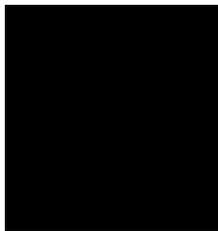




Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation



Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation

Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland:

Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger –
unter besonderer Berücksichtigung demenzieller
Erkrankungen

**Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation
in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität
und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung
demenzieller Erkrankungen
und
Stellungnahme der Bundesregierung**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I	
Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“	17
A.	
Einleitung	17
B.	
Lebensumstände hochaltriger Menschen – Potenziale und Unterstützungsbedarf	18
1	
Demografischer Wandel und Hochaltrigkeit	18
2	
Lebensverhältnisse hochaltriger Menschen	19
2.1	
Wirtschaftliche Lage	19
2.2	
Wohnverhältnisse	20
2.3	
Soziale Beziehungen	21
2.4	
Gesundheitliche Lage	21
C.	
Erfordernisse und Maßnahmen in Politik und Gesellschaft	23
1	
Strukturen der Altenhilfe	23
2	
Baumodellförderung und Wohnberatung	24
3	
Inner- und außerfamiliale Unterstützung	25
3.1	
Häusliche Hilfe und Pflege	25
3.2	
Außerfamiliale Hilfestellungen	25

	Seite	
4	Medizinische Versorgung	27
4.1	Prävention und Gesundheitsförderung	27
4.2	Koordination und Vernetzung	27
4.3	Aktionsprogramm Demenz	28
4.4	Sterbebegleitung: Umsetzung der Hospizidee	29
4.5	Gesundheitliche Situation alter Frauen	29
4.6	Hausärztliche Versorgung Hochaltriger	30
4.7	Gesundheitsreformgesetz 2000	30
5	Rechtliche Grundlagen	31
5.1	Pflegerische Versorgung	32
5.1.1	Novellierung des Heimgesetzes	32
5.1.2	Altenpflegegesetz	34
5.1.3	SGB XI	35
5.1.3.1	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz	35
5.1.3.2	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz	36
5.2	Zivilrechtliche Regelungen	37
5.2.1	Bestellung einer Betreuung	37
5.2.2	Patientenverfügung	39
5.3	Verfassungsrechtliche Regelungen	41
5.4	Strafrechtliche Regelungen	41
5.5	Sozialrechtliche Regelungen	42
II.	Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen	44
	Vorwort	44
1	Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung	51
1.1	Historischer Abriss	51
1.2	Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit“	53
1.3	Biologische Voraussetzungen der Langlebigkeit	54
1.4	Demographische Alterung und gesellschaftlicher Umgang mit Hochaltrigkeit	55
1.5	Leitbilder der Kommission	58
1.6	Ausschau auf den Vierten Altenbericht	58
2	Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz	60
2.1	Einleitung	60
2.2	Forschung zum vierten Lebensalter in Deutschland: Themenübersicht, Forschungseinrichtungen und ausgewählte Projekte	60
2.2.1	In vier deutschen Fachzeitschriften vertretene Themen	60
2.2.2	Übersicht der Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf das Altern konzentrieren	62

	Seite	
2.2.3	Darstellung ausgewählter Projekte in Deutschland und einige ihrer zentralen Befunde zum vierten Lebensalter	64
2.2.4	Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen . .	64
2.2.4.1	Trends wissenschaftlicher Arbeit im Spiegel der Publikationen	64
2.2.4.2	Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf Demenz konzentrieren	67
2.3	Fazit: Zusammenfassung und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten	69
3	Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters	71
3.1	Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger	71
3.1.1	Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation . .	71
3.1.1.1	Objektive Lebensqualität	71
3.1.1.2	Subjektive Lebensqualität	71
3.1.1.3	Integrative Ansätze	73
3.1.2	Lebensqualität im hohen Alter	75
3.1.2.1	Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter	75
3.1.2.2	Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter	77
3.1.2.3	Lebensqualität und Demenz	78
3.1.3	Potenziale und Risiken des hohen Alters	79
3.2	Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	79
3.2.1	Einkommen und Vermögen Hochaltriger – Höhe, Quellen, Disparitäten	80
3.2.1.1	Durchschnittliches Einkommen Hochaltriger und relative Einkommensposition	80
3.2.1.2	Einkommensverteilung und Einkommensarmut Hochaltriger	83
3.2.1.3	Vermögenssituation im Alter	90
3.2.2	Einkommensverwendung im hohen Alter	92
3.2.3	Spezifische Bedarfslagen und materielle Risiken Hochaltriger	94
3.2.3.1	Verwitwung	95
3.2.3.2	Pflegebedürftigkeit	98
3.2.4	Materielle Lage und Lebensqualität Hochaltriger	103
3.2.4.1	Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Alter	104
3.2.4.2	Der Zusammenhang zwischen ökonomischer Lage und Wohlbefinden	105
3.2.4.2.1	Ökonomische Lage und Wohlbefinden bei Hochaltrigen	105
3.2.4.2.2	Indirekte Einflüsse der ökonomischen Lage auf das Wohlbefinden . . .	106
3.2.4.3	Mögliche Erklärungsbestandteile für den im höheren Alter vergleichsweise geringeren Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und ökonomischer Lage	107
3.2.5	Fazit	108
3.3	Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen	109
3.3.1	Vorbemerkung und grundsätzliche Empfehlungen	109
3.3.2	Anforderungen an selbstständiges Wohnen im Alter	111
3.3.3	Besonderheiten des selbstständigen Wohnens im hohen Alter	112
3.3.4	Aktivitätseinschränkungen und Wohnungsmängel	112
3.3.5	Besonderheiten von Wohnumfeldverbesserungen für Menschen mit Demenz	114

	Seite	
3.3.5.1	Personelle Hilfen und technische Lösungen	115
3.3.5.2	Konzeptionelle Fragen	115
3.3.5.3	Besonderheiten des Beratungsprozesses	117
3.3.6	Die Arbeit von Wohnberatungsstellen als Möglichkeit zur Verminderung von wohnbezogenen Risiken und als Voraussetzung zu einer personen- und sachgerechten Wohnungsanpassung	117
3.3.7	Sicherstellung der Wirksamkeit von Anpassungsmaßnahmen in der Wohnberatung durch eine angemessene Finanzierung	118
3.3.8	Fazit	119
3.4	Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	120
3.4.1	Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter	120
3.4.2	Strukturen des sozialen Netzwerkes im hohen Alter	121
3.4.2.1	Haushalte Hochaltriger	121
3.4.2.2	Elternschaft Hochaltriger	121
3.4.2.3	Geschwister, entfernte Verwandte und Freunde Hochaltriger	122
3.4.2.4	Lebensgemeinschaften	123
3.4.2.5	Familienstand Hochaltriger, Verwitkung, Scheidungen und Wiederverheiratung	123
3.4.2.6	Zukünftige Entwicklung der Lebensformen Hochaltriger	125
3.4.3	Verwitkung als soziales Risiko des hohen Alters	126
3.4.3.1	Verwitkung und Gesundheit	126
3.4.3.2	Verwitkung und Sterblichkeit	127
3.4.3.3	Verwitkung und Suizidrisiko	127
3.4.3.4	Verwitkung und Veränderungen der Alltagsgestaltung	128
3.4.3.5	Verwitkung und Freizeitaktivitäten und -kontakte	128
3.4.3.6	Verwitkung und neue Partnerschaften	128
3.4.3.7	Bewältigung des sozialen Risikos Verwitkung	129
3.4.3.8	Faktoren, die die Bewältigung des sozialen Risikos Verwitkung unterstützen	130
3.4.4	Isolation und Einsamkeit als soziale Risiken des hohen Alters	130
3.4.4.1	Prävalenz	131
3.4.4.2	Risikofaktoren für die Entstehung von Einsamkeit und Isolation	131
3.4.4.3	Einsamkeit und Verwitkung	133
3.4.4.4	Einsamkeit und Heimaufenthalt	133
3.4.5	Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters	133
3.4.5.1	Definition des Begriffs „Gewalt“	133
3.4.5.2	Das Ausmaß von Kriminalität und Gewalt gegen alte und hochaltrige Menschen	133
3.4.6	Fazit	135
3.5	Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter	136
3.5.1	Einleitung	136
3.5.2	Epidemiologische Datenquellen	139
3.5.2.1	Daten der Kranken- und Pflegeversicherungsträger	139
3.5.2.2	Krankheitsregister	143
3.5.2.3	Todesursachenstatistiken	143
3.5.3	Bevölkerungsstudien	145
3.5.3.1	Untersuchungen in Deutschland	145

	Seite
3.5.3.2	Epidemiologie ausgewählter Erkrankungen 148
3.5.3.2.1	Kardiovaskuläre Erkrankungen 148
3.5.3.2.2	Krebserkrankungen 149
3.5.3.2.3	Neurologische Erkrankungen 151
3.5.3.2.4	Psychiatrische Erkrankungen 152
3.5.3.2.5	Erkrankungen der Muskeln und des Skeletts 157
3.5.3.2.6	Stürze 159
3.5.3.3	Epidemiologie ausgewählter Funktionseinschränkungen 160
3.5.4	Pharmakoepidemiologie 160
3.5.5	Fazit 163
3.6	Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz 164
3.6.1	Einleitung 164
3.6.2	Normales kognitives Altern 166
3.6.3	Epidemiologie der Demenzen 167
3.6.3.1	Prävalenz der Demenz 167
3.6.3.1.1	Bevölkerungsstudien 167
3.6.3.1.2	Untersuchungen in Einrichtungen der Altenhilfe 167
3.6.3.2	Inzidenz der Demenz 168
3.6.4	Risikofaktoren der Demenz 169
3.6.5	Protektive Faktoren 170
3.6.6	Folgen einer Demenz 172
3.6.6.1	Verlust der Autonomie und Pflegebedürftigkeit 172
3.6.6.2	Unterernährung und Verhungern 172
3.6.6.3	Verhaltensstörungen (sekundäre Demenzsymptome) 173
3.6.6.4	Erhöhte Unfallgefährdung 174
3.6.6.5	Erhöhtes Risiko, Opfer krimineller Taten zu werden 174
3.6.6.6	Begleiterkrankungen 174
3.6.6.7	Medizinische Unterversorgung 174
3.6.7	Leben mit Demenz 175
3.6.7.1	Die Welt der Demenzkranken 175
3.6.7.2	Lebensqualität Demenzkranker 178
3.6.7.3	Materielle und soziale Umgebung für Demenzkranke 178
3.6.7.4	Therapeutischer Umgang mit Demenzkranken 180
3.6.8	Fazit 181
3.7	Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter 182
4	Interventionen – Strukturen und Strategien 193
4.1	Einleitung 193
4.2	Familiale Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger 193
4.2.1	Die Bereitschaft zur Übernahme der häusliche Pflege 194
4.2.2	Charakteristik der familialen Pflegesituation 195
4.2.2.1	Hauptpflegepersonen: Partnerinnen und Töchter 195
4.2.2.2	Zustandekommen, Art und Umfang der pflegerischen Leistungen ... 197
4.2.2.3	Die Spezifik der Beziehung zum pflegebedürftigen Hochaltrigen ... 197

	Seite	
4.2.3	Konsequenzen der Pflegesituation und deren Bewältigung	198
4.2.3.1	Belastungen und Gesundheitszustand der Hauptpflegepersonen	198
4.2.3.2	Bewältigung von Belastungen im Kontext häuslicher Pflege	199
4.2.4	Die häusliche Pflege demenziell erkrankter Familienangehöriger . . .	201
4.2.4.1	Charakteristik der Angehörigen, die Demenzkranke pflegen	201
4.2.4.2	Belastungen und Gesundheitszustand der pflegenden Angehörigen . . .	201
4.2.4.3	Inanspruchnahme von Hilfsangeboten durch pflegende Angehörige . . .	202
4.2.5	Häusliche Pflege zwischen familialer Unterstützung und professioneller Hilfe	203
4.2.5.1	Art und Umfang professioneller Hilfe	203
4.2.5.2	Gründe der Inanspruchnahme und Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe	204
4.2.6	Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege	205
4.2.7	Fazit	206
4.3	Außerfamiliäre soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement	207
4.3.1	Demographische Entwicklung	207
4.3.2	Soziale Netzwerke und Unterstützungspotenziale	208
4.3.3	Freunde, Nachbarn	210
4.3.4	Glaubensgemeinden, Vereine und Verbände	210
4.3.5	Selbsthilfegruppen	212
4.3.6	Freiwilliges Engagement	215
4.3.7	Bedeutung der Haustiere	216
4.3.8	Fazit	217
4.4	Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger	218
4.4.1	Einleitung – Besonderheiten der Demenz	218
4.4.2	Erhaltung der Mobilität	218
4.4.3	Telematik	222
4.4.3.1	Sicherheit	222
4.4.3.2	Informations- und Kommunikationssysteme zum Thema Demenz . . .	223
4.4.3.3	Aktivierende Programme für Betroffene	223
4.4.3.4	Telemedizin bei pflegebedürftigen Demenzkranken	224
4.4.4	Bewertung und Ausblick	225
4.5	Medizinische Versorgung	225
4.5.1	Einleitung	225
4.5.2	Ambulante medizinische Versorgung	229
4.5.2.1	Hochaltrige als Klienten der Hausärzte	229
4.5.2.1.1	Bedeutung der hausärztlichen Versorgung für Hochaltrige	229
4.5.2.1.2	Charakteristik der hausärztlichen Versorgungssituation – Potenziale und Probleme	230
4.5.2.2	Hausärztliche Versorgung Demenzkranker	232
4.5.2.3	Hausärztliche Versorgung Hochaltriger im Heim	234
4.5.2.4	Andere ambulante Versorgungsangebote	236
4.5.3	Teilstationäre geriatrische Versorgungsangebote	238
4.5.4	Stationäre Versorgung	241
4.5.4.1	Allgemeinkrankenhaus	242

