicht stets und unveränderlich der entscheidende Umstand. Zum einen ist bei einer sozialen Auswahl eine Gesamtwürdigung aller Umstände des Einzelfalls geboten und eine Schematisierung dieser Abwägung etwa durch die Beschränkung auf das Alter unzulässig. Zum anderen hängt das zu berücksichtigende Gewicht des Auswahlkriteriums „Lebensalter“ ebenso wie das der übrigen Sozialdaten auch von der industriellen, arbeitsmarktpolitischen und sozialpolitischen Entwicklung ab.

Ältere Arbeitnehmer, die ein vorgezogenes Altersruhegeld der Rentenversicherung oder ein Vorruhestandsgeld beanspruchen könnten, sind gegen den Verlust des Arbeitsplatzes besonders geschützt. Nach einer Regelung im Rentenreformgesetz von 1972 darf die Tatsache, daß ein Arbeitnehmer berechtigt ist, vor Vollendung des 65. Lebensjahres Altersruhegeld der gesetzlichen Rentenversicherung zu beantragen, nicht als ein die Kündigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitgeber bedingender Grund im Sinne des Kündigungsschutzgesetzes angesehen werden.

Diese Tatsache darf auch bei der sozialen Auswahl nach dem Kündigungsschutzgesetz nicht zum Nachteil des Arbeitnehmers berücksichtigt werden. Die gleiche Regelung enthält das Gesetz zur Erleichterung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand vom 13. April 1984 für den Fall, daß ein Arbeitnehmer nach Vollendung des 58. Lebensjahres gegenüber seinem Arbeitgeber zur Inanspruch-

nahme von Vorruhestandsgeld berechtigt ist. Über diese gesetzlichen Bestimmungen hinaus schützen auch Tarifverträge für zahlreiche Wirtschaftszweige ältere Arbeitnehmer bzw. solche mit längerer Betriebszugehörigkeit gegen Kündigungen.

Die derzeit hohe Arbeitslosenzahl mit einem großen Anteil jüngerer, gut qualifizierter Arbeitsloser führt u. a. zu einer unterdurchschnittlichen beruflichen Wiedereingliederungschance älterer Arbeitsloser ab 55 Jahre — wie auch anderer Zielgruppen der Arbeitsmarktpolitik — mit der Folge einer längeren Arbeitslosigkeitsdauer und einer höheren Arbeitslosenquote.

Entsprechend der Empfehlung Nr. 37 des Wiener UN-Kongresses ist die Bundesanstalt für Arbeit intensiv bemüht, die Vorurteile gegenüber älteren Arbeitnehmern abzubauen. Bei der Arbeitsberatung und Arbeitsvermittlung legen die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit Wert darauf, die besonderen Fähigkeiten älterer Arbeitnehmer darzustellen. Dazu dient insbesondere die Broschüre „Der ältere Arbeitnehmer“, die sich gezielt an Arbeitgeber und Personalsachbearbeiter wendet. Der Zugang zu den Arbeitsvermittlungsdiensten und -einrichtungen sowie zur Arbeitsberatung steht älteren Berufstätigen gleichermaßen offen. Es bestehen sogar besondere Vermittlungs- und Eingliederungshilfen für ältere Arbeitnehmer.

Bei der Diskussion der Beschäftigungschancen älterer Arbeitsloser darf aber auch nicht außer acht gelassen werden, daß nach einer Analyse der Bundesanstalt für Arbeit von Mai/Juni 1984 71 v. H. der 60 Jahre und älteren Arbeitslosen aus der Arbeitslosigkeit wegen Beginn ihres Rentenbezuges ausgeschieden.

Durch das Betriebsverfassungsgesetz ist der Betriebsrat, die gewählte Arbeitnehmervertretung, neben dem Arbeitgeber verpflichtet, darauf zu achten, daß Arbeitnehmer nicht wegen Überschreitens bestimmter Altersstufen benachteiligt werden; außerdem haben Arbeitgeber und Betriebsrat die freie Entfaltung der Persönlichkeit der im Betrieb beschäftigten Arbeitnehmer — also auch der älteren Arbeitnehmer — zu schützen und zu fördern.

Neben diesen allgemeinen Überwachungsaufgaben enthält das Betriebsverfassungsgesetz konkrete Aufgabenzuweisungen, die eine Diskriminierung älterer Arbeitnehmer ausschließen sollen. So hat der Betriebsrat im Rahmen seiner allgemeinen Aufgaben die Beschäftigung älterer Arbeitnehmer im Betrieb zu fördern. Darunter fällt nicht nur die Förderung der beruflichen Weiterentwicklung, sondern auch die Neueinstellung älterer Arbeitnehmer auf für sie geeignete Arbeitsplätze. Ferner hat der Betriebsrat im Rahmen der Förderung der Berufsbildung auch die Belange älterer Arbeitnehmer hinsichtlich der Teilnahme an betrieblichen und außerbetrieblichen Berufsbildungsmaßnahmen zu berücksichtigen.

Die Bundesregierung räumt unter arbeitsmarktpolitischen Gesichtspunkten z. Z. der Erleichterung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand

einen Vorrang ein. Durch das Gesetz zur Erleichterung des Übergangs vom Arbeitsleben in den Ruhestand (Vorruhestandsgesetz) sollen ältere Arbeitnehmer die Möglichkeit erhalten, vorzeitig aus dem Arbeitsleben auszuscheiden. Das Gesetz ist ein Angebot an die Tarifvertragsparteien, an Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Sie müssen es durch Verträge ausfüllen. Viele tarifvertragliche Vorruhestandsregelungen sind bereits vereinbart worden. Die älteren Arbeitnehmer sollen jedoch nicht aus dem Arbeitsleben gedrängt werden. Der Eintritt in den Vorruhestand ist freiwillig.

In zunehmendem Maße werden auch Tarifverträge abgeschlossen, die in der Tendenz Arbeitserleichterungen für ältere Arbeitnehmer vorsehen. So wurden seit Ende 1978 zusätzliche Freischichten bzw. bezahlte freie Arbeitstage eingeführt. Außerdem sind „Verdienstsicherungsklauseln“ und „Kündigungsschutzklauseln“ weit verbreitet.

3. Durch welche konkreten Maßnahmen fördert der Bund die Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen und ihre Bereitschaft und Möglichkeiten zu freiwilligen, ehrenamtlichen Tätigkeiten?

Aktivität und Selbständigkeit im Alter hängen unter anderem entscheidend von dem Grad der Informationen ab, die die alten Menschen erreichen. Die Bundesregierung trägt durch ihre Öffentlichkeitsarbeit (s. auch Antwort I.4) wesentlich dazu bei und stärkt damit die Bereitschaft und Motivation der alten Menschen zu einer selbständigen und aktiven Lebensgestaltung.

Nahezu alle Modelle des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, die in der Vergangenheit gefördert wurden (s. auch Antworten VII.7 und VII.8), tragen mit dazu bei, die in der Frage genannten Ziele zu erreichen.

Derzeit werden folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Selbständigkeit durchgeführt:

1. Modellprogramm „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“, das in 16 Sozialstationen durchgeführt wird (s. Bericht der Bundesregierung zur Frage der Pflegebedürftigkeit, Drucksache 10/1943).
2. Errichtung eines Altenkrankenheimes mit Tagespflegeheim, Therapiezentrum und Zentrum für ambulante Dienste in Saarbrücken. Dabei sollen auch erste Erfahrungen mit einem Nachtpflegeheim gesammelt werden.
3. Errichtung einer Altenbegegnungsstätte in Verbindung mit einem Tagespflegeheim und einem Seniorentrainingszentrum in Dortmund. Zielgruppe dieser Einrichtung sind die alten Menschen, die ambulante soziale Dienste benötigen oder vereinsamt waren. Dieser Versuch soll Möglichkeiten und Grenzen der Gemeinwesenarbeit und der Nachbarschaftshilfe zur Erhaltung der Selbständigkeit sowie die Mitarbeit der alten Menschen aufzeigen.

4. Altenzentrum in Dettenhausen, Kreis Tübingen: Es soll die Erfahrungen mit einem Altenzentrum im ländlichen Bereich erweitern und die Mitwirkung der älteren Menschen bei solchen Projekten erproben.
5. Haus des älteren Bürgers in Berlin (Tagesstätte für Alte und Behinderte, soziale Begegnungsstätte): Ziele sind unter anderem Angebote von Therapie, Freizeitgestaltung und Beratung sowie Bildungsmaßnahmen im höheren Erwachsenenalter.
6. Entwicklung und Ausbau eines Alten- und Pflegeheimes, Tagespflegeheimes, Sozial- und Rehabilitationszentrums und Stützpunktes für ambulante Dienste in Frankfurt am Main.
Es handelt sich um eine Kombination ambulanter, teilstationärer und stationärer Dienste mit Durchlässigkeit der Hilfesysteme, Nachbarschaftshilfe auch über Notrufsysteme.
7. Wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit als Modell geförderten geronto-psychiatrischen Abteilung des Altenzentrums München-Hasenberg (Versuch einer Binnenrehabilitation in Einrichtungen der Altenhilfe).
8. Wissenschaftliche Begleitung des vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Evangelischen Seniorenbildungswerkes „Haus Haard“ in Oer-Erkenschwick, das nachstehend skizziert wird.
9. Untersuchung über altersgerechte Wohnungsmöglichkeiten besonders im Hinblick auf selbständiges Wohnen (Kuratorium Deutsche Altershilfe — Altenwohnbauinstitut).
10. Untersuchung über Erscheinungsformen, Möglichkeiten und Grenzen privater Pflegestellen.
11. Das Bundesministerium für Bildung und Wissenschaft fördert die Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen und ihre Bereitschaft und Möglichkeiten zu freiwilligen, ehrenamtlichen Tätigkeiten durch folgende Forschungs- und Modellvorhaben:
 - a) In zwei miteinander korrespondierenden Projekten werden derzeit Befragungen sowohl bei ehrenamtlich Tätigen als auch bei Ämtern und Organisationen aus dem Sozialbereich und der Selbsthilfe durchgeführt. Sie beziehen sich auf die Information über Betätigungsmöglichkeiten, auf Art und Umfang des ehrenamtlichen Engagements, auf Motivationslage, Qualifikationen und Weiterbildungsbedürfnisse der Mitarbeiter. Die hierzu gestellten Fragen können für unterschiedliche Altersgruppierungen ausgewertet werden und geben somit Aufschluß zur Situation älterer Menschen. Die erste der Befragungen wird im Herbst 1984, die übrigen Untersuchungen werden im Sommer 1986 abgeschlossen sein.