	Seite
4.5.4.2	Geriatrische Klinik 242
4.5.4.3	Stationäre Versorgung in der Gerontopsychiatrie 245
4.5.5	DRG-System und Probleme in der Geriatrie 247
4.5.6	Fazit 249
4.6	Pflegerische Versorgung 250
4.6.1	Pflegebedürftige nach SGB XI 250
4.6.2	Ambulante und teilstationäre Pflege: Strukturen und Inanspruchnahme 252
4.6.2.1	Inanspruchnahme ambulanter Pflege 252
4.6.2.2	Antragsteller und Antragstellerinnen für häusliche Pflege 252
4.6.2.3	Zahl der Dienste und Personal in der ambulanten Pflege 254
4.6.2.4	Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege 256
4.6.2.5	Erwartungen an Pflegedienste 256
4.6.2.6	Pflichtbesuche nach §37 (3) SGB XI 257
4.6.2.7	Kurzzeitpflege 257
4.6.2.8	Tages- und Nachtpflege 258
4.6.2.9	Entwicklungsnotwendigkeiten nicht stationärer Angebotsstrukturen . 258
4.6.3	Stationäre Pflege 259
4.6.3.1	Einrichtungen 259
4.6.3.2	Personal 260
4.6.3.3	Inanspruchnahme 261
4.6.3.4	Arbeitsbedingungen 261
4.6.3.5	Spezielle stationäre Wohn- und Versorgungsformen für Demenzkranke 262
4.6.3.6	Hospize und palliativmedizinische Einrichtungen 266
4.6.3.7	Entwicklungsnotwendigkeiten stationärer Versorgung 269
4.6.4	Dimensionen des Pflegebegriffs 269
4.6.4.1	Ganzheitlichkeit in der Pflege 269
4.6.4.2	Pflege 270
4.6.4.3	Ziele der Pflege 271
4.6.4.4	Pflegemethoden 272
4.6.4.5	Pflegebedürftigkeit 272
4.6.4.6	Pflegeprozess 273
4.6.4.7	Grund- und Behandlungspflege 274
4.6.5	Besondere Anforderungen an die Pflege Hochaltriger 275
4.6.5.1	Beziehung in der Pflege 275
4.6.5.2	Rehabilitation und Pflege 276
4.6.5.3	Sterbebegleitung 277
4.6.5.4	Ausgewählte Problembereiche der Pflege 278
4.6.6	Besondere Anforderungen an die Pflege von Demenzkranken 282
4.6.7	Zur Entwicklung der Altenpflege als Beruf 285
4.6.8	Perspektiven für die Pflegebildung 286
4.6.9	Fazit 287
4.7	Therapie der Demenz 288
4.7.1	Einleitung 288
4.7.2	Soziotherapie oder Umfeldstrukturierung 290
4.7.2.1	Spektrum der Therapieansätze 290
4.7.2.2	Vorliegende Untersuchungen 290

	Seite	
4.7.2.3	Vorgehensweise und resultierende Aussagekraft	291
4.7.2.4	Empfehlungen von Interessensverbänden	291
4.7.2.5	Zusammenfassung	291
4.7.3	Psychologische Interventionen	291
4.7.3.1	Spektrum der Therapieansätze	291
4.7.3.1.1	Verhaltenstherapie	292
4.7.3.1.2	Andere psychosoziale Verfahren	292
4.7.3.1.3	Kognitives Training und andere im Wesentlichen aus der Verhal- tenstherapie abgeleitete Trainingsmaßnahmen	292
4.7.3.1.4	Realitätsorientierungstherapie (ROT)	292
4.7.3.1.5	Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)	293
4.7.3.1.6	Musik- und Kunsttherapie	293
4.7.3.1.7	Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige	293
4.7.3.2	Vorliegende Untersuchungen, methodische Qualität und Ergebnisse . . .	293
4.7.3.3	Empfehlungen von Interessensverbänden	293
4.7.3.4	Zusammenfassung	293
4.7.4	Medikamentöse Therapie	293
4.7.4.1	Substanzspektrum	293
4.7.4.1.1	Antidementiva	293
4.7.4.1.2	Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen	294
4.7.4.2	Vorliegende Untersuchungen	294
4.7.4.2.1	Antidementiva	294
4.7.4.2.2	Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen	295
4.7.4.3	Methodische Qualität	295
4.7.4.3.1	Antidementiva	295
4.7.4.3.2	Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen	295
4.7.4.4	Ergebnisse	295
4.7.4.4.1	Antidementiva	295
4.7.4.4.2	Medikamentöse Therapie von Verhaltenssymptomen	296
4.7.4.5	Empfehlungen von Interessensverbänden	296
4.7.4.6	Zusammenfassung	300
4.7.5	Aktuell erreichbare Therapieziele	300
4.7.5.1	Ziele	300
4.7.5.2	Kosten-Nutzen-Relation	300
4.7.6	Perspektiven der Therapie	301
4.7.6.1	Soziotherapie	301
4.7.6.2	Psychotherapie	302
4.7.6.3	Zukünftige Perspektive der medikamentösen Therapie	302
4.7.7	Fazit	302
4.8	Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstüt- zungs- und Versorgungsangebote	303
4.8.1	Ausgangssituation	303
4.8.2	Phasen langfristiger Krankheitsentwicklung Hochaltriger: Das Ver- laufsmodell	303
4.8.3	Bewältigungsarbeiten in einem fragmentierten Versorgungssystem . . .	306
4.8.4	Stärken und Schwächen von Lösungsansätzen	307

	Seite	
4.8.4.1	Mittelbare oder indirekte Formen	308
4.8.4.2	Unmittelbare oder direkte Formen	308
4.8.4.3	Care Management, Disease Management, Managed Care	310
4.8.4.4	Case Management	311
4.8.5	Zwei Praxisbeispiele als Ansätze zur Veränderung	312
4.8.6	Förderungsnotwendigkeiten für eine kontinuierlich sichernde Vernetzungspraxis	314
4.8.6.1	Die Ebene der Akteure	314
4.8.6.2	Die Ebene der Arbeitsorganisation	315
4.8.7	Fazit	317
5	Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung	319
5.1	Überblick	319
5.2	Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang	319
5.2.1	Altersgrenzen als kalendarische Grenzen	319
5.2.2	Alter als Schutzbelang auf der Ebene des Internationalen und des Europäischen Rechts, des Verfassungsrechts und des einfachen Gesetzes	319
5.2.2.1	Internationales und Europäisches Recht	319
5.2.2.2	Verfassungsrecht	320
5.2.2.3	Gesetzesrecht	321
5.2.2.4	Zusammenfassung	321
5.2.3	Schutzweisen: Verbot der Diskriminierung wegen des Alters – Gebot der Förderung altersspezifischer Schutzbelange	321
5.2.3.1	Zum Verbot der Diskriminierung wegen des Alters und zur Problematik eines besonderen altersbezogenen Antidiskriminierungsgesetzes	322
5.2.3.2	Förderung altersspezifischer Schutzbelange	323
5.2.3.3	Zusammenfassung	324
5.3	Zivilrechtliche Rahmenbedingungen	324
5.3.1	Gefahren für die Besorgung der eigenen Angelegenheiten im hohen Alter	324
5.3.2	Die Betreuung (§§ 1896 ff. BGB)	324
5.3.3	Die Vorsorgevollmacht anstelle einer Betreuung	325
5.3.4	Freiheitsentziehende Unterbringung Betreuer	325
5.3.5	Einwilligung des Betreuers bei ärztlichen Maßnahmen	325
5.3.6	Genehmigungserfordernis bei Behandlungsentscheidung bzw. beim Abbruch lebensverlängernder Behandlung	326
5.3.7	Patientenverfügungen haben Vorrang vor Entscheidungen des Betreuers	326
5.3.8	Im Zweifel Vorrang einer Betreuung vor Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung	326
5.4	Strafrecht	327
5.4.1	Zur Opfersituation älterer Menschen bei Straftaten	327
5.4.2	Relativ geringe Delinquenzbelastung Hochaltriger	327
5.4.3	Kein besonderes Altenstrafrecht	327
5.4.4	Probleme bei Strafzumessung und im Strafvollzug	328
5.5	Sozialrecht	328

	Seite
5.5.1	Allgemeines 328
5.5.2	Keine spezifischen sozialrechtlichen Vorkehrungen und Sozialleistungen für die besonderen Lebenssituationen Hochaltriger 328
5.5.3	Leistungsarten und -prinzipien und ihre praktischen Auswirkungen . . . 329
5.5.4	Bereitstellungsverantwortung und Sicherstellungsauftrag 330
5.5.5	SGB XI – Soziale Pflegeversicherung 331
5.5.5.1	Leistungen 331
5.5.5.1.1	Problematik des Begriffs und der Bemessung der Pflegebedürftigkeit 331
5.5.5.1.2	Geriatrische Rehabilitation – Rehabilitation vor Pflege 332
5.5.5.1.3	Begutachtungsprobleme in Hinblick auf den Vorrang der Rehabilitation 333
5.5.5.1.4	Ausstattung des Wohnumfeldes 333
5.5.5.1.5	Akzeptanzprobleme bei der Tagespflege 334
5.5.5.2	Leistungserbringung 334
5.5.5.3	Hilfe für Personen mit allgemeinem Betreuungsbedarf, insbesondere für demenziell erkrankte Personen 334
5.5.5.3.1	Zum betroffenen Personenkreis 334
5.5.5.3.2	Begrenzte Möglichkeiten im bisherigen rechtlichen Rahmen des SGB XI 334
5.5.5.3.3	Jüngste Reformen im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 334
5.5.5.4	Zusammenfassung 336
5.5.6	SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung 336
5.5.6.1	Leistungsrecht 336
5.5.6.1.1	Häusliche Krankenpflege 336
5.5.6.1.2	Soziotherapie 336
5.5.6.1.3	Geriatrische Rehabilitation 337
5.5.6.2	Leistungserbringungs- und Vergütungsrecht 337
5.5.6.2.1	Ärztliche Behandlung in Pflegeeinrichtungen 337
5.5.6.2.2	§§ 109, 111 SGB V-Problematik 337
5.5.6.2.3	Integrationsversorgung 337
5.5.6.2.4	Umstellung der Finanzierungsmodi im Krankenhausbereich: Auswirkungen der DRGs auf die Geriatrie 338
5.5.6.3	Zusammenfassung 338
5.5.7	BSHG – Sozialhilfe 338
5.5.8	SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen 339
5.5.9	Zur Problematik der mangelnden Koordination von Leistungen und der Leistungserbringung 339
5.5.9.1	Zur Grundproblematik: Gegliedertes System versus multidimensionelle Sicherheitsbedarfe 339
5.5.9.2	Beispiele für leistungsrechtliche Schnittstellenprobleme 341
5.5.9.3	Beispiele für leistungserbringungsrechtliche Schnittstellenprobleme . . . 341
5.5.9.4	Einfluss externer Faktoren: Dauer der Betreuungsverfahren 341
5.5.9.5	Zusammenfassung und Lösungsansätze am Beispiel des SGB IX . . . 341
5.6	Heimgesetz 342
5.6.1	Allgemeines 342
5.6.2	Gesetzeszweck 342
5.6.3	Heimbegriff 342
5.6.4	Heimvertrag 343

	Seite
5.6.5	Heimmitwirkung 343
5.6.5.1	Änderungen aufgrund des Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes 343
5.6.5.2	Fehlende sozialwissenschaftliche Befunde zur Mitwirkung im Heim 344
5.6.5.3	Sichtweisen der Praxis 344
5.6.5.3.1	Akzeptanz der Heimmitwirkung 344
5.6.5.3.2	Aktives Wahlrecht 344
5.6.5.3.3	Passives Wahlrecht und Ersetzungsmöglichkeiten 345
5.6.5.3.4	Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte 345
5.6.6	Heimaufsicht 346
5.6.7	Problemfelder beim Leben im Heim – Sicherung der Grundrechtsverwirklichung in Heimen 346
5.6.8	Zusammenfassung 347
5.7	Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz) 347
5.7.1	Anwendungsbereich: Wirksamkeit der Vorschrift auch für diesen Personenkreis? 347
5.7.2	Negativ: Verbot von Diskriminierung – Positiv: Entwicklung von besonderen Schutzvorkehrungen? 348
6	Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen 351
6.1	Einführung 351
6.2	Gesellschaftliche Bewertung der Hochaltrigkeit 352
6.3	Die Lebenssituation Hochaltriger 352
6.4	Grundlagen einer Ethik des Alterns 353
6.4.1	Ausgangspunkte 353
6.4.2	Solidarität 353
6.4.3	Schutz der Würde 354
6.4.4	Autonomie 355
6.4.5	Sinnhaftigkeit 355
6.4.6	Gleichwertigkeit der Lebensphasen 355
6.5	Folgerungen 356
6.5.1	Sicherung der materiellen Existenz 356
6.5.2	Zugang zur gesundheitlichen Versorgung 356
6.5.3	Inanspruchnahme der Familie als Ressource der Versorgung hochaltriger, insbesondere demenziell erkrankter Menschen 357
6.6	Hochaltrigkeit, Sterben und Tod 358
6.6.1	Lebensverlängerung und Leidensminderung 358
6.6.2	Aktive Sterbehilfe 358
7	Empfehlungen 360
	Literatur 369

	Seite
Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	
Tabellen	
Tabelle 1-1	55
Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050	
Tabelle 1-2	56
Entwicklung der – fernerer – durchschnittlichen Lebenserwartung	
Tabelle 2-1	61
Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen Fachzeitschriften	
Tabelle 2-2	63
Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen und vier internationalen (englischsprachigen) Fachzeitschriften	
Tabelle 2-3	65
Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)	
Tabelle 2-4	68
Demenzforschung in Deutschland	
Tabelle 3-1	81
Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen und äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen nach Haushaltstyp, 1998	
Tabelle 3-2	83
Einnahmen aus Vermögen (einschl. fiktiver Mieteinnahmen aus selbstbewohntem Wohneigentum), 1998	
Tabelle 3-3	84
Variationskoeffizient der gewichteten ausgabefähigen Einnahmen (ohne Mietwert) im Monat, 1998	
Tabelle 3-4	86
Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999	
Tabelle 3-5	87
Altersspezifisches Ausmaß verdeckter Armut	
Tabelle 3-6	88
Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen am 31. Dezember 1999	
Tabelle 3-7	89
Entwicklung der Heimentgelte und der Differenz zu den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung, 1998 bis 2000	
Tabelle 3-8	90
Vermögen und Schulden privater Haushalte, 1998	
Tabelle 3-9	93
Mittelwert der monatlichen Ausgaben für den privaten Verbrauch und des ausgabefähigen Einkommens sowie Konsumquoten der Haushalte Älterer, 1998	
Tabelle 3-10	93
Sparquote und Höhe der Ersparnis der Haushalte Älterer, 1998 ...	
Tabelle 3-11	94
Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, 1998 ...	
Tabelle 3-12	100
Schichtung des haushaltsspezifischen Netto- und Nettoäquivalenzeinkommens bei Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern (ohne die Leistungen der Pflegeversicherung)	
Tabelle 3-13	101
Struktur der Ausgaben für den privaten Verbrauch von Haushalten, die Pflegegeld beziehen, und von denjenigen, die kein Pflegegeld beziehen, Westdeutschland 1998	
Tabelle 3-14	104
Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen	
Tabelle 3-15	110
Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit ausgewählten Geräten, 1998 (je 100 Haushalte)	
Tabelle 3-16	111
Ausstattungsgrad der Privathaushalte älterer Menschen mit Bad, WC und Sammelheizung, 1993	
Tabelle 3-17	113
Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten (Durchführung „schwierig“ oder „unmöglich“ zusammengefasst) in verschiedenen Altersgruppen	

	Seite
Tabelle 3-18 Die häufigsten Wohnungsmängel/Wohnprobleme in der Wohnung bei hochaltrigen Nutzern (80 Jahre und älter) der Wohnberatungsstellen (Angaben in Prozent)	114
Tabelle 3-19 Anomiesymptome, 1998	120
Tabelle 3-20 Glücksempfinden, 1998	121
Tabelle 3-21 Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind und zum nächstwohnenden Elternteil, 1996	121
Tabelle 3-22 Anteil der Personen im Alter von 60 bis 85 Jahren, die den Tod mindestens eines ihrer Kinder erlebt hatten, 1996	122
Tabelle 3-23 Familiäre und außerfamiliäre soziale Kontakte, 1998	123
Tabelle 3-24 Familienstand von Frauen und Männern verschiedener Altersgruppen, Deutschland, 1999	124
Tabelle 3-25 Eheschließende nach bisherigem Familienstand (in Prozent)	124
Tabelle 3-26 Durchschnittliches Heiratsalter (in Jahren) nach bisherigem Familienstand	125
Tabelle 3-27 Lebensformen der Männer im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)	125
Tabelle 3-28 Lebensformen der Frauen im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2040 (in %)	126
Tabelle 3-29 Prävalenz von Einsamkeit, 1998	131
Tabelle 3-30 Häufigkeit von Einsamkeit, Isolation, Alleinsein Hochaltriger in verschiedenen Untersuchungen	131
Tabelle 3-31 Subjektive Wahrnehmung der Sicherheit in der Wohngegend, 1998	134
Tabelle 3-32 Häufige Krankenhausentlassdiagnosen 1998 nach Alter und Geschlecht (in % aller Erkrankungen)	139
Tabelle 3-33 Arzneimittelverbrauch nach Alter und Indikationsgruppe in definierten Tagesdosen (DDD) je versicherter Person der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999	141
Tabelle 3-34 Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf ambulante Pflegeleistungen 1998 .	142
Tabelle 3-35 Erste pflegebegründende Diagnose bei als pflegebedürftig anerkannten Erstantragstellern auf vollstationäre Pflegeleistungen 1998	142
Tabelle 3-36 Todesursachen in Deutschland 1999: Sterbeziffern – Gestorbene je 100 000 der Bevölkerung	144
Tabelle 3-37 Die sechs häufigsten Krankheiten bei älteren Menschen und Anteil Hilfe- und Pflegebedürftiger unter den älteren Menschen mit diesen Krankheiten	147
Tabelle 3-38 Diagnosenprävalenz (die zehn häufigsten Erkrankungen) bei 70-Jährigen und Älteren in Berlin: Unterscheidung nach Diagnosesicherheit und objektivem und subjektivem Schweregrad	148
Tabelle 3-39 Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen nach Alter und Geschlecht	150
Tabelle 3-40 Häufigste Krebsneuerkrankungen bei über 80-jährigen Frauen und Männern	150
Tabelle 3-41 Prävalenz psychischer Erkrankungen bei alten Menschen. Resultate von in Deutschland durchgeführten Studien	153
Tabelle 3-42 Ausgewählte Indikatoren der Berliner Altersstudie zur Medikation im Alter	164

	Seite	
Tabelle 3-43	Prävalenz von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland	167
Tabelle 3-44	Jährliche Neuerkrankungen an Demenz in Deutschland nach Alter	169
Tabelle 3-45	Risikofaktoren für die Manifestation einer Alzheimerkrankheit . .	169
Tabelle 3-46	Protektive Faktoren	171
Tabelle 3-47	Entwicklung der Zahl von Demenzkranken in Deutschland bei gleich bleibenden altersspezifischen Prävalenzraten (Angaben in 1 000)	182
Tabelle 4-1	Geschlecht, Alter, Verwandtschaftsbeziehung und Wohnort der privaten Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, 1998	195
Tabelle 4-2	Anteil der von Ehegatten geleisteten Hilfen an allen Hilfen bei verheirateten Pflegebedürftigen nach deren Alter	195
Tabelle 4-3	Rangfolge der Unterstützungspersonen (ohne Kontrolle für die Existenz) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)	209
Tabelle 4-4	Rangfolge der Unterstützungspersonen (sofern existent) bei den 70- bis 85-Jährigen (in Prozent)	209
Tabelle 4-5	Soziale Kontakte	210
Tabelle 4-6	Gesellschaftliche Beteiligung alter Menschen	211
Tabelle 4-7	Aufgaben der Alzheimer Gesellschaften	212
Tabelle 4-8	Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen. Entscheidungen der Gerichte nach § 69 StGB	219
Tabelle 4-9	Entziehungen von allgemeinen Fahrerlaubnissen im Jahr 2000 nach Entscheidungsgründen. Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach §§ 2a, 3 und 4 StVG	220
Tabelle 4-10	Hausarzt- und Facharztdichte (am Beispiel der Internisten) nach Regionstyp	230
Tabelle 4-11	Teilstationäre geriatrische Einrichtungen in Deutschland und den Bundesländern	240
Tabelle 4-12	Anzahl der Plätze in teilstationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern	241
Tabelle 4-13	Anzahl und Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen älteren Patienten, 1999	242
Tabelle 4-14	Anzahl der stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern	243
Tabelle 4-15	Anzahl der Betten in stationären geriatrischen Einrichtungen in Deutschland nach Bundesländern	244
Tabelle 4-16	Eckdaten zur psychiatrischen Versorgung in Krankenhäusern, 1995 und 1999	248
Tabelle 4-17	Pflegebedürftige nach SGB XI am Jahresende 1999	251
Tabelle 4-18	Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende 2000 nach Pflegestufen	252
Tabelle 4-19	Bezieher verschiedener Leistungsarten der Pflegeversicherung . . .	252
Tabelle 4-20	Vergleich hochaltriger Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung mit jüngeren (Zufallsstichprobe, n = 1 078)	253
Tabelle 4-21	Haushaltsstruktur hochaltriger (älter als 80 Jahre) Antragsteller auf Leistungen der Pflegeversicherung für häusliche Pflege in Hessen 1996	254

	Seite	
Tabelle 4-22	Entwicklung der Anzahl der zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI	254
Tabelle 4-23	Ambulante Pflegedienste nach Zahl der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen, 1999	255
Tabelle 4-24	Personal nach Berufsabschluss in ambulanten Pflegediensten . . .	255
Tabelle 4-25	Entwicklung der Anzahl der zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI	259
Tabelle 4-26	Stationäre Pflegeeinrichtungen nach Zahl der Plätze, 1999	260
Tabelle 4-27	Berufsabschlüsse des in Altenpflegeheimen tätigen Personals . . .	262
Tabelle 4-28	Angaben zur Bewohnerstruktur in Pflegeheimen aus verschiedenen Untersuchungen, 1994 bis 1999	262
Tabelle 4-29	Anzahl der Hospize und Palliativstationen in den Bundesländern, 1999	268
Tabelle 4-30	Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA = Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien)	297
Tabelle 4-31	Wirksamkeit der Antidementiva bei der Alzheimerkrankheit	298
Tabelle 4-32	Wirksamkeits- und Vergleichsuntersuchungen zu Antidementiva bei der vaskulären Demenz (Studien nach den aktuellen europäischen Leitlinien sind durch Fettdruck hervorgehoben, MA-Meta-Analyse nach unterschiedlichen Kriterien	299
Tabelle 4-33	Struktur der Vernetzungssituationen in unterschiedlichen Vernetzungsformen	313
 Abbildungen		
Abbildung 1-1	Geschätzte Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2050	56
Abbildung 1-2	Anzahl der Frauen und Männer, die im jeweiligen Jahr ihren hundertsten Geburtstag hatten, 1965 bis 1998	57
Abbildung 2-1	Vergleich der Publikationsanzahl auf dem Gebiet der Demenz in verschiedenen Ländern	67
Abbildung 3-1	Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland	76
Abbildung 3-2	Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland	76
Abbildung 3-3	Schichtung der Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren nach dem äquivalenzgewichteten Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder, 1998	85
Abbildung 3-4	Altersspezifische Quoten des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999	85
Abbildung 3-5	Anteil der verwitweten Frauen und Männer in der jeweiligen Altersklasse	96
Abbildung 3-6	Schichtung des Nettoeinkommens von Witwen, 85 Jahre und älter	97
Abbildung 3-7	Anteile einzelner Warengruppen an den Ausgaben der privaten Haushalte verwitweter älterer Frauen in Gesamtdeutschland im Jahr 1998 (in %)	99
Abbildung 3-8	Welche Wohnbereiche sind wie häufig von Wohnproblemen betroffen	113
Abbildung 3-9	Aktuelle und lebenslange Kinderlosigkeit nach dem Alter der Teilnehmer der Berliner Altersstudie	122
Abbildung 3-10	Arzneiverbrauch nach Alter in definierten Tagesdosen (DDD) je Versicherter der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1999	140

	Seite
Abbildung 3-11 Altersspezifischer Anteil der Bevölkerung im früheren Bundesgebiet, der in den letzten vier Wochen krank war (Eigenangaben) .	146
Abbildung 3-12 Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Hüftgelenksarthrose in Malmö, Schweden (Danielsson 1964) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)	158
Abbildung 3-13 Alters- und geschlechtsspezifische Inzidenz der Kniegelenksarthrose in Rochester, USA (Wilson, M.G. et al. 1990) und in der Fallon Community, USA (Oliveria et al. 1995)	159
Abbildung 3-14 Durchschnittliche Hörschwellen in sechs Altersgruppen	161
Abbildung 3-15 Überlebensrate in unterschiedlichen Gruppen einer Population 70- bis 103-jähriger Personen (N=516)	161
Abbildung 3-16 Entwicklung von Behinderung im Alter („disablement process“ nach Verbrugge & Jette 1994)	187
Abbildung 4-1 Kriterien zur Beurteilung der Fahrtüchtigkeit Demenzkranker . .	221
Abbildung 4-2 Anteil der älteren Altersgruppen an der gesamten hausärztlichen Klientel	229
Abbildung 4-3 Durchschnittliche Anzahl von Gesundheitsproblemen nach Alterskohorten	231
Abbildung 4-4 Personalbesetzung in gerontopsychiatrischen Kliniken 1994 im Vergleich mit den Vorgaben der Psych-PV (Erfüllung der Vorgaben in %)	247
Abbildung 4-5 Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am Jahresende 1999	251
Abbildung 4-6 Focus der Pflege nach SGB XI (§ 14) und pflegefachliches Verständnis	271
Abbildung 4-7 Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf	273
Abbildung 4-8 Schweregradabhängig sinnvolle umfeldstrukturierende Maßnahmen (nicht erschöpfende Aufzählung)	291
Abbildung 4-9 Nach Schweregrad gestufte sinnvolle psychotherapeutische Interventionen	294
 Übersichten	
Übersicht 3-1 Wohlfahrtspositionen	73
Übersicht 3-2 Finanzierung der Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen	102
Übersicht 3-3 Symptome der Demenz	165
Übersicht 3-4 Behandelbare Risikofaktoren vaskulärer Demenzen	171
Übersicht 3-5 Häufige Verhaltensstörungen und Demenz	173
Übersicht 4-1 Elemente eines abgestuften Versorgungskonzeptes	228
Übersicht 4-2 Angebote geriatrischer Tageskliniken	239
Übersicht 4-3 Das therapeutische Team in der geriatrischen Akutversorgung (bezogen auf die Zahl der zu behandelnden Patienten)	245
Übersicht 4-4 Bei der Demenzdiagnostik erforderliche Maßnahmen	288
Übersicht 4-5 Differenzierte Schweregradeinteilung (SG) bei der Alzheimerkrankheit	289
Übersicht 4-6 Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen des zentralen Inhalts der Methodik	292
Übersicht 4-7 Schweregradabhängige medikamentöse Therapie	299
Übersicht 4-8 Neuere Therapieansätze zur Behandlung der Alzheimerkrankheit	303

I Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht „Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen“

A. Einleitung

Der am 15. Januar 2002 der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Dr. Christine Bergmann übergebene Vierte Altenbericht bereichert die vergleichsweise junge Tradition der Altenberichterstattung um einen weiteren Spezialbericht. Der Erste Altenbericht wurde im Jahr 1993 präsentiert und lieferte erstmals eine umfassende und differenzierte Analyse der Lebenssituation älterer Menschen. Der 1998 vorgelegte Zweite Altenbericht behandelt das Schwerpunktthema „Wohnen im Alter“. Mit dem Dritten Altenbericht wurde im Jahr 2001 erneut ein Gesamtbericht zur Lebenslage älterer Menschen in der Bundesrepublik Deutschland vorgelegt – mit der ergänzenden Stellungnahme der Bundesregierung zugleich eine Bilanz der Altenpolitik und ihrer Perspektiven im soeben begonnenen 21. Jahrhundert.

Tradition der
Altenberichterstattung

Nur eine Woche nach Übergabe des Dritten Altenberichts an Frau Bundesministerin Dr. Bergmann trat die von ihr berufene unabhängige Sachverständigenkommission zur Erstellung des Vierten Altenberichts am 28. Juni 2000 zur konstituierenden Sitzung zusammen. Diese ungewöhnliche Situation, dass in einer Legislaturperiode zwei Berichte, ein Gesamt- und ein Spezialbericht, zu erarbeiten waren, geht auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages vom 24. Juni 1994 (Drucksache 12/7992) zurück. Dieser hatte im Zusammenhang mit der Debatte um den Ersten Altenbericht der Bundesregierung für das Jahr 2000 die Vorlage eines weiteren umfassenden Berichts gefordert sowie für jede Legislaturperiode einen Bericht zu einem seniorenpolitischen Schwerpunktthema.

Der interdisziplinär zusammengesetzten Altenberichtscommission unter Leitung von Herrn Professor Siegfried Kanowski stand somit das knappe Zeitkontingent von nur anderthalb Jahren zur Berichterstellung zur Verfügung. Umso bemerkenswerter ist die sorgfältig recherchierte und außerordentlich fundierte Darlegung zur Lebenssituation hochaltriger Menschen, die auf umfassende Weise aktuelle Forschungsergebnisse einbezieht und aufbereitet.

Fokussiert werden Lebensbedingungen und Bedürfnisse einer in Zukunft rasch weiter wachsenden Gruppe alter Menschen, nämlich der über 80-jährigen. Das unterscheidet diesen Spezialbericht in seiner Anlage vom Spezialbericht „Wohnen im Alter“, der sich auf einen thematischen Ausschnitt der Lebensverhältnisse im Alter beschränken konnte. So gerät der Vierte Altenbericht bei aller Spezialität doch letztlich zu einer umfassenden Analyse einer Bevölkerungsgruppe, über die bisher noch nicht genügend gesicherte Erkenntnisse vorliegen.