- b) In einem Modellversuch an der Universität Dortmund, der Anfang 1985 endet, wird ein weiterbildendes Studium für Senioren (Altersuntergrenze 50 Jahre) zur Vorbereitung und Ausbildung auf eine nachberufliche ehrenamtliche Tätigkeit entwickelt und erprobt. Der spätere Animateur vermittelt spezifische Fachkenntnisse auf wissenschaftlichem, musikischem oder sonstigem Gebiet und kann nach seinem Studium Multiplikator, Berater, Lehrer und Gesprächspartner von Altersgruppen werden. Durch eine Verzahnung der Lehrangebote mit anderen Studiengängen wird gleichzeitig ein Beitrag zum Abbau des Generationenkonfliktes geleistet. Bislang haben 90 Teilnehmer das Studium abgeschlossen. Das Durchschnittsalter beträgt für die erste Absolventengruppe 59,7 und für die zweite Gruppe 56,1 Jahre. Nahezu alle Absolventen gehen einer ehrenamtlichen Tätigkeit regelmäßig (bis zu zweimal täglich) nach. Diese Beschäftigung läßt sich in die Bereiche „Bildungsarbeit“, „Initiierung“ und „Mitarbeit“ von und in Arbeitskreisen (Unterstützung Arbeitsloser, Blinder, etc.) aufgliedern. Die Absolventen greifen dabei auch auf vorhandene Institutionen zurück und üben vornehmlich Tätigkeiten in bisher nicht abgedeckten sozialen Feldern aus, so daß hierdurch keine Arbeitsplätze gefährdet werden.

Die Signalwirkung dieses Modellversuches erweist sich durch die Einrichtung ähnlicher Studienangebote in anderen Städten.

Die Universitäten Oldenburg und Frankfurt/Main verfügen über Angebote des „intergenerationellen Lernens“ — in Oldenburg integriert in die normalen Lehrveranstaltungen, in Frankfurt/Main als Teil einer Universität des dritten Lebensalters. Spezielle Studienangebote für ältere Menschen machen darüber hinaus — zum Teil in Kooperation mit den Volkshochschulen — die Universitäten Gießen, Marburg, Saarbrücken. Eine Reihe von Akademien und sonstigen Bildungseinrichtungen bietet Sonderveranstaltungen für ältere Menschen auf verschiedensten Gebieten und mit unterschiedlichen Zielgruppen und Zielrichtungen.

- c) Für Ende 1984 ist eine weitere Untersuchung vorgesehen, die die Vorbereitung von Vorruheständlern auf das Alter zum Gegenstand hat. Befragungen bei Bildungseinrichtungen nach dem Weiterbildungsverhalten dieser Personengruppe und eine für später geplante Befragung der Kursteilnehmer selbst sollen als Grundlagen für weitere bildungspolitische Anstöße und die Entwicklung gezielter Bildungsangebote für ältere Menschen dienen.

12. Das Bundesministerium für Forschung und Technologie hat im Rahmen des Förderungsprogrammes „Technische Kommunikation zur

Förderung von Forschung und Entwicklung auf dem Gebiete der Technischen Kommunikation“ die Entwicklung und Erprobung eines Hausnotruf-Systems bei der Firma AEG-Telefunken und dem St. Willehad-Hospital gefördert (1,9 Mio. DM, 1979 bis 1982).

Mit Hilfe des Hausnotruf-Systemes können gerade ältere oder gesundheitlich gefährdete Menschen in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung bleiben mit der ständigen Gewißheit, in Notfällen jederzeit Hilfe herbeiholen zu können. Das System wird bereits von mehreren Trägern in vielen Städten erfolgreich eingesetzt.

Wegen des Modellprogrammes „Psychiatrie“ wird auf die Antwort zu Frage VII.7 verwiesen.

Als ein Beispiel der laufenden Modelle des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit wird die Seniorenbildungsstätte „Haus Haard“ in Oer-Erkenschwick (Kreis Recklinghausen) vorgestellt. Sie hat als zentrale Aufgaben

- Bildungsfreizeiten (in der Regel 14 bis 18 Tage dauernd) „für Ältere und alle, für die älter werden ein Thema ist“,
- Vorbereitung auf die Zeit nach der Berufstätigkeit,
- Schulung von freiwilligen Helfern und
- in begrenztem Umfang auch Schulung von Mitarbeitern der praktischen Altenhilfe

durchzuführen.

Seit dem nunmehr fünfjährigen Bestehen des „Hauses Haard“ haben rund 4 000 ältere Menschen an solchen Bildungsfreizeiten teilgenommen, davon etwa ein Drittel aus der näheren Umgebung (Kreis Recklinghausen). Der Teilnehmerkreis besteht überwiegend aus Frauen. 70 v. H. davon sind verwitwet oder alleinstehend. Die teilnehmenden Männer sind in der Regel verheiratet. Alle Altersgruppen ab 55 Jahren sind vertreten, fast ein Drittel der Teilnehmer ist zwischen 70 und 75 Jahre alt. Unter ihnen befinden sich die verschiedensten Berufs- und Einkommensgruppen: Bergarbeiter, Hausfrauen, Akademiker(innen); 16 v. H. geben ein Einkommen (Rente) von unter 1 000 DM und fast 60 v. H. von weniger als 1 500 DM im Monat an. Etwa die Hälfte der Teilnehmer im Jahre 1984 war zum ersten Mal im „Haus Haard“, fast 20 v. H. schon mehr als dreimal.

Schon vor Jahren hat die Bundesregierung neue Wege beim Einsatz freiwilliger Helfer im Rahmen ihrer Zuständigkeit erprobt und die wissenschaftliche Auswertung im Band 79 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit „Modelle ehrenamtlicher Mitarbeit in der Altenhilfe“ veröffentlicht. Auch auf die in Antwort VI.1 genannte Aktion „Reden ist Silber — Helfen ist Gold“ sowie die Veröffentlichung des Presse- und Informationsamtes dazu wird in diesem Zusammenhang verwiesen.

Im Rahmen ihrer Zuständigkeit hat die Bundesregierung keine Möglichkeit, breitgestreut örtliche Maßnahmen durchzuführen; aber sie wird auch zukünftig im Rahmen ihrer Zuständigkeit und der Haushaltsansätze Projekte anregen oder fördern.

4. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, älteren Menschen mehr als bisher Anreize zu bieten, sich am öffentlichen Leben zu beteiligen?

Die Bundesregierung begrüßt die Aktivitäten der älteren Bürger in Kirchen, Wohlfahrtsverbänden, Selbsthilfegruppen, Vereinen, Organisationen, Zusammenschlüssen älterer Menschen (z. B. Bundeskongreß für die ältere Generation, Lebensabendbewegung und andere). Die Zahl solch aktiver älterer Menschen ist beträchtlich.

Dennoch ist nicht zu übersehen, daß viele Ältere nur geringen Anteil am öffentlichen Leben nehmen. Diese werden um so eher bereit sein, sich am öffentlichen Leben zu beteiligen, wenn das gesellschaftliche Klima den alten Menschen gegenüber aufgeschlossen und freundlich ist. Erfolge Älterer im öffentlichen Leben sind die beste Motivation zur Aktivität für andere. Gerade den bisher wenig am öffentlichen Leben beteiligten alten Menschen gilt es, Mut zu machen zu eigenen Aktivitäten. Dazu kann die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. hierzu die Antwort auf Frage I.4) und dazu können auch Beispiele wie die Aktion „Reden ist Silber — Helfen ist Gold“ beitragen. Entscheidend ist vor allem die Bereitschaft aller, die dies können, z. B. Gemeinden, Gemeindeverbände, Länder, Medien, Verbände der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, politische Parteien, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände, den alten Menschen Möglichkeiten für sinnvolle Tätigkeiten zu schaffen. Angebote hierzu sollten mit den alten Menschen erarbeitet werden. Für ihre Probleme können sie nicht nur am besten Lösungen aufgrund ihrer Erfahrungen finden, jede Mitwirkung wird auch das Selbstwertgefühl, das für eine Aktivität im öffentlichen Leben mitbestimmend ist, nicht nur bei den unmittelbar Beteiligten stärken.

Anreize könnten unter anderem gegeben werden durch:

- neue Kursangebote für alte Menschen und für gemischte Gruppen, deren Inhalte von den Teilnehmern mitgestaltet werden;
- Rundfunk- und Fernsehsendungen zur Lebenssituation im Alter (vgl. z. B. die mit Unterstützung des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft entwickelte Sendereihe „Unruhestand“);
- weiterbildendes Studium zur Ausbildung von Animatoren, Multiplikatoren;
- Altenuniversitäten und/oder Öffnung der Universitäten;
- Gesprächsrunden und Diskussionen zwischen den Generationen;

- gemeinsame Aktionen von jungen und alten Bürgern (etwa Gestaltung von Außenanlagen eines Alten- oder Kinderheimes, der Inneneinrichtung von Bürgerhäusern, der Mitwirkung bei der Programmplanung von Bürgerhäusern und anderes);
- Anerkennung und Ehrung für langjährige, ehrenamtliche freiwillige oder öffentliche Tätigkeit (wie z. B. in Frankfurt am Main die Verleihung der Römer-Plakette);
- Förderung von Selbsthilfegruppen;
- Einrichtung von Seniorenbeiräten (s. auch Antwort zu Frage I.5).