Spezialbericht

Mit der Verabschiedung des Ersten Altenberichts war die Bundesregierung explizit aufgefordert worden, den Abbau von Defiziten bzw. notwendige Verbesserungen in den Bereichen „Gesundheit im Alter“ und „Wohnen im Alter“ als Schwerpunktthemen künftiger Altenpolitik aufzugreifen. Deshalb widmete sich der Zweite Altenbericht schwerpunktmäßig dem Thema „Wohnen im Alter“. Nachdem der Dritte Altenbericht als Gesamtbericht naturgemäß nur allgemeinere Aussagen zum Thema Gesundheit machen konnte, ist es nun dem Vierten Altenbericht vorbehalten, sich mit den Auswirkungen von Hochaltrigkeit und Demenz grundlegend zu befassen und darauf hinzuwirken,

Hochaltrigkeit
und Demenz

- dass die noch im Ersten und Dritten Altenbericht aufgezeigten Defizite weiter abgebaut werden,
- dass die Wahrnehmung für besondere Problembereiche weiterentwickelt wird und sich die öffentliche Diskussion auch mit den daraus erwachsenden Erfordernissen auseinandersetzt,
- dass gezielte Anregungen für realitätsnahe Lösungsansätze und umsetzbare Konzepte entstehen.

Von grundlegender Bedeutung ist es, dass insbesondere die Demenzproblematik nicht vorrangig als Aufgabe der Medizin gesehen wird, sondern ergänzend die sozialen Auswirkungen und Anforderungen an die Gesellschaft in den Blick genommen werden.

	<p>Der Kommission ist es gelungen, zu einem bisher wenig aufbereiteten Thema substanzielle Erkenntnisse zusammenzutragen, die den Blick für Besonderheiten der Hochaltrigkeit, für Defizite und für Handlungserfordernisse schärfen.</p>
Realistisches Bild des hohen Alters	<p>Die Bundesregierung begrüßt das von der Kommission vermittelte realistische Bild des hohen Alters als hilfreiche Basis für die Weiterentwicklung und zukünftige Gestaltung der Altenpolitik. Die mit Hochaltrigkeit verbundenen Risiken und Gefährdungen dürfen nicht unterschätzt werden. Gleichzeitig sind aber die auch dieser Lebensphase innewohnenden Potenziale aufzuzeigen, an denen sich geeignete Interventionsmaßnahmen orientieren müssen, wenn sie effektiv sein sollen.</p> <p>Ausdrücklich unterstützt die Bundesregierung das zentrale Anliegen des Vierten Altenberichts: Menschen in hohem Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Würde zu gewährleisten und zugleich Unsicherheit und Vorbehalten der Gesellschaft gegenüber hochaltrigen Menschen zu begegnen. Ein wesentlicher Befund des Berichts ist die von der Sachverständigenkommission getroffene Feststellung, dass sich die rasch anwachsende Gruppe der Hochaltrigen weder als positive Selektion der Rüstigen noch als schwer Pflegebedürftige beschreiben lässt, dass vielmehr die individuellen Unterschiede mit dem Alter weiter zunehmen.</p> <p>Das spricht dafür, dass die Bundesregierung auf dem richtigen Weg ist, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzen will, die sich eng an den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten Menschen orientieren. Die vielfältigen Ressourcen, aus denen Hochaltrige schöpfen können, müssen nach Kräften gestärkt werden, um Lebensqualität zu sichern.</p> <p>Eine besondere Problemlage entsteht durch Demenzerkrankungen im Alter. Viele Fragen sind hier noch offen, die verstärkte Anstrengungen der Forschung erfordern. Mit den von der Bundesregierung ins Leben gerufenen Förderprogrammen sind hier wichtige Schritte eingeleitet worden.</p>
Aufgaben und Maßnahmen der Bundesregierung	<p>Zentrale Empfehlungen wie eine integrierte und bürgernahe Beratung, für die bei Bedarf auch die Häuslichkeit Hilfebedürftiger keine unüberwindbare Barriere ist, eine weiterentwickelte Vernetzung von Angeboten und Akteuren, eine Abstimmung von Leistungen der Kranken- und der Pflegeversicherung sowie die Weiterentwicklung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit gehören zu den längerfristigen Aufgaben, deren sich die Bundesregierung angenommen hat.</p> <p>Gesetze, die in dieser Legislaturperiode neu geschaffen oder novelliert worden sind, wie das Heimgesetz, das Pflegeleistungsergänzungsgesetz, das Qualitätssicherungsgesetz und das Neunte Sozialgesetzbuch, sind ebenso Zeugnisse dieser Bemühungen wie zentrale Modellprogramme, die auf Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Hilfe- und Pflegebedürftige abzielen.</p> <p>Die Ausführungen der Kommission zur „Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen“ beinhalten wichtige Positionsbestimmungen als Grundlage politischen und gesellschaftlichen Handelns. Hiermit werden Eckpfeiler zur Orientierung bei künftigen sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen benannt, denen sich die Bundesregierung auch weiterhin ausdrücklich verpflichtet fühlt.</p> <p>Die Bundesregierung dankt der Expertenkommission für ihren trotz des enormen Zeitdrucks überaus detaillierten und wissenschaftlich fundierten Bericht, der einen komprimierten Schatz an Erkenntnissen und Handlungsanregungen für alle bereithält, die in Politik, Wissenschaft und Gesellschaft zum Wohl hochaltriger Menschen tätig sind.</p>
	<p>B. Lebensumstände hochaltriger Menschen – Potenziale und Unterstützungsbedarf</p> <p>1 Demografischer Wandel und Hochaltrigkeit</p>
Gesamtgesellschaftliche Auswirkungen	<p>Die Kommission legt mit ihrem Bericht eine Bestandsaufnahme des so genannten vierten Lebensalters vor. Verbunden mit einer differenzierten Betrachtung positiver und negativer Aspekte zeichnet die Kommission ein realistisches Bild dieser Lebensphase.</p> <p>Mit der Zunahme alter Menschen an der Gesamtgesellschaft ist insbesondere eine Zunahme des Anteils der Hochaltrigen verbunden. Den wenigsten ist bislang bewusst, dass diese Gruppe der Altenbevölkerung sogar überproportional zunimmt. Die Gesellschaft wird sich darauf einstellen müssen, dass es in naher Zukunft eher die Regel als die Ausnahme sein</p>

wird, dass Menschen älter als 80 Jahre werden. Die Kommission weist zu Recht darauf hin, dass Umstrukturierungen in Wirtschaft und Gesellschaft nicht zu umgehen sein werden, wenn sich demografische Gewichtungen so eindrucksvoll und rasch verschieben, wie es die 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes nahe legt.

Der Ansicht der Kommission, dass ein solcher Prozess der Anpassung mit dem Ziel einer neuen Kultur des Alters noch Zeit benötigen dürfte, schließt sich die Bundesregierung an. Die konkrete Auseinandersetzung mit der Entwicklung zu einer radikal altersgewandelten Gesellschaft und ihren Folgen in allen Lebensbereichen bedarf jedoch der Stimulation und kontrollierter Lenkung zugleich. Es geht vor allem darum, die demografischen Veränderungen auch als Erfolg vielfältiger Forschungsbemühungen und sozialpolitischer Strategien wahrnehmbar zu machen und zu lernen, positiv damit umzugehen. Ziel muss es sein, das Phänomen der Hochaltrigkeit weder als gesellschaftliche Belastung noch als individuelle Bedrohung zu empfinden.

Eine besondere Herausforderung sieht die Bundesregierung darin, einer direkten oder indirekten Benachteiligung und Ausgrenzung Hochaltriger entschieden entgegenzuwirken. Dieses Schutzes bedürfen besonders diejenigen alten Menschen, die aufgrund physischer und psychischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage sind, ihre eigenen Interessen zu vertreten. Wege dazu können, so die Kommission, über die Integration alter und sehr alter Menschen im generationenübergreifenden Diskurs, aber auch über eine bewusste Strukturierung und Gestaltung des jeweils individuellen Lebensentwurfs bereits im mittleren Alter führen.

Die Bundesregierung setzt auf die Prinzipien von Normalität, von Integration und Partizipation sowie von Individualität und Kontinuität der Lebensführung.

Eine Grundvoraussetzung für eine zielgerichtete Altenpolitik sieht auch die Bundesregierung in der Verbreiterung der verfügbaren Datenbasis. Wie die Kommission in ihrem Bericht durchgehend feststellt, fehlt es bislang an ausreichenden und validen Kenntnissen zu Lebenslagen, zu Gesundheit, Interessen und Wünschen Hochaltriger. Im Zusammenhang mit Forschungsplanung und Forschungsförderung der Bundesregierung gilt es, hier zukünftig weitere Anstöße zu geben, um diesem besonderen Forschungsbedarf Rechnung tragen zu können.

Forschungsbedarf

Der von der Kommission aufgelistete Forschungsbedarf kommt dem nahe, was im Programm „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“ der Bundesregierung bereits durch eine Vielzahl von Projekten realisiert wird. Mit den Mitteln der Projektförderung etablieren vornehmlich das Bundesministerium für Gesundheit und das Bundesministerium für Bildung und Forschung für ausgewählte Bereiche Forschungsplattformen, die exemplarisch aufzeigen, welche Expertisen, Ressourcen und Infrastruktur jeweils entwickelt, bereitgestellt und verknüpft werden müssen, um auch Probleme der hochaltrigen Bevölkerung erfolgreich erforschen und Ergebnisse möglichst zeitnah umsetzen zu können.

Mit den beiden institutionell geförderten Forschungseinrichtungen DZFA in Heidelberg und DZA in Berlin verfügt darüber hinaus das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über ein leistungsstarkes Potenzial für eine weitere Unterstützung solcher interdisziplinär angelegten Forschung.

In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren. Die Aussage der Kommission, dass sich die interindividuelle Varianz bis ins höchste Alter weiter fortsetzt, bestätigt, dass sich die Bundesregierung auf dem richtigen Weg befindet, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzt, welche die individuellen Bedürfnisse des Nutzers in den Mittelpunkt stellen.

Ältere und auch sehr alte Menschen verfügen über erstaunliche Kompetenzen zur Problembewältigung und vermögen mit Unterstützung durch geeignete Maßnahmen ein hohes Maß an Autonomie, an Lebensqualität und an Lebenszufriedenheit zu bewahren oder zurückzugewinnen. Geeignete Ressourcen im sachlichen und personellen Umfeld gilt es optimal zu erschließen.

2 Lebensverhältnisse hochaltriger Menschen

2.1 Wirtschaftliche Lage

Der Bericht der Sachverständigenkommission präsentiert eine umfassende Darstellung der wirtschaftlichen Situation hochaltriger Menschen. Hierzu trägt vor allem die Tatsache bei, dass eine Vielzahl aktueller Studien zu diesem Thema berücksichtigt werden.

Wirtschaftliche Lage

Die Bundesregierung begrüßt die differenzierte Darstellung des Phänomens der „Altersarmut“, das in der öffentlichen Diskussion – vor allem bezogen auf die Gruppe der Hochaltrigen – vielfach überschätzt wird. Es wird herausgearbeitet, dass unter den hochaltrigen Menschen nur ein sehr geringer Prozentsatz Hilfe zum Lebensunterhalt bezieht. Auch das Phänomen der „verdeckten Armut“ betrifft eher jüngere als ältere Menschen. Diese Ergebnisse decken sich mit denen der Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland 99“ und denen des Alterssicherungsberichts 2001. Positiv erwähnt der Altenbericht, dass die Bundesregierung im Rahmen der Rentenreform 2001 eine Grundsicherung auf Sozialhilfeniveau ohne Rückgriffsmöglichkeit auf die Kinder eingeführt hat, umso auch den Fällen „verschämter Armut“ wirksam begegnen zu können.

2.2 Wohnverhältnisse

Wohnverhältnisse

Der Vierte Altenbericht weist zu Recht auf die hohe Bedeutung der Wohnungs- und Wohnumfeldgestaltung für die Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung im Alter hin. Ausgehend von dem Leitbild, Menschen im hohen Lebensalter als handelnde Subjekte eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu achten, fordert die Kommission eine den individuellen Bedürfnissen angepasste Gestaltung und Ausstattung von Wohnung und örtlicher Lebensumwelt.

Die Kommission bestätigt insoweit die Ausführungen des Dritten und besonders die des Zweiten Altenberichts, der das Wohnen im Alter als Schwerpunktthema behandelt hatte, auch und gerade für die Gruppe der Hochaltrigen. Sie verweist darauf, dass die Bedeutung der Wohnverhältnisse als handlungsrelevante Ressource für eine möglichst eigenständige Lebensführung mit zunehmendem Alter noch wächst, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen den räumlichen Aktionsradius und die Handlungsmöglichkeiten einschränken. Bei an Demenz Erkrankten bedarf es dabei besonderer Unterstützung und Begleitung unter gleichzeitiger Wahrung der noch verbliebenen Kompetenz der Kranken. Vorhandene Ansätze zur Erarbeitung einer spezialisierten Beratung werden von der Bundesregierung u. a. über die Förderung der Selbsthilfe unterstützt.

Im Interesse einer realitätsnahen Beschreibung der Wohnverhältnisse alter Menschen empfiehlt die Kommission bezüglich der Wohnungsausstattung mit langlebigen Gebrauchsgütern, die aus der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) 1998 des Statistischen Bundesamtes vorliegenden Ergebnisse für die Altersgruppe 70 und mehr Jahre durch den Ergebnismittelwert für die Altersgruppe 80 und mehr Jahre zu ergänzen. Dies hat die Bundesregierung bereits mit der Ergebnisbereitstellung im Rahmen der EVS 2003 umgesetzt.

Altersgerechte Ausstattung von Wohnraum und Wohnumfeld

Die Kommission fordert – vor dem Hintergrund einer derzeit entspannten Wohnungsmarktlage – nicht die quantitative Ausweitung des Wohnraumangebots, ihre Forderungen zielen vielmehr auf die qualitative Ausstattung von Wohnung und Wohnumfeld. In baulicher Hinsicht wird weiterer Handlungsbedarf vor allem im Hinblick auf die Barrierefreiheit, auch beim Zugang zu Gebäuden und Wohnungen, und auf eine altersfreundliche Umgestaltung von Bad/Sanitärbereich gesehen. Neben der individuellen Wohnungsanpassung im Einzelfall sollte nach Auffassung der Kommission auch die generelle Wohnungsanpassung ganzer Siedlungen oder zumindest Gebäudekomplexe verstärkt in Angriff genommen werden.

Zur Förderung baulicher Modernisierungsmaßnahmen und zur Anpassung von Wohnung und Wohnumfeld an veränderte Wohnbedürfnisse führen Bund und Länder im Bereich des Wohnungs- und Städtebaus eine Reihe von Programmen durch. Den Erfordernissen der Bestandsmodernisierung und des barrierefreien Bauens wurde insbesondere auch mit dem Gesetz zur Reform des Wohnungsbaurechts Rechnung getragen, das in dieser Legislaturperiode verabschiedet wurde und zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. War die bisherige Förderung des sozialen Wohnungsbaus vor allem auf den Wohnungsneubau gerichtet, so gewinnt in der umfassenderen sozialen Wohnraumförderung daneben die Modernisierung vorhandener Wohnungsbestände als weiterer Förderschwerpunkt größeres Gewicht. Alte Menschen und behinderte Menschen sind ausdrücklich als Zielgruppen der sozialen Wohnraumförderung benannt. Darüber hinaus wurde als allgemeiner Fördergrundsatz in das Gesetz aufgenommen, dass die Anforderungen des barrierefreien Bauens für die Nutzung des Wohnraums und seiner Umwelt bei der Förderung zu berücksichtigen sind. Für den Mehraufwand baulicher Maßnahmen, die aufgrund spezieller Bedarfe behinderter oder alter Menschen erforderlich sind, können zusätzliche Fördermittel gewährt werden.

Die soziale Wohnraumförderung kann damit zugleich Anstöße geben, um barrierefreie und altersfreundliche Bauweisen auch außerhalb des geförderten Wohnungsbaus stärker zu

verbreiten. Denn nur wenn deren Notwendigkeit von allen am Bau Beteiligten – Bauherren, Planer, Architekten, Bauwirtschaft – erkannt und bei Baumaßnahmen grundsätzlich berücksichtigt wird, können bauliche Barrieren weitgehend vermieden und Möglichkeiten für eine spätere Umrüstung von Gebäuden und Wohnumfeld entsprechend der sich verändernden individuellen Wohnbedürfnisse offen gehalten werden.

2.3 Soziale Beziehungen

Bereits der Dritte Bericht zur Lage der älteren Generation hat herausgestellt, welche Bedeutung Familien- und Generationenbeziehungen bei der Betreuung und Pflege alter Menschen zukommt. Familiäre Pflege beginnt – wie auch der Vierte Altenbericht belegt – häufig als Partner/Partnerinpflege und wird mit zunehmendem Alter der Gepflegten immer mehr auf die Kinder verlagert. Die Bereitschaft zur Pflegeübernahme ist hoch. Selbst von den 90-jährigen und älteren Pflegebedürftigen leben mit 57 Prozent immer noch gut die Hälfte in privaten Haushalten. Die familiäre und die ambulante Pflege sind bis ins höchste Alter die dominierenden Versorgungsformen. Für einen Umzug ins Heim sind insbesondere demenzielle Erkrankungen (43 %) ausschlaggebend, bei denen die häusliche Pflege selbst mit ambulanter Unterstützung häufiger an die Grenzen der Belastbarkeit stößt.

Pflege in der Familie

Aus Überforderung in Pflegesituationen kann auch Gewalt erwachsen. Die Aussagen des Berichtes zu Fragen der Gewalt als soziales Risiko des hohen Alters decken sich weitgehend mit den Erkenntnissen und den politischen Zielsetzungen des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Die Kommission weist zu Recht in ihren Empfehlungen darauf hin, dass die Problematik der Viktimisierung im Alter weder vernachlässigt noch dramatisiert werden sollte. In Übereinstimmung mit der Kommission sieht auch die Bundesregierung einen Forschungsbedarf zum Thema „Gewalt im Alter“, um das Wissen auf diesem Gebiet zu erhöhen.

Gewalt

Um Gewalt wirkungsvoll und nachhaltig zu bekämpfen, bedarf es eines umfassenden und ressortübergreifenden Gesamtkonzeptes. Mit dem Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen wird erstmals ein solches Konzept umgesetzt.

Hier sind Frauen jeden Alters gemeint. Dennoch werden in der Öffentlichkeit mit dem Thema meist jüngere Frauen oder Frauen in den mittleren Jahren assoziiert. Gewalt gegen alte Menschen ist jedoch in mehrfacher Hinsicht ein Geschlechterthema.

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass alte Frauen häufiger allein sind als alte Männer, dass sie häufiger den Verlust des Partners bewältigen müssen und öfter von Gewalt im familialen Kontext betroffen sind.

Aber auch die geschlechtsbezogene Verteilung häuslicher Pflegearbeit und die damit einhergehenden, nach bisherigem Erkenntnisstand vergleichsweise hohen Anteile weiblicher Gewaltausübender bei Fällen der Vernachlässigung und Misshandlung in der Pflege sollten stärker thematisiert werden. Hier müssen sinnvolle und gezielte Hilfestrukturen aufgebaut werden – eine Aufgabe, deren sich die Bundesregierung verstärkt annimmt.

2.4 Gesundheitliche Lage

Der Gesundheitszustand und die gesundheitliche Versorgung der Menschen im höherem Lebensalter werden in der Zukunft zunehmend eine Rolle spielen, was in dem überproportionalen Zuwachs von Menschen im höheren Lebensalter gemessen an der Gesamtpopulation der Bundesrepublik Deutschland begründet liegt. Von besonderer Bedeutung dabei ist – wie der vorliegende Vierte Altenbericht ebenfalls zeigt –, dass durch die zu verzeichnende Verlängerung der Lebensdauer besonders in der letzten Lebensphase mit einer altersspezifischen Multimorbidität zu rechnen ist. Ausgehend von der bereits im Dritten Altenbericht getroffenen positiven Feststellung, dass es optimistische wissenschaftliche Aussagen gibt, die ein altersmäßiges Hinausschieben und somit eine Verkürzung dieser belasteten Lebensphase prognostizieren, in der mit schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu rechnen ist, müssen gerade die Anstrengungen vermehrt werden, die diesen positiven Trend unterstützen.

Multimorbidität

Die zentrale Stellung der gesundheitlichen Verfassung für Lebensqualität im Alter ist für hochaltrige Menschen noch ausgeprägter als für alte Menschen im Allgemeinen.

Eine qualitativ hochwertige Versorgung auch und gerade der älteren Generation zur Verfügung stellen zu können, ist eine der wichtigsten Zielsetzungen der Gesundheits- und

Altenpolitik der Bundesregierung. Zu den Hauptmerkmalen einer solchen Versorgung gehören bedürfnisgerechte Koordination und Vernetzung von Leistungen, Akteuren und Kostenträgern.

Alle, die in der Politik Verantwortung tragen, sind sich darüber einig, dass eine Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere von demenziell erkrankten Menschen dringend erforderlich ist. Das Spektrum der Probleme, die angegangen werden müssen, um zu einer durchgreifenden Verbesserung zu kommen, ist groß. Dies zeigt auch der vorliegende Vierte Altenbericht.

Kompetenznetzwerk
Demenz

Das Bundesministerium für Gesundheit hat dem in der Vergangenheit mit zahlreichen Modellprojekten im Bereich der Gerontopsychiatrie Rechnung getragen. Zurzeit ist eine Expertise zur Situation psychisch kranker alter Menschen in Heimen in Auftrag gegeben. Darüber hinaus wird eine „Gerontopsychiatrische Handreichung für Hausärzte und Allgemeinmediziner“ erarbeitet, die vor allem die Früherkennung und Frühbehandlung bei Demenzen fördern soll. Im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung und vom Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam konzipierten Forschungsverbünde „Kompetenznetzwerke in der Medizin“ ist auch ein Kompetenznetzwerk Demenz geplant.

Defizite in quantitativer sowie qualitativer Hinsicht bestehen nicht nur im Bereich der gezielten Prävention, der frühzeitigen Diagnostik und ganzheitlichen, umfassenden Therapie, sondern auch im Bereich der Pflege und Betreuung sowie der angemessenen Beratung der an Demenz Erkrankten und ihrer pflegenden Angehörigen. Hier steht die Politik noch vor gewaltigen Herausforderungen. Aufgrund der finanziellen Zwänge wird es allerdings nur möglich sein, in kleinen Schritten voranzugehen.

Die Bundesregierung geht bei ihrer Arbeit zugunsten der Gesundheitsförderung im Alter von den Grundannahmen aus, das Alter als Chance und Erfolg zu werten und unter dem Aspekt des Zugewinns an Lebensqualität zu gestalten.

Expertise
Präventions- und
Gesundheitsförderung

Um eine rationale Grundlage für weitere Entscheidungen hinsichtlich der Entwicklung, Durchführung und Erprobung von neuen und/oder ergänzenden Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu gewinnen, hat das Bundesministerium für Gesundheit eine Expertise in Auftrag gegeben, die Ansätze und Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention im Alter aufzeigen und anhand der Auswertung nationaler und internationaler Beispiele Anregungen zur Weiterentwicklung von Maßnahmen in Deutschland geben wird. Die in Kürze vorliegende Expertise wird Antworten auf die für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter bedeutsamen Fragen geben, die auch im vorliegenden Vierten Altenbericht thematisiert werden:

- Welche Potenziale für Prävention und Gesundheitsförderung im Alter gibt es?
- Welche Bedingungen müssen vorhanden sein, um die vorhandenen Gesundheitspotenziale ausschöpfen zu können?
- Welche Akteure müssen einbezogen werden?
- Welche spezifischen Präventionsstrategien müssen für sozial Benachteiligte und für Menschen in besonderen Lebens- und/oder Risikolagen entwickelt werden?
- Welche wissenschaftlichen und praktischen Anforderungen sind an Präventionsansätze zu stellen?
- Was kann getan werden, damit die Präventionsansätze auch wirklich umgesetzt und genutzt werden?

Die Bundesregierung macht hier abschließend darauf aufmerksam, dass nach den neuesten Daten bezüglich der Vollständigkeit der einzelnen bevölkerungsbezogenen Krebsregister ein differenzierteres Bild – als im Bericht dargestellt – gezeichnet werden kann: Zwar ist das Saarland nach wie vor das bislang einzige Register, das durchgängig für alle Krebslokalisationen eine Vollzähligkeit von über 95 % aufweist, andere Register wie z. B. das Register im Regierungsbezirk Münster und das Krebsregister in Sachsen weisen inzwischen eine Vollzähligkeit für alle Krebslokalisationen von durchschnittlich 80 bis 90 %, für eine ganze Reihe von Lokalisationen bereits über 90 % aus, sodass zumindest zu diesen Lokalisationen bereits epidemiologische Aussagen getroffen werden können.

C. Erfordernisse und Maßnahmen in Politik und Gesellschaft

Aus dem veränderten und sich künftig weiter verschiebenden Altersaufbau der Bevölkerung erwachsen vielfältige Handlungserfordernisse in Politik und Gesellschaft. Die Bundesregierung will dazu beitragen, dass die Chancen des längeren Lebens genutzt werden. Alten Menschen gebührt die Solidarität der Gesellschaft. Sie haben den Anspruch und das Recht, ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben als geachtete und gleichwertige Mitglieder unserer Gesellschaft zu führen.

Gesellschaftliche
Solidarität mit alten
Menschen

Aufgabe der Politik ist es, die für ein aktives und kompetentes Altern notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen. Den alten Menschen, die krank, hilfe- oder pflegebedürftig sind, stellt die Altenpolitik den gebotenen Schutz und die notwendige Unterstützung bereit. Der Erhalt der individuellen Würde bis zum Lebensende ist dabei Grundlage aller Bemühungen. Die Bedingungen für die Pflege alter Menschen zu verbessern und zu sichern, ist Ziel der Bundesregierung. Der vorgelegte Vierte Altenbericht bestätigt der Bundesregierung, dass sie auf dem richtigen Weg ist, wenn sie eine breite Palette von Hilfeangeboten einsetzen will, die sich eng an den unterschiedlichen Bedürfnissen der alten Menschen orientieren. Um Lebensqualität in Sicherheit und Kontinuität zu wahren, müssen die vielfältigen Ressourcen, aus denen Hochaltrige schöpfen können, nach Kräften gestärkt werden.

1 Strukturen der Altenhilfe

Die Sachverständigenkommission stellt zu Recht die Notwendigkeit politischer und gesellschaftlicher Intervention heraus, um eine möglichst weitgehende selbstständige Lebensführung im Alter zu ermöglichen. In Verfolgung dieses Ziels erprobt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen des seit Mitte des Jahres 2000 laufenden Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ Projekte, die in unterschiedlicher Weise Strukturen der Altenhilfe im Sinne der selbstständigen Lebensführung alter Menschen nutzen und neu gestalten. Mit der zunehmenden Zahl hochaltriger Menschen steigen die Anforderungen deutlich an. Derzeit weist das Hilfesystem noch eine Reihe von Defiziten auf. Die Strukturen sind unübersichtlich und zu wenig miteinander vernetzt, die Hilfen oft nicht aufeinander abgestimmt, wie die Kommission zu Recht feststellt.

Modellprogramm
„Altenhilfestrukturen
der Zukunft“

Die erprobten Maßnahmen haben besonders bei Fragen der Beratung von Betroffenen und Angehörigen und der Einbeziehung und Qualifizierung Freiwilliger bereits Erfolge erzielt. Vielen Projekten ist es gelungen, Lücken in diesem Bereich zu schließen und Defizite in der Versorgung zu beseitigen. Schon jetzt ist zu erkennen: Eine angemessene und substanziell bessere Betreuung gerade von demenzkranken alten Menschen lässt sich nur mit mehr Fachkenntnissen und mit einer stärkeren Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen erreichen. Durch Netzwerke werden unterschiedliche Ansprechpartner/innen und Versorgungsangebote verknüpft. Bisher nicht koordinierte Betreuungsleistungen werden im Interesse der Hilfebedürftigen durch so genannte Case Manager zusammengeführt. Der Verbraucherschutz wird durch Information und Beratung gestärkt. Diese und andere Ansätze, die im Modellprogramm verfolgt werden, haben sich bislang als Erfolg erwiesen.