Die Bundesregierung ist, sofern bei Einzelmaßnahmen hierbei neue Wege beschritten werden, im Rahmen ihrer Zuständigkeit und der verfügbaren Haushaltsmittel bereit, Modelle mit zu fördern.

Beim Deutschen Zentrum für Altersfragen laufen hierzu derzeit die beiden Projekte:

„Prozesse der Integration älterer Menschen am Beispiel von Selbsthilfeinitiativen“ und
„Ehrenamtliche Mitarbeiter in der Altenhilfe“.

5. Welche institutionellen, rechtlichen usw. Hemmnisse sind der Bundesregierung bekannt, die einem aktiveren Engagement älterer Menschen in öffentlichen Einrichtungen, privaten Initiativen und sozialen Diensten entgegenstehen?

Was will die Bundesregierung unternehmen, solche Hindernisse abzubauen?

Die Bundesregierung sieht keine grundsätzlichen institutionellen oder rechtlichen Hemmnisse, die einem aktiveren Engagement speziell älterer Menschen in öffentlichen Einrichtungen, privaten Initiativen und sozialen Diensten entgegenstehen. Sie geht davon aus, daß bei älteren Menschen ebenso wie in der Gesamtbevölkerung viel latente Hilfsbereitschaft vorhanden ist. Ob diese aktiviert werden kann, hängt wesentlich davon ab, ob konkrete Angebote zur Mitarbeit gemacht oder Informationen über Möglichkeiten zur Hilfeleistung gegeben werden.

Ein ausgeprägtes Gruppenbewußtsein in bereits bestehenden Helfergruppen kann allerdings neuen Interessenten den Eintritt und die Mitarbeit erschweren. Auch die immer wieder beobachtete Tatsache, daß neue Mitglieder sich — auch bei hoher beruflicher Qualifikation — in der Gruppe „Schritt für Schritt“ bewähren müssen, um als vollwertiges Mitglied anerkannt zu werden, kann hinderlich sein.

Soweit ehrenamtlichen Helfern die tatsächlichen Auslagen nicht ersetzt werden, schränkt dies die Möglichkeit für solche Tätigkeiten auf Personen ein, die in der Lage sind, diese Auslagen selbst zu zahlen. Das Potential der alten Menschen mit geringem Einkommen wird unter diesen Umständen nicht voll ausgeschöpft.

Der Appell zu ehrenamtlicher Mitarbeit richtet sich bisher vor allem an die Frauen. Da sie häufig bereits mit anderen Aufgaben innerhalb der Familie stark belastet sind, gilt es, die Grenzen ehrenamtlicher Tätigkeiten der Frauen zu erkennen und Männer stärker einzubeziehen.

Bei der Gewinnung ehrenamtlicher Helfer hat sich eine gezielte Ansprache unter Benennung eines konkreten Auftrages und des dafür erforderlichen Zeitaufwandes als wirkungsvoll erwiesen. Dies wird durch den Einsatz hauptamtlicher Fachkräfte erleichtert, die über die organisatorische Abwicklung hinaus folgende Aufgaben erfüllen:

1. Schulung, Anleitung und Beratung der ehrenamtlichen Mitarbeiter im Hinblick auf das von ihnen gewählte Aufgabengebiet. Wenn diese Funktion von den hauptamtlichen Mitarbeitern der Einrichtungen neben ihren übrigen Aufgaben übernommen werden soll, kann dies nach den vorliegenden Erkenntnissen dazu führen, daß die ehrenamtliche Mitarbeit eher als Belastung empfunden wird und deshalb über kurz oder lang zum Erliegen kommt.

Eine wesentliche Motivation für ehrenamtliche Mitarbeit liegt darin, daß diese von den Hilfewilligen als persönliche Bereicherung für ihre eigene Lebensgestaltung angesehen wird. Dies setzt voraus, daß sie sich über ihre Erfahrungen in der ehrenamtlichen Arbeit mit Beratern oder in der Gruppe aussprechen können.

2. Zusammenarbeit mit der Leitung und den Mitarbeitern der einzelnen Einrichtungen. Zur Vermeidung von Gegensätzen und Reibungsflächen sollte auch das hauptamtliche Personal einer Einrichtung auf den Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeitern vorbereitet werden. Reibungsflächen können z. B. dadurch entstehen, daß ehrenamtliche Mitarbeiter Kritik üben, die häufig objektiv gerechtfertigt sein mag. Nicht selten wird eine solche Kritik dann von den hauptamtlichen Mitarbeitern als Abwertung ihrer persönlichen Leistung empfunden, obwohl es häufig Sachzwänge sind — z. B. Personalmangel —, die einer besseren Arbeit im Wege stehen.

Die Bundesregierung hat bisher im Rahmen ihrer Zuständigkeit mehrere Modellversuche mit ehrenamtlichen Helfern in Städten und im ländlichen Bereich gefördert. Sie wird, soweit neue Wege beschritten werden, dies im Rahmen ihrer Zuständigkeit und der verfügbaren Haushaltsmittel auch zukünftig tun.

6. Welche Maßnahmen bzw. welche Unterstützung beabsichtigt die Bundesregierung, um in Zukunft verstärkt die Lebenserfahrung der älteren Generation in den Dienst des Gemeinwohls zu stellen?

Die Lebenserfahrung der älteren Generation ist nach Ansicht der Bundesregierung ein besonders wertvolles Gut der Gemeinschaft. Darauf kann bei

der Bewältigung der vielfältigen und schwierigen Aufgaben des Gemeinwesens nicht verzichtet werden. Die Bereitschaft der älteren Generation, ihre Lebenserfahrung zur Verfügung zu stellen, ist in großem Maße vorhanden. Wesentlich geringer erscheint dagegen — nicht nur in Deutschland — die Bereitschaft, solche Erfahrungen entgegenzunehmen und zu nutzen. Das mag daran liegen, daß manches berufliche Wissen schon in wenigen Jahren veraltet.

Wie unbegründet jedoch die Skepsis gegenüber der Lebenserfahrung auch in unserem Wirtschaftsgeschehen ist, zeigt die erfolgreiche Arbeit des „Senioren-Experten Service“ (SES). Dabei sind ältere Fachkräfte der deutschen Wirtschaft derzeit in etwa 60 Projekten im Ausland eingesetzt. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit hat maßgeblich am Zustandekommen dieses Dienstes mitgewirkt und die Aufbaufinanzierung bis 1985 übernommen.

Maßnahmen zur Nutzung der Lebenserfahrung bedürfen, um wirksam zu werden, eines aufgeschlossenen Klimas innerhalb des Gemeinwesens. Die Bundesregierung wird sich im Rahmen ihrer Öffentlichkeitsarbeit weiterhin dafür einsetzen, dieses Klima zu verbessern. Jeder Erfolg alter Menschen im öffentlichen Leben, in den politischen Parteien sowie im Rahmen gesellschaftlich bestimmender und mitwirkender Kräfte, trägt ebenso dazu bei wie die Kenntnis von Aktivitäten Älterer, von ihren Selbsthilfegruppen und ihrer Mithilfe bei Gemeinschaftsarbeiten.

Die Bundesregierung hat bisher schon Modellversuche (wie z. B. Altentreff Ulm/Neu-Ulm, Sport für betagte Bürger, Kompanie des guten Willens und andere praktische Maßnahmen) zur Umsetzung der Lebenserfahrungen gefördert.

Wenig ausgeschöpft sind nach ihrer Ansicht bisher die vielfältigen Möglichkeiten, alte Menschen als Zeugen erlebter Geschichte in den politischen Parteien, der Erwachsenenbildung, in der Jugendarbeit und in den Schulen mitwirken zu lassen. Auch Versuche, wie z. B. des Berliner Senats und der Evangelischen Kirche, geschichtliche Lebenserfahrungen Älterer in Büchern und Broschüren zu veröffentlichen, scheinen geeignet, diese für die Gemeinschaft wirksam werden zu lassen. Das wird auch durch ausländische Veröffentlichungen bestätigt.

Die Bundesregierung hält auch in diesem Zusammenhang die Förderung sachgerechter publizistischer Arbeiten über alte Menschen (wie z. B. den Wilhelmine-Lübke-Preis des Kuratoriums Deutsche Altershilfe) für eine wichtige Hilfe.

Die Bundesregierung wird — wie bisher — in ihren politischen Erklärungen auf die hohe Bedeutung der Lebenserfahrung alter Menschen für jedes Gemeinwesen in geschichtlicher Kontinuität hinweisen und in Zusammenarbeit mit den Bundesländern prüfen, an welchen neuen Maßnahmen und Wegen sie im Rahmen ihrer Zuständigkeit mitwirken kann.

7. Welche Modellvorhaben werden gegenwärtig von der Bundesregierung zu Problemen über die ältere Generation und zu welchen Sachthemen durchgeführt, und für welchen Zeitraum ist eine finanzielle Sicherstellung dieser Vorhaben gewährleistet?

In der Antwort zu Frage VII.3 sind neben einigen kürzlich abgeschlossenen Projekten die laufenden Maßnahmen aufgeführt, die das Ziel verfolgen, die Selbständigkeit älterer Menschen sowie ihre Bereitschaft und ihre Möglichkeiten zu freiwilligen und ehrenamtlichen Tätigkeiten zu verbessern. Die Modellförderung erfolgt im Rahmen eines Gesamtplanes, den vorrangig folgende Sachthemen bestimmen:

1. Integrierte soziale Dienste (ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste oder Einrichtungen);
2. Bildung für ältere Menschen;
3. Spiel und Sport für ältere Menschen;
4. generationsübergreifende Maßnahmen;
5. Nachsorgeeinrichtungen einschließlich zeitlich befristeter Pflege in Einrichtungen (sogenannte Kurzzeitpflege);
6. sinnvolle Nutzung alter Bausubstanz und modellhafte Sanierung von Alteinrichtungen;
7. Aufbau von Gemeinwesenarbeit und Stadtteilarbeit für alte Menschen;
8. soziale Dienste für alte Menschen im ländlichen Bereich;
9. geronto-psychiatrische Versorgung in Einrichtungen der Altenhilfe mit Binnenrehabilitation und Gruppenarbeit;
10. Tagespflege;
11. ambulante Dienste für Pflegebedürftige.