Die Erfahrungen aus dem Modellprogramm werden in die Überlegungen zu einem umfassenden Altenhilfestrukturegesetz (Arbeitstitel) einfließen. Ziel eines solchen Gesetzes sollte die Behebung struktureller Mängel und die Weiterentwicklung des Systems der Altenhilfe im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten sein. Die Träger der öffentlichen Altenhilfe sollen darauf hinwirken, ein überschaubares und leicht zugängliches System von Hilfen zur Verfügung zu stellen, Leistungserbringer sollen zusammenarbeiten und ihre Hilfestrukturen vernetzen und koordinieren. Leistungsträger und Leistungserbringer sollen bei der Festlegung von Grundsätzen und Maßstäben der Qualitätssicherung zusammenwirken.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung modellhaft in 11 stationären Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrt die Erprobung des kanadischen Personalbemessungsverfahrens PLAISIR (Planification Informatisee des Soins Infirmiers Requis – EDV-gestützte Planung der erforderlichen Krankenpflege) gefördert. Mit dem Pflegequalitätssicherungsgesetz wurde erreicht, dass Pflege- und Personalbedarfsermittlungsverfahren Bestandteil der Rahmenverträge der pflegerischen Versorgung werden. Im Gegensatz zu den Personalrichtwerten, die alternativ ebenfalls vereinbart werden können, bietet ein Personalbedarfsermittlungsverfahren wie PLAISIR den Vorteil, dass es individuell auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmt ist.

Ermittlung des Bedarfs
an Pflegepersonal

Nach der erfolgreichen Erprobung des Verfahrens PLAISIR steht nun der flächendeckende Einsatz von PLAISIR in Deutschland an. Hierfür ist das Verfahren weiterzuentwickeln und an die deutschen Bedingungen in der Pflege anzupassen.

Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung

Die Förderung der Selbstständigkeit alter Menschen sowie die Unterstützung hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen im Hinblick auf ihre Selbstständigkeit sind in der Altenpolitik des Bundes insbesondere auch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels von zentraler Bedeutung. Zur weiteren Ausgestaltung und Umsetzung dieser Zielstellungen ist es unabdingbar, über aktuelle Zahlen und Fakten als wichtige Entscheidungshilfen für die weitere Verbesserung der Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen zu verfügen. Daher soll die in den Jahren 1990 bis 1993 durchgeführte Untersuchung „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung Hilfe- und Pflegebedürftiger in privaten Haushalten“ (MuG I) wiederholt werden. Die Daten der seinerzeit durchgeführten Untersuchung sind inzwischen überholt und insbesondere durch die Einführung der Pflegeversicherung und aufgrund struktureller Veränderungen in der Altenhilfe nicht mehr aussagekräftig genug. Die durchzuführende Untersuchung soll einen Überblick zur Entwicklung, Situation und Qualität der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung zur Verfügung stellen. Damit wird eine Grundlage für die Einschätzung des Handlungsbedarfs im ambulanten Bereich geschaffen, wozu auch die Weiterentwicklung und Förderung der Qualität der ambulanten Pflege gehören.

2 Baumodellförderung und Wohnberatung

Baumodellförderung

Die Bundesregierung stimmt mit der Kommission darin überein, dass präventive Maßnahmen zur Veränderung der Wohnsituation, die auch den Anforderungen bei Hochaltrigkeit besser gerecht wird, in Zukunft eine größere Rolle spielen sollten. Ziel der Baumodellförderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist es deshalb bereits jetzt, durch Aufzeigen neuer Wege die Lebenssituation alter Menschen zu verbessern. Hierzu gehören auch Modelle für alte Menschen mit Behinderungen.

Geförderte Projekte sollen insbesondere dem Erhalt einer selbstständigen Lebensführung dienen. Unter Berücksichtigung aktueller gerontologischer Erkenntnisse soll nach Möglichkeit Individualität, Wohnlichkeit und Privatsphäre mit hohen Betreuungs-, Hilfe- und Pflegestandards kombiniert werden. Gerade auch bei Modellen für alte, behinderte Menschen geht es vor allem darum, verbesserte Möglichkeiten der Eingliederung und Integration in das gesellschaftliche Leben zu fördern. Gefördert werden insbesondere Neubau-, Umbau- oder Sanierungsmaßnahmen.

Weitere Schwerpunkte der Baumodellförderung liegen in der nachhaltigen Verbesserung der Wohn- und Lebensmöglichkeiten für alte Menschen mit Behinderungen, insbesondere auch mit geistigen und Sinnes-Behinderungen. Ferner soll eine modellhafte Pflege- und Betreuungseinrichtung den spezifischen Bedürfnissen alter Migrantinnen und Migranten entgegenkommen und Chancen einer besseren Integration herausarbeiten.

Darüber hinaus ist es ein neuer und wichtiger Schwerpunkt der Baumodellförderung, zukunftsweisende Möglichkeiten zur Unterstützung alter Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen, insbesondere demenzkranker alten Menschen, zu erproben und zu dokumentieren.

Modellprogramm „Selbstbestimmtes Wohnen im Alter“

Mit dem Modellprogramm „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“ hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die zentralen Fragestellungen des Wohnens im Alter aufgegriffen und Lösungsansätze aufgezeigt. Die Ergebnisse des Modellprogramms unterstreichen die große Bedeutung der Wohnungsberatung, die jedoch bereits im Vorfeld einer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit einsetzen sollte. Angesichts der hohen Diskrepanz zwischen subjektiver Wohnzufriedenheit und objektiv feststellbaren Mängeln der seniorengerechten Wohngestaltung muss dabei stärkeres Augenmerk auf den Abbau von Barrieren der Inanspruchnahme der Wohnberatung gelegt werden.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt die Bestrebungen der Bundesländer, die um einen weiteren Ausbau der Wohnberatung bemüht sind. So wird im Modellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“ erprobt werden, wie eine ehrenamtliche Wohnberatung ergänzend zu Hauptamtlichen Diensten aufgebaut werden kann.

Dem altersgemischten Wohnen kommt besondere Bedeutung zu, um Nachbarschaftssysteme mit wechselseitigen Hilfen zu ermöglichen. Dabei sollte nicht nur die Möglichkeit der Unterstützungsleistungen von Jüngeren an Ältere, sondern der wechselseitige Charakter von Hilfs- und Unterstützungssystemen betont werden.

Hilfen nach dem BSHG

Zu der von der Kommission erstellten ausführlichen Empfehlung unter 6. ist ergänzend anzumerken, dass alten Menschen, die bedürftig im Sinne des Bundessozialhilfegesetzes

(BSHG) sind, voraussetzungsgemäß grundsätzlich sämtliche Hilfen des Bundessozialhilfegesetzes zur Verfügung stehen. Bei ihnen wird ergänzend aber immer zu prüfen sein, ob darüber hinaus einzelne Maßnahmen der Altenhilfe in Betracht kommen (vgl. § 75 BSHG). Die Altenhilfe soll einmal dazu beitragen, Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Diese Schwierigkeiten können körperlicher, geistiger oder seelischer Art sein. Zum anderen soll die Hilfe dazu beitragen, alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Als Maßnahme der Hilfe kommt auch Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer Wohnung, die den Bedürfnissen des alten Menschen entspricht, in Betracht.

3 Inner- und außerfamiliale Unterstützung

3.1 Häusliche Hilfe und Pflege

Die von der Kommission in ihren Empfehlungen Nr. 21 und 22 geforderte Beratung für pflegende Angehörige kommt bereits im Rahmen der nachrangigen Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz in Betracht. Nach § 69b BSHG sind die angemessenen Kosten zu übernehmen, wenn im Einzelfall eine Beratung der Pflegeperson geboten ist. Hier ist zu denken an die besondere Fach- und Lebensberatung in Zusammenhang mit der Pfllegetätigkeit.

Kostenerstattung der Berechnung für pflegende Angehörige nach BSHG

Nach dem Bundessozialhilfegesetz ist es das erklärte Ziel des Gesetzgebers, die häusliche Pflege dort, wo sie fachlich in Betracht kommt, zu ermöglichen. Um die auch im Bericht (Empfehlung Nr. 28) gewünschte häusliche Pflegebereitschaft zu fördern, sind im Rahmen der Hilfe zur Pflege des Bundessozialhilfegesetzes eine Reihe von Leistungen – abgestuft nach der Schwere der Pflege – vorgesehen. So können bei außerfamiliärer Unterstützung (z. B. durch Freunde und Nachbarn) dem pflegebedürftigen Menschen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson erstattet werden; auch können angemessene Beihilfen gewährt werden. In schweren Pflegefällen wird ein pauschaliertes Pflegegeld gewährt. Daneben können – auch zeitweise – besondere Pflegekräfte finanziert werden, wenn dies zur Sicherstellung der häuslichen Pflege erforderlich ist.

3.2 Außerfamiliale Hilfestellungen

Zu der im Bericht geforderten Einrichtung einer integrierten Beratung zu den vorhandenen Hilfsangeboten ist festzuhalten, dass dies im Rahmen der Sozialhilfe bereits berücksichtigt ist. Eine Leistungsart der Sozialhilfe ist die persönliche Hilfe. Zur persönlichen Hilfe gehört außer der Beratung in Fragen der Sozialhilfe (§ 14 des Ersten Buches Sozialgesetzbuch) auch die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten, soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrzunehmen ist (vgl. § 8 Abs. 2 BSHG). Entsprechend dem Ziel der Altenhilfe, altersbedingte Schwierigkeiten zu beseitigen oder zu mildern, sind der Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz neben den oben genannten Aufgaben noch die folgenden besonderen Beratungsaufgaben übertragen worden:

Integrierte Beratung

- Hilfe in allen Fragen der Aufnahme in eine Einrichtung, die der Betreuung alter Menschen dient, insbesondere bei der Beschaffung eines geeigneten Heimplatzes,
- Hilfe in allen Fragen der Inanspruchnahme altersgerechter Dienste,
- Hilfe zu einer Betätigung, wenn die von alten Menschen gewünscht wird.

Der Vierte Altenbericht weist auf Tendenzen zur steigenden Einsamkeit und Isolation im Alter hin. Dem können intakte Netzwerke ebenso entgegenwirken wie Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden. Der von der Kommission in ihrer Empfehlung Nr. 7 geforderten Hilfe für einsame hochaltrige Menschen kommt die Altenhilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz nach. Sie will alten Menschen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen. Diesem Ziel dient die Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung, der Bildung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen. Alten Menschen soll auch die Verbindung mit nahe stehenden Personen ermöglicht werden.

Altenhilfe nach dem BSHG

Aufgrund der sinkenden Beteiligung alter Menschen an Vereinen und Verbänden kommt mit steigendem Alter den Seniorenorganisationen wachsende Bedeutung zu, die neben einem aktiven gesellschaftlichen Engagement die Möglichkeit zu Freizeitgestaltung und Geselligkeit bieten. Hier sind in erster Linie die Kommunen gefordert, wohnungsnah Angebote bereitzustellen, die alten Menschen auch bei Mobilitätseinschränkungen eine gute

Altenselbsthilfe

	<p>Erreichbarkeit gewährleisten. Angebote müssen auf ihre Attraktivität für Nutzer/Nutzerinnen überprüft und an sich wandelnde Bedarfslagen alter Menschen angepasst werden. Die Altenselbsthilfe sollte in diesem Zusammenhang stärker gestützt werden. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert auf Bundesebene Seniorenorganisationen und wird im Rahmen des Modellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ alte Menschen zu seniorTrainern weiterbilden und ihnen im Bereich der Altenselbsthilfe Einsatzmöglichkeiten eröffnen.</p>
<p>Modellprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“</p>	<p>Alte Menschen sind in hohem Maße gesellschaftlich engagiert, wobei sich mit steigendem Alter das ehrenamtliche Engagement verringert. Stärker als bisher müssen gesellschaftliche Rollen gefunden werden, die alten Menschen ein Engagement ermöglichen, das ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht. Mit Besuchsdiensten unterstützen viele aktive Alte diejenigen, die wegen Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit von Isolation bedroht sind. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird im Rahmen des o. g. Modellprogramms „Erfahrungswissen für Initiativen“ (EFI) den Aufbau von Fortbildungsmaßnahmen für diese Besuchsdienste fördern, um sie bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Hierbei wird auch der Umgang mit Demenzkranken und die Unterstützung ihrer Angehörigen eine Rolle spielen.</p>
<p>Neurologische Erkrankungen und Fahreignung</p>	<p>Da der Anteil alter Menschen mit Fahrerlaubnis kontinuierlich ansteigt, ist es sehr zu begrüßen, dass die Kommission die Aufmerksamkeit auch auf diese Problematik gerichtet hat. Die Kommission weist zutreffend auf die Bedeutung hin, die einer adäquaten und validen Untersuchungsmethodik im Rahmen der Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Patienten mit speziellen neurologischen Erkrankungen, wie z. B. Demenzen, zukommt. Insbesondere bei dieser Patientengruppe kann die Diagnosestellung allein nicht als Kriterium zur Beurteilung der Fahreignung herangezogen werden. Unabhängig von der Zuordnung der vorliegenden Symptome des Patienten zum Krankheitsbild der Demenz sollte bei der Beurteilung der Fahreignung das Ergebnis der Überprüfung verkehrsrelevanter neuro-psychologischer Funktionsausfälle das entscheidende Kriterium sein.</p>
	<p>Da bislang keine validen Testverfahren für demenzbedingte Funktionsausfälle definiert sind, hat das Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen bei der Bundesanstalt für Straßenwesen Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, bei denen sowohl die Häufigkeit neurologischer Erkrankungen und neuropsychologischer Funktionsausfälle als auch die Frage der Validität der verschiedenen Untersuchungsmethoden (neuropsychologische Testbatterien, Fahrsimulator und reale Fahrprobe) im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen.</p>
<p>Gewalt im Alter</p>	<p>Den Ausführungen der Kommission hinsichtlich des Themas „Gewalt im Alter“ ist zuzustimmen. Auch die Bundesregierung sieht die Notwendigkeit, im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Bekämpfung von Gewalt auch die Problematik von Gewalt im Alter anzugehen. Seit 1998 führte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zusammen mit der Landeshauptstadt Hannover ein dreijähriges Modellprojekt durch, das sich mit dem Schutz von Seniorinnen und Senioren im persönlichen Nahraum befasste.</p> <p>Ziel des Projektes war es, auf das sensible Thema Gewalt gegen Alte und Schwache aufmerksam zu machen, gegen Übergriffe vorzugehen und ihre Ursachen aufzuklären, aber auch gezielte Hilfen für Opfer bereitzustellen. Um ein hohes Maß an Umsetzbarkeit und Übertragbarkeit der Ergebnisse in anderen Kommunen zu gewährleisten, entwickelte das Projekt einzelne „Bausteine“, die bereits bestehende Strukturen vor Ort mit einbezogen und vernetzten, wie z. B.</p> <ul style="list-style-type: none">– Einrichtung und Erprobung spezialisierter Hilfs- und Beratungsdienste,– Weiterbildung von Expertenteams im medizinischen, sozialen und therapeutischen Bereich,– Fortbildung für Angehörige verschiedener Berufsgruppen,– Untersuchung über Möglichkeiten und Grenzen der Öffentlichkeitsarbeit,– Einrichtung eines Beratungs- und Krisentelefon seit 1. März 1999. <p>Im Rahmen einer bundesweiten Abschlussstagung im Juli 2001 wurden Handlungsempfehlungen vorgestellt, die geeignet sind, Perspektiven für weitere Interventions- und Präventionsstrategien aufzuzeigen.</p>

4 Medizinische Versorgung

4.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Zwischen Sachverständigenkommission und Bundesregierung besteht Übereinstimmung darin, dass Prävention und Gesundheitsförderung in allen Altersgruppen im Hinblick auf die Lebensqualität von großer Bedeutung sind, um Krankheiten und Einschränkungen im Alter so weit wie möglich zu verhindern oder ihren Ausbruch um einige Jahre hinauszuzögern.