Die finanzielle Sicherung der Modelle erfolgt unterschiedlich. Bei Baumaßnahmen beschränkt sich die Förderung durch die Bundesregierung in der Regel auf Investitionskostenzuschüsse im Rahmen des Gesamtfinanzierungsplanes. Diese Förderung ist jedoch an die Verpflichtung der Träger geknüpft, die bewilligte Maßnahme 25 bzw. 50 Jahre lang durchzuführen.

Bei der Erprobung neuer Wege ist die Finanzierung bzw. Mitfinanzierung auf die Erprobungsphase — das sind in der Regel zwei bis drei Jahre — begrenzt. Derartige Maßnahmen werden bei erfolgreichem Verlauf danach fast immer durch die Kommunen und freigemeinnützigen Träger weitergeführt. Ausgewählte Modelle werden wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. Die Kosten hierfür werden in der Regel von der Bundesregierung getragen. Die Dauer der Auswertungsphase richtet sich nach Art und Umfang des Projektes.

Die Kosten der bisher vom Bundesminister für Forschung und Technologie und vom Bundesminister für Bildung und Wissenschaft durchgeführten Maßnahmen wurden in vollem Umfange von der Bundesregierung getragen.

Bereits in der Antwort zu Frage IV.2 wurde auf das Modellprogramm Psychiatrie hingewiesen, mit dem die netzartige Erprobung des Zusammenwirkens unterschiedlichster Einrichtungen auch im Bereich der Gerontopsychiatrie — z. B. in der Modellregion Kassel schwerpunktmäßig — erfolgen. Dieses Programm wird in 14 Modellregionen durchgeführt. Es erfaßt mehr als 100 verschiedene Einrichtungen aus allen Bereichen der medizinischen und sozialen Betreuung. Aus Mitteln des Bundes werden diese Maßnahmen bis Ende 1985 finanziell gefördert. Die beteiligten Bundesländer haben sich verpflichtet, für diejenigen Einrichtungen, die sich bewährt haben und für die weiterhin ein Bedarf besteht, die Anschlußfinanzierung sicherzustellen. Derzeit erscheint es als gesichert, daß die für den geronto-psychiatrischen Bereich besonders wichtigen Einrichtungen wie Institutsambulanzen, Tages- und Nachtkliniken, Übergangsheime und therapeutische Wohngemeinschaften als Dauereinrichtungen auf der Basis geltender gesetzlicher Bestimmungen, die teilweise klargestellt oder ergänzt werden müßten, oder durch Vereinbarungen der Kostenträger erhalten bleiben.

Im geronto-psychiatrischen Bereich laufen derzeit folgende Modelle, deren Finanzierung für die angegebene Laufzeit sichergestellt ist:

Bremerhaven:

Beschütztes Wohnen psychisch kranker alter Menschen mit Tagesbetreuung (1981 bis 1987);

Itzehoe:

Ambulante Beratung und Betreuung in Trägerschaft des öffentlichen Gesundheitswesens (1979 bis 1984);

Bonn:

Kommunikationsmöglichkeiten zwischen psychisch Kranken und freiwilligen Helfern, Betreuung unter Beteiligung von Sozialpädagogen (1981 bis 1984);

Brakel:

Ausbau und Erprobung eines Kriseninterventions-teams und Evaluation des Versorgungssystems im ländlichen Raum (1982 bis 1985);

Lübeck:

Sozial-psychiatrisches Zentrum in Verbindung mit einer Tagesklinik, Tagesstätte, Patienten-Club und beschütztem Wohnen unter einem Dach (1982 bis 1985).

8. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung aus den bisherigen Ergebnissen der Modellförderungen des BMJFG gewonnen, und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Die Bundesregierung hat die Möglichkeit, aus den Mitteln der Titelgruppe „Förderung gesellschaftspolitischer Maßnahmen für die ältere Generation“ sowie auf der Grundlage des Zonenrandförderungs-gesetzes Maßnahmen und Einrichtungen für alte Menschen in der Bundesrepublik Deutschland un-

mittelbar zu fördern. Sie hat diese Möglichkeiten konsequent genutzt. Inzwischen wurden 90 Modelle, 38 Forschungsprojekte und 69 Einrichtungen der Altenhilfe im Zonenrandgebiet gefördert. Modelle und Forschungsprojekte sind in ihrer ganz überwiegenden Zahl verbunden mit anderen Modellversuchen oder Forschungsprojekten, die in allen Bundesländern durchgeführt werden. Teilweise sind die gewonnenen Erkenntnisse bereits veröffentlicht; z. B. die Untersuchung von 18 Modellen offener Altenhilfe durch das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft, Saarbrücken (Band 70 der Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit „Modelle offener Altenhilfe“) und der Betriebsvergleich von stationären Einrichtungen der Altenhilfe 1979 (Band 28 der Schriftenreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen).

Beispielhaft werden nachstehend einige Ergebnisse skizziert:

- Die Lebenssituation des Alters wird nicht mehr überwiegend als schicksalhafte, naturbedingte Phase des Rückzugs begriffen. Es wird zunehmend erkannt, daß diese Zeit von den alten Menschen bejaht und gestaltet werden kann. Das stellt eine besondere Herausforderung an die Altenbildung dar (s. auch Antwort zu Frage VI.2). Einrichtungen, wie z. B. das Modell „Seniorenbildungswerk Haard“ in Oer-Erkenschwick, sind geeignet, in mehrfacher Hinsicht konkrete Lebenshilfe zu leisten und tun dies auch mit gutem Erfolg (s. auch Antwort zu Frage VII.3). Es bleibt jedoch die Frage, wie diejenigen älteren Menschen für eine Teilnahme gewonnen werden können, die ein solches Angebot bisher nicht angenommen haben, denen es aber helfen könnte, wieder Eigeninitiative zu entwickeln, Unselbständigkeit zu vermindern oder ganz zu vermeiden oder möglicherweise sogar den Zeitpunkt der Pflegebedürftigkeit hinauszuschieben. Pfarrer, Hausärzte, soziale Dienste u. a. sollten ihre Kontakte wahrnehmen, solche Benachteiligte zu einer Teilnahme anzuregen oder ihnen dazu zu verhelfen.

Durch die laufende wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes erwartet die Bundesregierung weitere Erkenntnisse darüber, welche didaktischen Methoden bei den unterschiedlichen Aufgaben einer solchen Seniorenbildungsstätte eingesetzt werden müssen. Nach den bisherigen Erkenntnissen sollten Kursangebote zur Vorbereitung auf den Ruhestand nicht weniger als eine Woche dauern, den (Ehe-)Partner einbeziehen und wiederholt durchgeführt werden. Die Ergebnisse scheinen besonders günstig zu sein, wenn die Veranstaltungen nicht am Wohnsitz stattfinden.

- Die erforderliche Anpassung an veränderte soziale Rollen und Kontakte im Alter ist für jeden einzelnen eine wesentliche Aufgabe. Gelingt sie nicht, kann dies zu schweren persönlichen Krisen führen. Rechtzeitige Angebote und Möglichkeiten zur Gewinnung und Erprobung neuer Rollen erscheinen daher erforderlich. Lebenslanges Lernen, lebenslange Integration in die

Gemeinschaft, rechtzeitiges Verständnis für die Probleme und Aufgaben im Alter, Angebote sinnerfüllender Betätigungen erleichtern den notwendigen Rollenwechsel. Die Schwierigkeit besteht allerdings u. a. darin, daß sich bisher keine altersspezifischen Rollenerwartungen in der Gesellschaft durchgesetzt haben. Ausreichend Freiräume zu lassen oder zu schaffen, damit rechtzeitig neue Rollen erprobt und übernommen werden können, sowie ein breites Angebot zur Übernahme neuer Rollen dürften wichtige Voraussetzungen für die erforderliche Anpassung sein.

- Ob alte Menschen vorhandene Hilfsangebote in Anspruch nehmen, um ihre Bedürfnisse zu decken, hängt von zahlreichen Faktoren ab, die die Nachfrage fördern oder hemmen können (z. B. Dringlichkeit des Problems, Informationen über Hilfsangebote, Zugänglichkeit des Hilfsangebotes, erwartete Auswirkungen der Inanspruchnahme von Hilfen, der Wunsch nach Wahrung der Selbständigkeit, gesellschaftliche Erwartungen und vieles andere). Die systematische Durchdringung dieses Problemkreises steht jedoch erst am Anfang.

Die klare, gezielte und wiederholte Information ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß Hilfen, die zur Erhaltung der Selbständigkeit erforderlich und vorhanden sind, im Bedarfsfall erkannt und genutzt werden. In diesem Zusammenhang wird insbesondere auch auf die Antwort zu Frage I.4 Bezug genommen.