Der Königsweg zu einer Minderung von Risiken und Krankheitsursachen und somit zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes alter Menschen kann nur über verstärkte Angebote im Vorfeld krankheitsbedingter Einschränkungen führen. Das Modell der präventiven Hausbesuche, wie es in der Schweiz bereits erfolgreich erprobt worden ist, scheint eine Erfolg versprechende Möglichkeit zu eröffnen.

Präventive
Hausbesuche

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend im Rahmen eines EU-Projekts geförderte und am Albertinen Haus Hamburg angesiedelte Vorhaben „Präventive Gesundheitsberatung für ein erfolgreiches Altern – Kooperation zwischen Hausärzten und Geriatrischem Zentrum“ orientiert sich an diesem Ansatz. Der Nutzen niedrigschwelliger Gesundheitsvorsorge wird belegt und ein Anwenderhandbuch für ein Präventivprogramm erarbeitet, das potenziellen Nachahmern Arbeitshilfe sein wird. In einem weiteren Arbeitsabschnitt des Projekts wird es darum gehen, das Präventionsprogramm in der Regelversorgung zu verankern.

Die gesundheitliche Versorgung alter Menschen hat mit Blick auf Strukturen und Qualifikation der beteiligten Akteure bislang einen beachtlichen positiven Entwicklungsprozess durchlaufen. So ist z. B. Rehabilitation im Alter bereits heute fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems. Der Bedarf an stationärer und ambulanter geriatrischer Rehabilitation wird zweifellos weiter steigen.

Ambulante und
stationäre Rehabilitation

Das kann aber nicht nur bedeuten, den Ausbau der stationären und teilstationären geriatrischen und gerontopsychiatrischen Kapazitäten weiter voranzutreiben, wie es die Kommission fordert. In erster Linie muss es zukünftig darum gehen, Qualität und Effektivität in den vorhandenen Strukturen zu fördern. Dies geschieht bereits im Rahmen verschiedener Projekte, die u. a. die Effektivität geriatrischer Rehabilitation und die Zusammenhänge bei der Dekubitusentstehung untersuchen. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um das System der Hilfen so zu verbessern, dass noch vorhandene Lücken geschlossen werden können.

Der ganzheitliche geriatrische Versorgungsansatz vermag längerfristig Pflege- und Versorgungskosten zu sparen und Lebensqualität zu sichern. Er erfordert kurz- und mittelfristig einen verstärkten Mitteleinsatz. Zusätzliche Kosten können einerseits durch die Notwendigkeit entstehen, die Erfolge der Intervention zu sichern, d. h. Nachhaltigkeit zu gewährleisten. Hinzu kommen Risiken gesundheitlicher Einbrüche während einer verlängerten Lebenszeit.

Sowohl die Möglichkeiten der ambulanten geriatrischen und gerontopsychiatrischen Rehabilitation als auch die der heimgestützten Rehabilitation verdienen daher fundierte Erprobung und Evaluation. Im Rahmen des bereits erwähnten Modellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ werden Maßnahmen dieser Art gefördert und wissenschaftlich begleitet.

4.2 Koordination und Vernetzung

Eine effektive Nutzung bereits vorhandener Möglichkeiten und Einrichtungen ist nur dann zu erwarten, wenn eine Vernetzung von Strukturen gelingt, die nicht nur über die Grenzen einzelner Fachdisziplinen reicht, sondern Grenzziehungen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsformen und zwischen verschiedenen Systemen überwindet. Es ist eine der wichtigsten Aufgaben qualifizierter Fachkräfte in der Geriatrie, die wachsende Bereitschaft der Hausärzte/innen als primäre Ansprechpartner alter Menschen zum Erwerb geriatrischen Wissens zu nutzen und Fachkliniken für den Transfer von Spezialwissen in die hausärztliche Praxis zu öffnen. Das Geriatrische Netzwerk, ein Kooperationsmodell zwischen niedergelassenen Ärzten/innen und geriatrischer Klinik mit Koordinierungs- und Beratungsstelle in Hamburg, beweist, dass dieser Brückenschlag so gelingen kann, dass alle Beteiligten profitieren.

Geriatrisches Netzwerk

Modellprogramm
„Altenhilfestrukturen
der Zukunft“

Durch Koordination und Vernetzung von Angeboten können einerseits Lebensqualität Betroffener und berufliche Zufriedenheit der Akteure gesteigert, andererseits auch strukturelle Mängel beseitigt und das System der Altenhilfe weiterentwickelt werden. Das gilt auch und in besonderem Maße für die Versorgung Demenzerkrankter. Von den 20 für das Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ ausgewählten Projekten widmen sich allein acht einer verbesserten Versorgung Demenzerkrankter, vier der Vernetzung geriatrischer Rehabilitation mit der Altenhilfe. Sie repräsentieren dabei ein breites Spektrum möglicher und innovativer Ansätze. Die Ende 2001 gezogene Zwischenbilanz hat u. a. gezeigt, dass das Engagement ehrenamtlicher Laien als ernst zu nehmendes Zukunftspotenzial bei der Betreuung Demenzerkrankter gepflegt und vorsichtig weiterentwickelt werden muss.

Sowohl die Einbeziehung entsprechend vorbereiteter und begleiteter Helfer als auch eine verbesserte Beratung pflegender Angehöriger kann deren Belastung spürbar abmildern.

Aufklärung und
Beratung

Mit konsequenter Unterstützung der Arbeit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft trägt die Bundesregierung dazu bei, dass Aufklärung, Beratung und der Aufbau von hilfreichen Netzwerken kontinuierlich gewährleistet werden und weiter ausgebaut werden können.

Um der Herausforderung durch die demographisch bedingt wachsende Anzahl demenzerkrankter alter Menschen auf Dauer gerecht werden zu können, bedarf es jedoch einer gesellschaftlich breit angelegten Informations- und Qualifizierungsaktion, eine Forderung der Kommission, die die Bundesregierung in ihrer Initiative zu einem längerfristig geplanten Aktionsprogramm Demenz bestätigt.

4.3 Aktionsprogramm Demenz

Alzheimer Telefon

Das Programm soll Aufklärung, Information zu Hilfen vor Ort und Unterstützung pflegender Angehöriger leisten und von einschlägigen Projekten begleitet werden. Damit sollen Grundlagen für ein besseres Verständnis und für Alltagskompetenz im Umgang mit Demenzerkrankungen geschaffen werden. Basiselemente sind die Einrichtung eines von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft betriebenen zentralen Beratungstelefon sowie der Aufbau einer Datenbank zu spezifischen Hilfe- und Betreuungsangeboten aus den Ergebnissen einer flächendeckenden bundesweiten Strukturhebung.

Das Alzheimer Telefon soll den erfahrungsgemäß vielfältigen Informations- und Hilfebedarf auffangen. Für alle Ratsuchenden macht es unter der bundeseinheitlichen Nummer 01803-17 10 17 ein leicht zugängliches Angebot, das durch weitere flankierende Einzelmaßnahmen auf regionaler Ebene ergänzt werden soll.

Anleitung zum Umgang
mit Demenzerkrankten

Die öffentliche Darstellung und damit Enttabuisierung der Demenz und ihrer Folgen wird auch durch das Bundesministerium für Gesundheit unterstützt. Bereits 1999 wurde die Broschüre „Wenn das Gedächtnis nachlässt“ vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben. Auch in Zukunft sollen gesetzgeberische Maßnahmen flankiert werden durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen. Sie soll Verständnis insbesondere für die Situation demenzerkrankter Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen der Prävention zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung dementer Menschen vermitteln. Zudem soll auf gelungene Projekte der Betreuung dementer Menschen aufmerksam gemacht werden, in denen sich in überzeugender Weise bürgerschaftliches Engagement mit professioneller Pflege zum Wohle der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen verbindet.

Selbstverständnis, Rahmenbedingungen und Pflegekonzepte gerade in stationären Einrichtungen müssen zunehmend auf die Bedürfnisse Demenzerkrankter abgestimmt werden. Die Kommission zeigt verschiedene geeignete Möglichkeiten auf, die freilich noch genauer und längerfristiger Erprobung und differenzierter Auswertung bedürfen. Es gibt bereits viel versprechende Ansätze, die mit Unterstützung der Bundesregierung wissenschaftlich evaluiert und auf ihre Übertragbarkeit geprüft werden.

Qualitätshandbuch
„Leben mit Demenz“

Für eine angemessene Versorgung hochaltriger und demenzerkrankter Menschen ist der Einsatz besonders geschulten Pflegepersonals unverzichtbar. Eine berufsbegleitende Qualifikation des Pflegepersonals verfolgt die Bundesregierung mit dem neuen, vom Kuratorium Deutsche Altershilfe erarbeiteten Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“. Es stellt Pflegenden in allen Bereichen Handlungsanleitungen mit persönlichkeitszentriertem An-

satz zur Verfügung, die sich am Alltag in den Einrichtungen orientieren und sich auch in kleinen Schritten umsetzen lassen. Wichtig daran ist, dass Austausch und Nutzung von Erfahrungen der Praxisexperten gefördert werden.

Aber auch architektonisch notwendige Umbaumaßnahmen zur bedarfsgerechten Betreuung Demenzerkrankter in gesonderten Wohnbereichen lassen sich in ganz normalen Pflegeheimen erfolgreich realisieren, wie Projekte des Modellprogramms Altenhilfestrukturen der Zukunft zeigen. Ablauforganisationen und Personaleinsatzkonzepte sind inzwischen implementiert und werden weiterentwickelt.

4.4 Sterbebegleitung: Umsetzung der Hospizidee

Die zahlenmäßige Zunahme von Menschen im hohen Lebensalter gibt dem Erhalt der Würde Hochaltriger und dem Thema Sterben, Tod und Trauer eine große Bedeutung. Familiäre Betreuungsmöglichkeiten haben sich gewandelt und die Phase der Auseinandersetzung mit Fragen der Beendigung des Lebens hat sich verlängert.

Die Expertenkommission greift das Thema Sterbebegleitung auf, hebt ethisch-moralische Schwerpunkte der Hilfe für Sterbende hervor und weist Argumente für eine straffrei gestellte Sterbehilfe mit aller Entschiedenheit zurück. Die Bundesregierung teilt die Einschätzung der Kommission und unterstützt die Schaffung bedarfsgerechter Voraussetzungen für ein würdevolles Sterben. Sie sieht in der Weiterentwicklung von Hospizkonzepten einen hohen ethischen Wert.

Sterbebegleitung

Ambulant, teilstationär und stationär tätige Hospize leisten bereits heute einen wichtigen und gesellschaftlich zunehmend beachteten Beitrag. Sie sind in den vergangenen zehn Jahren zu einem festen Bestandteil des Gesamtkonzeptes der Altenhilfe in Deutschland geworden und kultivieren auch die Trauerbegleitung über das Sterben hinaus. Vor allem bürgerschaftliches Engagement und Erfahrungen mit Situationen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod ermöglichen individuell und von menschlicher Zuwendung geprägte Hilfe. Ziel ist es, hospizliche Sterbebegleitung flächendeckend und den Bedürfnissen angemessen in Deutschland weiterzuentwickeln.

Die Bundesregierung fördert im engen Zusammenwirken mit der „Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz zur Förderung von ambulanten, teilstationären und stationären Hospizen und Palliativmedizin e.V.“ Aktivitäten zum Ausbau der Angebote für eine mitmenschlich getragene Sterbebegleitung durch professionelle und ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer und die erforderliche Netzwerkentwicklung. Grundlegende Voraussetzungen für bedarfsgerechte und qualitativ gesicherte Angebote der Sterbebegleitung, die den Menschen die Gewissheit geben, am Ende des Lebens nicht allein gelassen zu werden, in Würde Abschied nehmen zu können und dabei eine gute Behandlung und Pflege, insbesondere eine gute Schmerztherapie sowie psychosoziale und spirituelle Unterstützung zu erhalten, hat die Bundesregierung aktuell mit der Unterstützung nun auch ambulanter Hospizarbeit im Pflegeleistungsergänzungsgesetz verankert.

4.5 Gesundheitliche Situation alter Frauen

Das Analyseergebnis der Sachverständigenkommission zeigt deutlich, dass Frauen aufgrund ihrer höheren Lebenserwartung und der damit verbundenen Überrepräsentanz in der Gruppe der alten und vor allem hochbetagten Menschen in zunehmendem Maße von altersbedingten chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und Behinderungen betroffen sind. Präventionsmaßnahmen, die wirklich greifen sollen, müssen daher aus Sicht der Bundesregierung den besonderen frauenspezifischen gesundheitlichen Belastungen und Risiken (Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen) Rechnung tragen. Die Bundesregierung setzt sich insoweit mit Maßnahmen im Bereich „Frau und Gesundheit“ für eine verstärkte Berücksichtigung der frauenspezifischen Belange im Gesundheitswesen ein.

Frauenspezifische Aspekte im Gesundheitswesen

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat mit der Herausgabe des „Berichtes zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland“ im Mai 2001 und der Fachtagung „FrauenGesundheit-FrauenLeben-FrauenArbeit“ in Berlin im Oktober 2001 einen wichtigen Impuls zur Implementierung einer frauenspezifischen Gesundheitsversorgung gesetzt. Auf der Fachtagung wurde auch die gesundheitliche Situation der alten Frauen in einem Vortrag thematisiert. Eine Dokumentation zu dieser Tagung wird im März 2002 veröffentlicht.

Zur Stärkung einer frauenspezifischen Sichtweise im Gesundheitssystem misst die Bundesregierung der konsequenten Umsetzung des Gender-Mainstreaming-Prinzips große Bedeutung bei. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend fördert aus diesem Grund seit Dezember 2001 im Rahmen eines dreijährigen Projektes den Aufbau einer Koordinierungsstelle „Frauengesundheit“, deren Arbeit unter dem Leitthema „Implementierung des Gender Mainstreaming in der Gesundheitsversorgung“ steht.