- Die Erhaltung der Selbständigkeit älterer Menschen kann in vielen Fällen durch gesundheitliche und medizinische Versorgung allein nur unvollkommen erreicht werden. Sie sollten mit ambulanten sozialen Diensten koordiniert werden oder kooperieren (z. B. präventive Beratung, Aufbau von Selbsthilfegruppen, Nachbarschaftshilfen).
- Fehlende oder unzureichende Hilfen im Bereich der gesundheitlich-pflegerischen und der häuslichen Versorgung treten relativ oft zusammen mit einer unbefriedigenden Situation im Bereich der sozialen Kontakte und Aktivitäten auf. Eine häufige Erfahrung ist, daß kontakt- und aktivitätsfördernde Angebote der Altenhilfe, z. B. Treffpunkte oder Begegnungsstätten, gerade von älteren Menschen, die besonders zurückgezogen leben, kaum in Anspruch genommen werden. Es liegt daher nahe, auch pflegerische oder häusliche Hilfen zu nutzen, um diese Personen an die bestehenden Angebote heranzuführen.
- Häusliche Versorgungsprobleme sind häufig mit Wohnungsprobleme gekoppelt. Bei einer — allerdings nicht repräsentativen — Einzelbefragung hatte etwa die Hälfte sowohl häuslich/pflegerische Versorgungsprobleme als auch Wohnungsprobleme. Noch häufiger war dabei der Zusammenhang mit unzureichenden Kontakten oder Aktivitäten. Dies weist auf die Bedeutung von Altenwohnungen mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten sowie mit Möglichkei-

ten zu Kommunikation und Aktivitäten (kontaktförderndes Wohnumfeld) hin. Auf den „Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit“ (Drucksache 10/1943) wird Bezug genommen.

- Notrufsysteme in Wohnungen für ältere Menschen sind geeignet, deren Selbständigkeit auch bei erheblichen Behinderungen zu erhalten oder zu verlängern. In einem Fall ist es einem Träger gelungen, für jeden Teilnehmer des Notrufsystems zwei Nachbarn als unmittelbare Ansprechpartner für sofortige kurzfristige Hilfeleistungen (z. B. Nachschau) zu gewinnen. Hierin wird ein Ansatzpunkt für eine wirkungsvolle Nachbarschaftshilfe gesehen. Die Bundesregierung wird diese Erfahrungen im Rahmen eines umfassenden Modellprojektes in Frankfurt am Main weiter erproben.
- Häufig wird eine Überlastung von Familienangehörigen pflegebedürftiger älterer Menschen festgestellt. Dem kann durch zahlreiche Maßnahmen entgegengewirkt werden, um die physische und psychische Gesundheit der Pflegenden zu erhalten. Beispiele für solche Maßnahmen sind die zeitlich befristete Aufnahme des Pflegebedürftigen in Einrichtungen der Altenhilfe (etwa bei Erkrankung der Pflegeperson oder deren Familienangehörigen, bei Urlaub oder ähnlichen Situationen), Aufnahme in teilstationären Einrichtungen, Bereitstellung von Pflegekräften oder ehrenamtlichen Helfern, damit die pflegenden Angehörigen regelmäßig einen freien Tag zur Verfügung haben.

Hier setzen auch die von der Bundesregierung im Bericht zu Fragen der Pflegebedürftigkeit angekündigten Maßnahmen an (s. Drucksache 10/1943 S. 16, linke Spalte Nr. 3). Außerdem werden im Rahmen des vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit geförderten Modellprogramms „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ vier Kurzzeiteinrichtungen zur Rehabilitation von Pflegebedürftigen gefördert.

Der Entlastung der Pflegenden dient auch der Verleih technischer Hilfsmittel zur Erleichterung der Pflegearbeit. Gesprächskreise von Pflegepersonen und — sowie möglich — auch von Pflegebedürftigen haben sich ebenfalls als nützliche Maßnahmen zur Verbesserung der Pflegesituation erwiesen.

Besonders günstig wirkt es sich aus, wenn der Hausarzt dabei die Rolle eines präventiven Beraters übernimmt, da er am ehesten mit den sich bei Pflegeperson und Pflegebedürftigen abzeichnenden Veränderungen (auch den Überlastungsfolgen) konfrontiert wird. Auch gezielte Aufklärung und Beratung der gesamten Familie zum besseren Umgang mit Pflegebedürftigen ist geeignet, die Bereitschaft und die Möglichkeiten zu häuslicher Pflege zu verbessern. Das können auch Besucherdienste und Nachbarschaftshilfen, die außerdem mit dazu beitragen, daß pflegebedürftige alte Menschen nicht ausschließlich auf die Familie angewiesen sind.

- Eine wissenschaftliche Begleitstudie über den Einsatz von Zivildienstleistenden in Mobilen Sozialen Hilfsdiensten hat ergeben, daß Mobile Soziale Hilfsdienste im Rahmen des vielfältigen Angebotes bereits bestehender Einrichtungen eine Lücke schließen, und daß sie für die betreuten Bürger eine wertvolle Hilfe bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Haushaltsprobleme und bei der Aufrechterhaltung und Erweiterung ihrer Kontakte zur Umwelt sind. Für beinahe jeden dritten im Rahmen der Untersuchung Befragten würde nach eigenem Urteil ein Abbruch der Betreuung durch Zivildienstleistende in Mobilen Sozialen Hilfsdiensten eine Heimunterbringung notwendig machen. Es wird angestrebt, die gegenwärtige Zahl von rd. 4 000 Zivildienstplätzen in Mobilen Sozialen Hilfsdiensten in der nächsten Zeit wesentlich zu erhöhen.

- Ehrenamtliche Hilfe kann die erforderlichen professionellen Hilfen nicht ersetzen. Sie kann diese jedoch in ihrer Wirkung ergänzen und verstärken. Aus Modellversuchen ergibt sich, daß ehrenamtliche Hilfe organisatorisch angelehnt sein sollte an ein Netz professioneller Mitarbeiter. Ohne diesen Rückhalt sind freiwillige/ehrenamtliche Helfer häufig überfordert und verlieren dann eher ihre Motivation zur Hilfeleistung.

Viele freiwillige Helfer bedürfen für ihre Mithilfe in der praktischen Altenhilfe zusätzlicher Kenntnisse. Es liegen noch keine gesicherten Erkenntnisse darüber vor, ob diese besser durch Vorbereitungskurse oder während des praktischen Einsatzes („Lernen beim Tun“) vermittelt werden. Bei den vom Bund geförderten Modellen sind die Ergebnisse mit dem „Lernen beim Tun“ zwar etwas günstiger; doch lassen Zahl und unterschiedlicher Ansatz dieser Modelle keine abschließenden Aussagen zu.

- Selbsthilfegruppen älterer Menschen können in einem Gemeinwesen auch über lange Zeit wichtige Funktionen übernehmen. Durch die zehnjährige Dokumentation des Modellversuches „Altentreff Ulm/Neu-Ulm“ ist belegt, daß in einem Kooperationsmodell zwischen dem Träger der Selbsthilfe und der Stadt entsprechende Aufgabenbereiche eines Dienstleistungszentrums für Ältere von Älteren gestaltet werden können. Dazu zählen Kontaktfindung, Aktivitäts- und Interessengestaltung, bei einer zunehmenden Mitgliederzahl mit einem derzeitigen Stand von 1 500 Mitgliedern. Andererseits wird innerhalb dieses Kooperationsmodells eine qualifizierte professionelle Hilfestellung (hier durch die Berufsgruppe der Sozialarbeiter — Sozialpädagogen) benötigt für allgemeine und psychosoziale Beratung, Aufbau und Organisation von Hilfsdiensten (wie z. B. mobile Hilfsdienste, Fahr- und Besuchsdienste) sowie für die ständige Praxisanleitung und Beratung der Mitglieder des Vereins. Der Erfolg ehrenamtlicher Dienste hängt hiernach offenbar mit davon ab, wie gut und dauerhaft sie durch Fachkräfte betreut werden. Innerhalb dieser Konzeption wird

es gleichzeitig möglich, weitere Gruppen nicht-professionell Tätiger für diese Dienste heranzuziehen. Die hier realisierte Form der Altersselbsthilfe und die Ausführung der professionell gestützten Dienste durch Einbeziehung weiterer Laien belegen die umfangreichen Möglichkeiten von Laien- und Selbsthilfe von und für Ältere. Eine umfangreiche wissenschaftliche Auswertung dieses Modells wird 1985 veröffentlicht werden.

- Spiel und Sport für Betagte ist eine günstige Maßnahme der sogenannten Interventions-Gerontologie für die Erhaltung von Selbstständigkeit (s. auch Antwort zu Frage VII.6). Das Modell „Sport für betagte Bürger“ in Mönchengladbach läßt bisher erkennen, daß auch Selbsthilfeorganisationen in diesem Bereich einen starken Zuspruch finden können, sich über Jahre hinaus bewähren und ein starkes öffentliches Interesse zu entfalten vermögen. Die Erfolge sowohl in geistiger als auch in körperlicher Hinsicht werden von der Ärzteschaft bereits jetzt erkannt. Die wissenschaftliche Begleitung dieses Projektes ist in Zusammenarbeit mit dem Kuratorium Deutsche Altershilfe für 1985 vorbereitet. Die Bundesregierung erwartet von ihr weitere Erkenntnisse über Besucherstruktur, die sozialen Beziehungen der Teilnehmer, die sozialen, die körperlichen und die geistigen Auswirkungen der Teilnahme an Spiel und Sport, über die Zusammenarbeit mit den Ärzten und den Dienststellen der öffentlichen und freien Wohlfahrts-pflege.

- Teilstationäre Einrichtungen (z. B. Tagespflegeheime, Tagesheime) haben sich als wichtige Einrichtungen zur Erhaltung der Selbstständigkeit älterer Menschen nach schweren Erkrankungen (z. B. Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen, bei psychischen Störungen) erwiesen.

- Die Heimunterbringung ist nur für eine geringe Zahl älterer Menschen generell eine erstrebenswerte Lebensform. Die Gründe dafür sind unterschiedlich. Wenn sie auf der Angst beruhen, im Notfall keine oder keine rechtzeitige Hilfe zu erhalten, kann ihr durch den Anschluß an ein Notrufsystem begegnet werden.

Einzeluntersuchungen weisen darauf hin, daß in den Fällen, in denen bei alten Menschen eine besondere Problemlage besteht, offene Hilfen allein Heimbedürftigkeit nur schwer vermeiden können. Hier bedarf es in der Regel der Einbettung in ein Netz familialer Hilfen. Diesem Problem wird weiter nachgegangen.

Die räumliche Nähe zu einer größeren Gruppe Gleichaltriger kann bei bereits gebrechlichen, aber sonst aufgeschlossenen Betagten die Aufrechterhaltung alter Rollen bzw. die Übernahme neuer Rollen begünstigen und zu ihrer Lebenszufriedenheit beitragen. Ein rechtzeitiger Heimeintritt kann für diese Gruppe alter Menschen wichtiger sein als selbständiges Wohnen.

- Altenpflegeheime und andere Einrichtungen der Altershilfe werden in der öffentlichen Diskussion

und auch von vielen alten Menschen immer noch als Institutionen angesehen, in denen mit dem Eintritt die selbständige Lebensführung endet. Modellversuche beweisen jedoch, daß es bei entsprechender Organisation des Arbeitsablaufes durchaus möglich ist, die Heimaufnahme nicht mit einer obligatorischen Vollversorgung zu koppeln. Es kann Wohnen als Grundleistung angeboten und dann die jeweils erforderliche weitere Hilfe (z. B. Nahrung, Reinigung, Bereitstellung von Betreuung und Pflege) nach den individuellen Bedürfnissen zusätzlich zum Grundpreis — auch zeitlich befristet — in Anspruch genommen werden. Nach den bisherigen Erfahrungen entwickelt sich bei einer solchen Art des Heimbetriebes unter den Bewohnern auch eine beachtliche Nachbarschaftshilfe, die die Inanspruchnahme zusätzlicher Betreuungsleistungen vermindert oder sogar überflüssig macht.

Solche Modelle sind aus dem Grundgedanken des Wohnheimes entwickelt worden und verwirklichen den vom Kuratorium Deutsche Altershilfe mitgeprägten Gedanken „Pflegen im Wohnbereich — Wohnen im Pflegebereich“. Solche Einrichtungen vermögen u. a. die Motivation auch erheblich Behinderter zur Selbstständigkeit zu verstärken sowie der starken psychischen Belastung für Heimbewohner bei einer Verlegung in die Pflegeabteilung wenigstens teilweise entgegenzuwirken.

Eine entsprechende bauliche Gestaltung vermag die Gruppenbildung zu erleichtern, die die Vereinsamung auch bei Eintritt schwerer Bedürftigkeit mindert. Eine solche bauliche Gestaltung ist auch kostenneutral und ohne Vermehrung des umbauten Raumes möglich, indem die Fläche für das individuelle Wohnen im Stationsbereich vergrößert, andere Bereiche dagegen umgestaltet werden (z. B. Flächentausch: wichtig — unwichtig) sowie durch Flächenkostenreduzierungen infolge anderer Dimensionierung (wie z. B. mehr Wohnraum — weniger zentrale Einrichtungen). In diesem Zusammenhang wird auf die umfangreichen Veröffentlichungen des Kuratoriums Deutsche Altershilfe mit verwiesen.

- Die Zahl der psychisch und mental gestörten Heimbewohner hat nach den allgemeinen Erkenntnissen in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Nach Aussagen der Träger ist sie teilweise so groß, daß dadurch die nicht behinderten Bewohner in ihrer Lebensführung stark belastet werden. Zwischenergebnisse bei Modellen mit darauf abgestellten neuen Bau- und Organisationsformen sowie neuen Betreuungskonzepten durch Fachkräfte lassen erwarten, daß derart behinderte alte Menschen auch in den allgemeinen Einrichtungen der Altershilfe leben können, wenn entsprechende Therapie erfolgt. Diese sogenannte „Binnenrehabilitation“ erfordert allerdings ausreichendes Fachpersonal. Obwohl dies zunächst höhere Kosten (Baukosten, Personalkosten) erfordert, scheinen derartige Maßnahmen nach den bisherigen Erkenntnissen der laufenden Modelle insgesamt finanziell

günstiger zu sein als die Unterbringung in Landeskrankenhäusern und ähnlichen Einrichtungen. Beeinträchtigungen für die anderen Heimbewohner dürften bei entsprechender baulicher Gestaltung in erträglichen Grenzen gehalten werden können.

- Therapie im Rahmen eines Rehabilitations- und Behandlungsplanes in Einrichtungen der Altenhilfe ist ein sinnvoller Ansatz, um Bettlägerigkeit zu verhindern, deren Ursache die Inaktivität nach akuter Krankheit ist. Gezielte Therapie und aktivierende Pflege sind personalintensiver als eine Bewahrungspflege. Sie unterstützen aber die Bewohner bei den selbständigen Verrichtungen des täglichen Lebens. Und sie können, insbesondere bei Durchlässigkeit der Hilfeangebote (stationär, teilstationär und ambulant) vermeiden helfen, daß der Weg ins Heim zur Einbahnstraße wird.

In einer Modelleinrichtung mit entsprechenden Rehabilitationseinrichtungen (Hufeland-Haus, Frankfurt-Seckbach) wurden 1983 im gesamten stationären Bereich 203 Personen aufgenommen, davon waren bei der Aufnahme 102 Personen Dauerpflegefälle. Infolge der gezielten Maßnahmen konnten von den 203 Neuaufnahmen 83 entlassen werden, davon 41 Dauerpflegefälle. Die Entlassung erfolgte entweder in die Wohnung, in ein Altenwohnheim oder Altenheim. Auch bei Aufnahme in Einrichtungen der Altenhilfe waren die Kosten jedoch wesentlich geringer als zuvor auf der Pflegestation.

- Eine Kombination von Krankenhaus und Einrichtungen der Altenhilfe wie beim Modellversuch „Albertinen-Haus“ in Hamburg (s. auch Antwort zu Frage VII.3) kann geeignet sein, das selbständige Wohnen auch bei erheblicher Beeinträchtigung, die Gruppenbildung in der Einrichtung, sozialer Kontakte, Aktivitäten u. a. zu fördern und zu ermöglichen. Angst vor Verschlimmerung von Leiden kann gemildert, die Rückkehr in die eigene Wohnung auch nach mehrfachem Krankenhausaufenthalt selbst bei schwerem Leiden noch erreicht werden. Die Möglichkeit, die therapeutischen Einrichtungen und die Freizeitangebote beider Einrichtungen wechselseitig zu nutzen, ergibt für die Bewohner einen verhältnismäßig großen Anreiz, sich durch Bewegung und rechtzeitige Therapie möglichst lange gesundzuerhalten. Etwa 40 Bewohner der Alteneinrichtung waren bereits zu kürzeren oder längeren Aufenthalten in der Klinik und haben zu ihr eine positive Einstellung entwickelt.

Auch in einer solch gemischten, dem Krankenhaus organisatorisch nahe angegliederten Einrichtung erweist sich die wichtige Rolle eines aktiven und aktivierenden Heimbeirates. Im Modellprojekt dehnte er seine Aktivitäten auf Volkshochschule und Anwohner der Umgebung aus. Dadurch wird ein wichtiger Beitrag geleistet, um einer etwaigen Isolation oder Ausgrenzung der Einrichtungen und seiner Bewohner entgegenzuwirken.

Die Kombination von Krankenhaus und sozialen Einrichtungen hat sich bewährt. Alterskranke brauchen nach den bisherigen Erfahrungsberichten der Klinik auch im Krankenhaus gewissermaßen eine geschützte Atmosphäre. Ihre Krankheiten sind oft chronisch und erfordern das spezielle Augenmerk des in der Geriatrie erfahrenen Arztes.

Die Bundesregierung hat Konsequenzen aus den vorliegenden Ergebnissen der Modellförderung bisher z. B. bei der Weiterentwicklung der Gesetzgebung (wie Heimmindestbauverordnung, Bundessozialhilfegesetz u. a.) gezogen und sie wird solche Erkenntnisse auch bei den derzeit laufenden Arbeiten zur Novellierung des Heimgesetzes nutzen. Darüber hinaus hat sie die bisherigen Erkenntnisse im Rahmen ihrer Anregungskompetenz genutzt, z. B. beim Ausbau ambulanter sozialer Dienste. Konsequenzen sind ferner gezogen worden beim Bericht der Bundesregierung zur Frage der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) sowie bei der Entwicklung des Modellprogramms „Ambulante Dienste für Pflegebedürftige“ (s. auch Antwort zu Frage VII.9).

Im Bericht der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit (Drucksache 10/1943) sind die Erkenntnisse sowohl im Analyse- als auch im Maßnahmeteil des Berichts berücksichtigt. Sie haben unter anderem dazu geführt, daß die Bundesregierung

- sich um eine Verstärkung der Rehabilitation, insbesondere auch im teilstationären und ambulanten Bereich bemühen wird;
- die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die häusliche Krankenpflege verbessern wird. In Zukunft werden verstärkt neben der (medizinischen) Behandlungspflege (z. B. Spritzen, Wundversorgung) auch Grundpflege (z. B. Waschen, Betten) und Haushaltshilfe erbracht werden;
- im Rahmen einer Änderung der Reichsversicherungsordnung regeln wird, daß die Krankenkassen bei Krankheit der Pflegeperson die Kosten für die notwendige häusliche Pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung übernehmen werden;
- Vorschriften im Bereich des Wohnungswesens daraufhin ausrichten wird, daß das Zusammenleben mehrerer Generationen unter einem Dach und damit die gegenseitige Hilfe erleichtert werden.

Aufgrund der bisherigen Untersuchungen und Modellvorhaben konnten weitere Fragen, die sich im Rahmen der Politik für ältere Menschen stellen, herausgearbeitet werden. Hierzu wird auf das Kapitel „Forschung“ des Berichts der Bundesregierung zu Fragen der Pflegebedürftigkeit verwiesen.

Selbst wenn viele Modelle noch laufen und erst in einigen Fällen langjährige Erfahrungen gesammelt werden konnten, zeichnen sich jetzt bereits Er-

kenntnisse ab, die je nach ihrer Art bei der Weiterentwicklung der Gesetzgebung, im Rahmen der Anregungskompetenz oder bei der Modellförderung berücksichtigt werden können:

- Eine Verbesserung der Hilfe im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich sollte unter anderem durch eine regelmäßige Schulung freiwilliger Helfer, durch Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals sowie durch Qualifizierung des angelernten Personals angestrebt werden. Die Bundesregierung ist bereit, Modelle derartiger Schulungsstätten im Rahmen ihrer Zuständigkeit und der finanziellen Möglichkeiten mit zu fördern.
- Die Vorbereitung auf das Alter und auf die berufslose Zeit durch lebenslanges Lernen sollte intensiviert werden, um damit ggf. auch die Grundlage für kontinuierlich weiterarbeitende Selbsthilfegruppen zu schaffen. Die Zusammenarbeit zwischen sozialen Diensten und der Familie, und zwar unter Berücksichtigung der Besonderheiten sowohl des alten Menschen als auch der einzelnen Familienmitglieder soll dabei besonders beachtet werden.
- Die Informationen für alte Menschen, für Multiplikatoren und hier ganz besonders die Ärzte, für Behörden und Sozialversicherungsträger sollten intensiviert werden, damit rechtzeitig Beratung und soziale Hilfe einsetzen kann, für die in vielen Bereichen gesetzliche Möglichkeiten bereits gegeben sind.
- Versuche mit Einrichtungen, in denen eine Vollversorgung nicht zwingend ist, sind bisher positiv verlaufen. Die Bundesregierung ist bereit, weitere Modellmaßnahmen mit zu fördern, in denen Wohnen als Grundversorgung und die weiteren Hilfen nach den individuellen Bedürfnissen gewährt werden. Dabei scheint eine Untersuchung auch hinsichtlich der unterschiedlichen Kostenträgerschaft und ihrer Auswirkungen sinnvoll.
- Allgemein abgesicherte Rehabilitationskonzepte für chronische Leiden sollten mehr erprobt werden, da bisher die medizinische Prognose gegenüber dem Krankheitsbild älterer Menschen und dessen möglicher Beeinflussung häufig noch zu negativ ist. Das — in der Gerontologie überwundene — Defizit-Schema des Alters ist leider in der Praxis — speziell in der Gerontopsychiatrie — immer wieder noch anzutreffen.
- In örtlichen Bereichen sollte unter anderem durch Nachbarschaftshilfe, freiwillige Helfer, aber ggf. auch durch Einsatz nach § 18 Bundessozialhilfegesetz dafür Sorge getragen werden, daß in ihren körperlichen Fähigkeiten beeinträchtigte ältere Menschen ihre Verpflichtungen aus Mietverhältnissen (wie z. B. Kehrwochen, Schneeräumen) erfüllen können. Erfahrungen haben gezeigt, daß das Unvermögen, diese und ähnliche Leistungen zu erbringen, nicht selten Anlaß zur Heimaufnahme waren.

9. Welche konkreten Vorstellungen hat die Bundesregierung hinsichtlich einer Abdeckung des Pflegekostenrisikos bei ambulanter Pflege durch Familienangehörige oder Sozialstationen und bei Unterbringung in Alten- oder Altenpflegeheimen?

Wie beurteilt die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Vereinbarung zwischen dem Landesverband der Betriebskrankenkassen und dem Verband der Praktischen Ärzte für Allgemeinmedizin in Berlin?

Die Bundesregierung hat in ihrem Bericht zur Situation der Pflegebedürftigen (Drucksache 10/1943) die Frage der Einführung einer Pflegeversicherung bzw. des Erlasses eines Pflegegesetzes geprüft. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, daß derzeit eine umfassende Neuregelung oder eine grundlegende Änderung des sozialen Sicherungssystems aus finanz- und wirtschaftspolitischen Gesichtspunkten und wegen der noch ungelösten Sachprobleme nicht in Betracht kommt. Im Hinblick auf die allgemeinen Rahmenbedingungen muß die Bundesregierung sich auf erste, besonders wichtige Schritte beschränken.

Entsprechend dem Grundsatz: „Ambulante Versorgung hat Vorrang vor stationärer Versorgung“ wird sie die Situation der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen und ihrer Pflegepersonen durch das in der Antwort zu Frage IV.6 dargestellte Bündel von Maßnahmen verbessern. Die Durchführung dieser Maßnahmen wird auch Entlastung für den stationären Sektor bringen.

Dieses schrittweise Vorgehen hat den Vorteil, daß die Wirkungen der Maßnahmen besser beobachtet und unerwünschte Folgen (z. B. Sogwirkungen) begrenzt werden können.

Die Vereinbarungen zwischen dem Landesverband der Betriebskrankenkassen in Berlin und dem Verband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands, Landesverband Berlin, beinhalten eine Regelung für die Durchführung der häuslichen Krankenpflege durch Fachpersonal von Kassenärzten. Hierdurch wird das bisher bestehende Angebot von ambulanten sozialen Diensten durch entsprechende Angebote von Kassenärzten erweitert. Voraussetzung für die Leistung bleibt eine Erkrankung.

Diese Vereinbarung ist auf die speziellen Verhältnisse Berlins mit einem überproportionalen Anteil älterer Menschen zugeschnitten; in anderen Bundesländern ist derzeit nichts Ähnliches geplant. Da die Vereinbarung erst im Februar 1984 abgeschlossen wurde, ist eine Bewertung noch nicht möglich.

10. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, im Interesse der Berücksichtigung der Belange älterer Menschen in Zukunft die offiziellen altersstatistischen Daten stärker zu differenzieren, um auch zu einer verlässlicheren Basis für Forschung und Politik zu gelangen?

Einzelne Veröffentlichungen der amtlichen Statistik wie z. B. fortgeschriebene Bevölkerungszahlen, Sterbefälle, enthalten bereits Aufgliederungen nach

fünfjährigen Altersgruppen. Eine weitere Differenzierung der über 80jährigen ist z. B. bei den Wanderungen und der fortgeschriebenen Bevölkerungszahl nach dem Familienstand ohne Programmänderungen möglich.

Sofern es sich um Stichproben handelt, stellt sich die Frage, welche Gliederungstiefe angesichts des mit abnehmender Fallzahl ansteigenden Stichprobenfehlers noch vertretbar ist. Eine Erweiterung der Altersgliederung bei den Mikrozensus-Ergebnissen, die in der Regel bis zu den 65jährigen und Älteren untergliedert sind, ist wegen der z. T. geringen Fallzahl in den höheren Altersgruppen in 65- bis 80jährige, 80jährige und Ältere vorgesehen. Dies gilt sowohl für die Haushalts- und Familienstatistiken als auch für die aus dem Mikrozensus nachgewiesenen Daten zu ausgewählten Bereichen, insbesondere über die Art des Versicherungsschutzes, der Erwerbsbeteiligung und über den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Ein weiteres Problem sind kleine Bevölkerungsgruppen, für die auch Totalergebnisse in den höheren Altersgruppen kaum Besetzungszahlen bringen; dies trifft z. B. für die Ausländerstatistik zu, die auf Ergebnissen des Ausländerzentralregisters beruht und mit der Gruppe der „75jährigen und Älteren“ endet.

Die Bundesregierung wird mit dem Statistischen Bundesamt prüfen, bei welchen weiteren Statistiken wie z. B. Wahlbeteiligung, eine Aufgliederung möglich ist.

Bei den Statistiken der Renten- und Krankenversicherung sind folgende Statistiken nach Alter bzw. Altersgruppen gegliedert:

Gesetzliche Rentenversicherung:

Statistik für Versicherte (§ 1 Allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Statistik in der Rentenversicherung (RSVwV))

Statistik über abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen (§ 4 RSVwV)

Statistik über Rentenzugang (§ 6 RSVwV)

Statistik über Rentenbestand.

Gesetzliche Krankenversicherung:

Statistik über AU-Fälle und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten (§ 8 Allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung (KSVwV))

Statistik über Mitglieder (§ 2 KSVwV)

Statistik über mitversicherte Familienangehörige (§ 3 KSVwV).

Die Statistiken über den Rentenzugang und den Rentenbestand werden durchgehend nach Einzeljahrgängen gegliedert. Die für die angesprochene Thematik relevanten Statistiken werden bereits heute der erforderlichen Altersgliederung weitestgehend gerecht. Die weiteren Statistiken der Rentenversicherung über Versicherte und über abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen haben für

den betrachteten Personenkreis älterer Menschen lediglich nachrangige Bedeutung, da die Altersgruppen über 65 Jahre nur ganz gering besetzt sind. Die Differenzierung endet bei 60 Jahren (Rehabilitation) bzw. bei 67 Jahren (Versicherte).

Die Krankenversicherungs-Statistiken über Mitglieder sowie über Arbeitsunfähigkeitsfälle und Krankenhausfälle nach Krankheitsarten sehen eine Altersgliederung in 5-Jahres-Gruppen vor — endend mit den Gruppen:

70 bis unter 75 Jahre,
75 Jahre und älter.

Die Krankenversicherungs-Statistik über mitversicherte Familienangehörige nach dem Alter wird erstmals 1986 — danach alle vier Jahre — erhoben. Für die Altersgliederung wird die gleiche Differenzierung wie in der vorstehend aufgeführten Mitgliederstatistik angestrebt. Damit stehen nach Ansicht der Bundesregierung die erforderlichen Daten zur Verfügung.

Das Statistische Bundesamt plant für 1985 eine Veröffentlichung „Die Lebensverhältnisse älterer Menschen“, die wiederum — wie das gleichlautende Heft des Jahres 1977 — umfassende Strukturdaten über alte Menschen enthalten wird.

11. Ist die Bundesregierung bereit, ein eigenständiges Berufsbild des Altenpflegers zu schaffen?

Die Altenpfleger werden ganz überwiegend schulisch und nicht im dualen System der beruflichen Bildung ausgebildet. Die Zuständigkeit für den Erlass der Ausbildungsordnungen, die maßgeblich das Berufsbild beeinflussen, liegt daher im Aufgabenbereich der Bundesländer.

Um ein weiteres Auseinandergehen der Altenpflegerausbildungen in den Bundesländern zu vermeiden, hatte die Bundesregierung gegenüber dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge angeregt, Empfehlungen für eine Vereinheitlichung der Ausbildung der Altenpfleger und Altenpflegerinnen zu erarbeiten. Diese Empfehlungen nahmen die Arbeits- und Sozialminister und die Kultusminister der Länder zum Anlaß, eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einer Rahmenvereinbarung über die Ausbildung von Altenpflegern einzusetzen. Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz hat die Rahmenvereinbarung inzwischen gebilligt. Die Kultusministerkonferenz wird sich demnächst damit befassen.

Zweck dieser Rahmenvereinbarung ist es, gemeinsame Mindeststandards für die Zulassung zur Ausbildung, für die Anteile theoretischer und praktischer Ausbildung sowie die Ausbildungsdauer und damit für die staatliche Anerkennung des Berufsabschlusses des Altenpflegers festzulegen. Es ist zu erwarten, daß nach Rechtskraft der Rahmenvereinbarung die Ausbildungsregelungen der Länder sich weitgehend angleichen und damit das Berufsbild des Altenpflegers konturiert und gefestigt wird.

12. Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzbedingungen den Fähigkeiten der älteren Arbeitnehmer anzupassen?

Aufgrund des Betriebsverfassungsgesetzes kann der Betriebsrat geeignete Maßnahmen zur Anpassung von Arbeitsanforderungen und Arbeitsplatzbedingungen an die Fähigkeit älterer Arbeitnehmer beantragen.

Einen geeigneten Weg sieht die Bundesregierung daneben in vertraglichen Vereinbarungen (Tarifvertrag, Betriebsvereinbarung, Einzelarbeitsvertrag), z. B. auch zur schrittweisen Verkürzung der Arbeitszeit (vgl. Empfehlung Nr. 40 des Wiener Internationalen Aktionsplans zur Frage des Alterns), die den Gegebenheiten der einzelnen Wirtschaftsbereiche, Betriebe und Tätigkeiten Rechnung tragen können. Regelungen über Arbeitszeitverkürzungen für ältere Arbeitnehmer gibt es bereits in einigen Tarifverträgen, u. a. in der chemischen Industrie sowie in Bereichen des Nahrungsmittelgewerbes. Darüber hinaus wird die Möglichkeit eines „gleitenden Ruhestandes“ auch durch die bessere rechtliche Absicherung der Teilzeitarbeit in dem von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Förderung der Beschäftigung gefördert.

VIII. Zukunftsperspektiven

1. Teilt die Bundesregierung die Ansicht, daß im Hinblick auf die Bevölkerungsentwicklung in der Zukunft die Lebensarbeitszeitgrenze auch nach oben flexibel sein müsse?

Den Arbeitnehmern sollte hinsichtlich des Zeitpunktes des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben ein möglichst großer Freiheitsraum gewährt werden. Dieser humanitären und sozialpolitischen Zielsetzung wird das geltende System der Altersgrenzen schon weitgehend gerecht. Die Altersgrenze, von der ab ohne besondere Voraussetzungen und ohne Einschränkungen Altersruhegeld gezahlt wird, liegt bei 65 Jahren. Langjährig Versicherte können das Altersruhegeld bereits vom vollendeten 63. Lebensjahr an, besondere Versichertengruppen (Schwerbehinderte, Frauen und Arbeitslose) unter bestimmten Voraussetzungen bereits vom vollendeten 60. Lebensjahr an erhalten. Ergänzt werden diese Regelungen neuerdings durch eine Rahmengesetzgebung für Vorruhestandsleistungen seitens der Arbeitgeber unter Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeit bereits ab dem vollendeten 58. Lebensjahr.

Andererseits hat bereits nach geltendem Recht jeder Versicherte die rechtliche Möglichkeit, den Beginn des Altersruhegeldes über das 65. Lebensjahr hinaus zu verschieben. Sofern weiter Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt werden, werden in einem bestimmten Umfange zu der später beginnenden Rente Zuschläge geleistet.

Bei der Weiterentwicklung der Altersgrenzen stehen humanitäre und sozialpolitische Ziele im Vor-

dergrund. Dabei müssen insbesondere auch die langfristig zu erwartenden Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und die Entwicklung der Finanzlage der gesetzlichen Rentenversicherung berücksichtigt werden. Zweifellos kommt dem zuletzt genannten Gesichtspunkt im Hinblick auf die zu erwartende Veränderung des zahlenmäßigen Verhältnisses von Beitragszahlern zu Rentnern eine besondere Bedeutung zu. Die Bundesregierung verweist in diesem Zusammenhang auf das Gutachten des Sozialbeirates über langfristige Probleme der Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland aus dem Jahre 1981 (Drucksache 9/632), in dem ein Verschieben des Zeitpunktes für den Renteneintritt als eine der Möglichkeiten zur Entlastung der Rentenversicherung diskutiert wird.

In der derzeitigen Situation kommt es vordringlich darauf an, Festlegungen zu vermeiden, die den Handlungsspielraum für die künftige Gesetzgebung in bezug auf die Ausgestaltung des Systems der Altersgrenzen einschränken könnten. Das zeitlich befristete Vorruhestandsgesetz wird dieser Zielsetzung in besonderer Weise gerecht.

2. Welche besonderen Probleme ergeben sich in Zukunft hinsichtlich der Lage älterer Frauen?

Die Bundesregierung hat sich hierzu in ihrer Antwort vom 30. Juli 1984 auf die Kleine Anfrage der SPD über die Lebensumstände älterer Frauen (Drucksache 10/1807) geäußert. Auf die Situation der Frauen ist ferner in den Antworten zu dieser Großen Anfrage eingegangen worden, u. a. bei I.1, II.3—5, IV.1, VI.4 und VII.5.

3. Wie beurteilt die Bundesregierung die Konsequenzen heutiger Lebensstandardniveaus in bezug auf die Lebens- und Betreuungsansprüche alter Menschen in der Zukunft?

Nach den vorliegenden Forschungsergebnissen sind in der Bundesrepublik Deutschland selbst gesundheitlich oder finanziell benachteiligte ältere Menschen derzeit mit ihrer Lebenssituation im Alter weitgehend zufrieden. Diese Einschätzung basiert unter anderem auf dem Vergleich ihrer eigenen Lebenssituation im Alter mit der Alterssituation ihrer Eltern. Der Erinnerung nach hatten es ihre Eltern im Alter meist schwerer, mußten sich fast in jeder Hinsicht mehr plagen als sie selbst. Die Zufriedenheit älterer Menschen ist aber auch begründet auf einem Vergleich ihrer heutigen Situation mit den Lebensumständen vor 30 und 40 Jahren. Die Erinnerung an diese Zeit ist meist mit erheblichen Entbehrungen und Verzicht belastet.

Diese negativen Erfahrungen werden die alten Menschen in wenigen Jahren nicht mehr selbst gemacht haben. Ihre Ansprüche an Wohnkomfort, Lebenshaltung und soziale Infrastruktur werden daher voraussichtlich größer sein. Das betrifft auch

voraussichtlich die räumliche und personelle Ausstattung von Einrichtungen der Altenhilfe.

Die voraussichtlich erhöhten Anspruchserwartungen werden zusammentreffen mit der zahlenmäßigen Zunahme der sehr alten Bevölkerung über 80 Jahre und ihrem erhöhten Bedarf sowie der auch als Folge des Geburtenrückgangs veränderten Altersstruktur mit ihren Auswirkungen auf die Systeme der Alterssicherung.

In der wissenschaftlichen Diskussion wird darauf hingewiesen, daß vermutlich bereits seit 60 Jahren die Toleranzgrenze für die Verarbeitung von Beziehungshärten auch zwischen Familienangehörigen stark gesunken sei, so daß Menschen mittleren Alters Belastungen gegenüber eine andere Haltung einnehmen.

Die Bundesregierung ist der Ansicht, daß diese Gesichtspunkte in der politischen Diskussion stärker berücksichtigt werden sollten, damit rechtzeitig — soweit möglich — private Vorsorge getroffen wird, der Gedanke der Selbsthilfegruppen gestärkt und — soweit erforderlich — Maßnahmen der öffentlichen Hand rechtzeitig vorbereitet werden.

Die Lebenszufriedenheit der alten Menschen hängt ab von der gesamten wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und kulturellen Situation der Menschen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Kontinuität der Lebensführung auch im Alter, eines der altenspolitischen Ziele der Bundesregierung, wird die Lebens- und Betreuungsansprüche alter Menschen in der Zukunft voraussichtlich wesentlich mitbestimmen.

4. Wie hoch ist der Anteil von Familien, bei denen es inzwischen zwei Generationen in der Ausbildung und zwei Generationen im Rentenalter gibt?

Der Bundesregierung liegt umfassendes statistisches Material zu dieser Frage nicht vor. Hinweise geben jedoch die Feststellungen des Statistischen Bundesamtes, nach denen es im April 1982 unter den 11 Millionen Haushalten mit zwei und mehr Generationen 25 000 Haushalte gab, in denen zwei Generationen in Ausbildung waren und 50 000 Haushalte mit zwei Generationen im Rentenalter. Das entspricht einem Anteil von 0,23 bzw. 0,45 v. H.