4.6 Hausärztliche Versorgung Hochaltriger

Bedeutung der hausärztlichen Versorgung Hochaltriger

Die Bundesregierung teilt im Wesentlichen die Einschätzungen im Bericht der Sachverständigenkommission über die hausärztliche Versorgung für Hochaltrige. Insbesondere werden die Ausführungen zur Notwendigkeit der stärkeren Verzahnung aller an der Krankenbehandlung und Pflege beteiligten Personen mitgetragen. Es ist notwendig, dass hier ein intensiver Austausch aller Beteiligten stattfindet. Insbesondere alte Patienten/innen sind häufig bei verschiedenen Leistungserbringern in Behandlung (Hausärzte, Fachärzte, Pflege), deren Zusammenarbeit koordiniert werden muss. Die Stärkung der angeführten Lotsen-Funktion der Hausärzte/innen ist in diesem Zusammenhang ebenfalls wünschenswert und erforderlich. Speziell alte Patienten/innen brauchen kompetente Ansprechpartner/innen ihres Vertrauens, die sie durch die komplexen Strukturen des Gesundheitswesens führen. In diesen Strukturen hat der Hausarzt/die Hausärztin eine Schlüsselstellung als „Lotse“ der Patienten.

Zur Stärkung der Funktionen des Hausarztes/der Hausärztin hat der Gesetzgeber bereits verschiedene Maßnahmen getroffen. So wird insbesondere auf die sich aus § 73 Abs.1b SGB V ergebenden Kommunikationsverpflichtungen mit anderen Leistungserbringern verwiesen, sowie auf § 85 Abs. 4a SGB V, der den Hausärzten einen festen Anteil an der vertragsärztlichen Gesamtvergütung zusichert.

4.7 Gesundheitsreformgesetz 2000

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der Entwicklung des Fallpauschalensystems beauftragt. Die Selbstverwaltungspartner haben entschieden, das australische Fallpauschalensystem zur Grundlage für die Einführung des Systems in Deutschland zu nehmen. Dabei sind selbstverständlich Anpassungen an die medizinischen Verhältnisse und Bedingungen in der Bundesrepublik Deutschland vorzunehmen. Da derzeit das Leistungsverzeichnis noch nicht fertig gestellt ist, sind Aussagen über ggf. bestehende Probleme einer sachgerechten Abbildung des Behandlungsaufwands von Patienten/innen in geriatrischen Einrichtungen noch nicht möglich. Entsprechendes gilt für mögliche Lösungsansätze.

Fallpauschalengesetz

Dieser Situation Rechnung tragend, sieht das Fallpauschalengesetz vor, dass bei bestehenden Abbildungsproblemen zeitlich befristet weiterhin krankenhausespezifische Entgeltvereinbarungen möglich sind. Zusätzlich ist in diesem Zusammenhang auf die vorgesehene sukzessive Einführung des neuen Entgeltsystems sowie die damit einhergehenden qualitätssichernden Maßnahmen (u. a. Qualitätsberichte, stichprobenweise Überprüfung der Entlassungen) hinzuweisen. Zudem ist durch die gesetzliche Verpflichtung zur Begleitforschung sichergestellt, dass Veränderungen der Versorgungsqualität unter DRG-Bedingungen beobachtet werden können.

Auch die Abrechnung der Fallpauschalen in Verlegungsfällen ist durch die genannten Selbstverwaltungspartner noch abzuklären. Grundsätzlich ist dabei denkbar, dass im Falle der Weiterbehandlung eines Patienten/einer Patientin in einer geriatrischen Einrichtung entweder die Fallpauschalen differenziert oder Zuschläge für die teurere geriatrische Behandlung gezahlt werden. Wird der Patient/die Patientin in die geriatrische Fachabteilung eines anderen Krankenhauses verlegt, sind eindeutige Regelungen für die Vergütung, d. h. ggf. auch die Aufteilung der Fallpauschalen, notwendig.

Gesundheitsreformgesetz 2000

Ebenso hat die Bundesregierung mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 den rechtlichen Rahmen für integrierte Versorgungsformen geschaffen. Diese Regelungen eröffnen den Krankenkassen die Möglichkeit, mit Gemeinschaften oder einzelnen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten sowie einzelnen sonstigen an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringern oder deren Gemein-

schaften, Kassenärztlichen Vereinigungen, Trägern zugelassener Krankenhäuser und Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer Verträge über integrierte Versorgungsformen abzuschließen. In den Verträgen müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen oder medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.

Insoweit wurde den Krankenkassen mit diesen Regelungen ein Instrumentarium an die Hand gegeben, welches es zulässt, sowohl für die medizinische Behandlung einzelner Krankheitsbilder als auch für die medizinische Behandlung einzelner Personengruppen Verträge zur integrierten Versorgung zu schließen. Die Bundesregierung erwartet, dass Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere auch die Multimorbidität Hochaltriger bei der Ausgestaltung der Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung berücksichtigen.

Die Bundesregierung erkennt an, dass die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sozialversicherungszweigen bei alten Menschen zu Problemen führen kann. Aus diesem Grunde sind alle Versicherungsträger verpflichtet, über alle sozialen Angelegenheiten nach dem Sozialgesetzbuch Auskunft zu erteilen. Die Auskunftspflicht erstreckt sich auf die Benennung der für die Sozialleistungen zuständigen Leistungsträger sowie auf alle Sach- und Rechtsfragen, die für die Auskunftssuchenden von Bedeutung sein können und zu deren Beantwortung die Auskunftsstelle imstande ist. Darüber hinaus sind die Auskunftsstellen verpflichtet, untereinander und mit den anderen Leistungsträgern mit dem Ziel zusammenzuarbeiten, eine möglichst umfassende Auskunftserteilung durch eine Stelle sicherzustellen (§ 15 Erstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB I). Diese gesetzliche Regelung hilft, die Schnittstellenproblematik zwischen den einzelnen Sozialversicherungssystemen zu überwinden.

Auskunftspflicht der
Versicherungsträger

5 Rechtliche Grundlagen

Die Sachverständigenkommission hat in ihrem Bericht aufgezeigt, welche Veränderungen und Verbesserungen sie außer im praktischen, im versorgungs- und sozialpolitischen auch im gesetzlichen Handlungsfeld für wichtig hält. Es gibt allerdings nur wenige ausschließlich auf alte Menschen bezogene Gesetze. Regelungen, die diese Gruppe betreffen, sind aber in zahlreichen anderen Gesetzen enthalten. Ein solches Gesetz, das die Lebensumstände alter Menschen wesentlich verbessern wird, ist das Gleichstellungsgesetz für behinderte Menschen. Als Zielgruppe sind zwar behinderte Menschen benannt, durch seinen Zuschnitt wird das Gesetz aber gleichwohl auch für viele alte Menschen Erleichterungen bringen. Es gilt für den Bereich des Bundes bzw. regelt Materien, die in die Zuständigkeit des Bundes fallen. Es soll am 1. Mai 2002 in Kraft treten.

Gleichstellungsgesetz
für Behinderte

Kernpunkt des Gesetzes ist die Herstellung von Barrierefreiheit in öffentlichen Einrichtungen und Gebäuden. Das heißt konkret, dass für neue öffentliche Gebäude des Bundes, aber auch für Gaststätten, Flughäfen, Bahnhöfe/Haltstellen und Verkehrsmittel Regelungen beschlossen werden sollen, die schrittweise einen ungehinderten Zugang auch für Menschen, die in der Beweglichkeit eingeschränkt oder sinnesbehindert sind, gewährleisten. Dasselbe gilt auch etwa für Besuche der Bundesverwaltung und die Internetauftritte des Bundes, die insbesondere für sehbehinderte Menschen zugänglich gemacht werden sollen. Von den Regelungen zur Barrierefreiheit profitieren vor allem auch alte Menschen.

Daneben enthält das Gesetz ein allgemeines Diskriminierungsverbot zugunsten behinderter Menschen für die öffentliche Hand im Bereich der Anwendung von Bundesgesetzen. Behindert ist eine Person nach der Definition des Gesetzes aber nicht erst, wenn die Schwerbehinderteneigenschaft in einem Verfahren festgestellt ist, sondern bereits dann, wenn „ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Diskriminierungsverbot

EU-Grundrechtscharta Der Bericht stellt zusammenfassend fest, dass das EU-Recht keine Vorschriften enthalte, die sich mit Diskriminierungen wegen des Alters im Sinne der nachberuflichen Lebensphase befassen. Der Bericht behandelt auch die EU-Grundrechtscharta und die dort in Artikel 25 enthaltenen Aussagen zu den Rechten alter Menschen. Er spricht in diesem Zusammenhang u. a. von dem „Entwurf“ einer Charta, „die jedoch noch nicht in Kraft ist“ bzw. „noch keine Geltungskraft“ habe. Diese Formulierungen, die den Eindruck gänzlicher Unverbindlichkeit der Grundrechtscharta vermitteln, sind zumindest missverständlich und werden dem Charakter der Charta nicht gerecht.

Die Grundrechtscharta wurde von einem als „Konvent“ bezeichneten Gremium erarbeitet, das sich aus Mitgliedern des Europäischen Parlamentes, der nationalen Parlamente, Beauftragten der Staats- und Regierungschefs sowie einem Vertreter der EU-Kommission zusammensetzte. Die Grundrechtscharta wurde am 7. Dezember 2000 proklamiert (ABl. C 364 vom 18. Dezember 2000, S. 1). Sie ist derzeit zwar nicht Teil der EU/EG-Verträge und insofern nicht unmittelbar verbindliches Recht, ihre Vorschriften bewirken aber aufgrund der Proklamation der Charta eine Selbstbindung der Gemeinschaft und ihrer Organe. Es ist auch zu erwarten, dass die Inhalte der Charta einen Bezugspunkt für die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs bei der Rechtskontrolle und der Fortentwicklung des Gemeinschaftsrechts im Bereich des Grundrechtsschutzes bilden werden.

Die Bundesregierung beobachtet im Zusammenhang mit dem Anliegen der Nichtdiskriminierung bestimmter Personengruppen, inwieweit gesetzgeberischer Handlungsbedarf, insbesondere aufgrund EU-rechtlicher Regelungen besteht. Dies gilt auch für das Merkmal des Alters.

5.1 Pflegerische Versorgung

5.1.1 Novellierung des Heimgesetzes

Weiterentwicklung der Qualität von Pflege und Betreuung durch das Heimgesetz

Die durch das Dritte Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes (BGBl. 2001 I, S. 2970) erfolgte Novellierung des Heimgesetzes dient vorrangig der Verbesserung der Rechtsstellung und des Schutzes der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen sowie der Weiterentwicklung der Qualität der Betreuung und Pflege in Heimen. Ziel ist es, ein an den Grundsätzen der Menschenwürde ausgerichtetes Leben in Heimen zu sichern. Die neuen Regelungen sollen sicherstellen, dass auch Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen, auch wenn sie im Rahmen ihrer Lebensführung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, möglichst eigenverantwortlich leben und über ihr Leben selbst bestimmen können.

Die Novellierung hat folgende Schwerpunkte:

Transparenzgebot

- Verbesserung der Rechtsstellung der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner

In Heimverträgen wird dadurch vermehrt für Transparenz gesorgt, dass die Leistungen für Unterkunft und Verpflegung, der Betreuung (einschließlich der Pflege) und die weiteren Leistungen jeweils gesondert beschrieben und die dafür jeweils vorgesehenen Entgelte gesondert angegeben werden müssen. Durch die Aufschlüsselung können die Bewohnerinnen und Bewohner und ihre Angehörigen die verschiedenen Heime und ihre Leistungen besser miteinander vergleichen, außerdem können sie die versprochenen Leistungen besser einfordern (und notfalls einklagen).

Darüber hinaus müssen Entgelterhöhungen im Einzelnen beschrieben und nachvollziehbar begründet werden.

Heimbeirat

- Weiterentwicklung der Heimmitwirkung

Der Heimbeirat wird für Dritte geöffnet. In Zukunft können auch Angehörige oder sonstige Vertrauenspersonen (z. B. auch Mitglieder örtlicher Seniorenvertretungen) in den Heimbeirat gewählt werden. Darüber hinaus soll der Heimträger den Heimbeirat zukünftig an Vergütungsverhandlungen sowie an den Verhandlungen über Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen beteiligen.

Heimaufsicht

- Stärkung der Heimaufsicht und Verbesserung ihres Eingriffsinstrumentariums

Die Heimaufsicht muss in Zukunft jedes Heim grundsätzlich mindestens einmal im Jahr prüfen. Prüfungen können jederzeit sowohl angemeldet als auch unangemeldet und wenn nötig auch nachts erfolgen. Außerdem werden die Regelungen über die Anforderungen an den Heimbetrieb und die Anzeige- und Aufzeichnungspflichten präzisiert und ergänzt.

- Verbesserung der Zusammenarbeit von Heimaufsicht, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Trägern der Sozialhilfe Arbeitsgemeinschaften

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit bilden Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Pflegekassen und Sozialhilfeträger Arbeitsgemeinschaften, in denen sie ihre Arbeit soweit wie möglich miteinander abstimmen. Die Zusammenarbeit soll sich u. a. auf die Prüftätigkeit und auf die Verständigung über im Einzelfall notwendige Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln oder zur Vermeidung von Fehlern erstrecken.

Die Sachverständigenkommission würdigt nachdrücklich die mit dem neuen Heimgesetz vom 5. November 2001 (BGBl. I S. 2970) erzielten Verbesserungen. In der Diskussion um mögliche Probleme beim Leben im Heim sieht die Bundesregierung keinen ausreichenden Grund, Heime als Einrichtungen der Versorgung und Betreuung grundsätzlich infrage zu stellen. Verständlicherweise haben Pressemeldungen über zum Teil gravierende Defizite bei der Betreuung und Pflege in Heimen zu einer Verunsicherung der Bewohnerinnen und Bewohner geführt. Hier kommt es entscheidend darauf an, dass die Grundrechtsverwirklichung auch in Heimen gesichert ist. Der Schutz der Würde und der Interessen und Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner von Heimen vor Beeinträchtigungen wird deshalb in dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen neuen Heimgesetz in § 2 Abs. 1 Nr. 1 besonders hervorgehoben und in zahlreichen Einzelvorschriften umgesetzt.

Die Bundesregierung ist unabhängig hiervon offen für eine Diskussion über andere Formen des Wohnens und der Betreuung alter Menschen und von Menschen mit Behinderungen.

Nachdrücklich gestärkt werden mit dem neuen Heimgesetz die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die in Heimen leben. So muss der Träger eines Heims Qualitätssicherungsmaßnahmen dokumentieren, aus denen die für die Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe erstellten Förder- und Hilfepläne einschließlich deren Umsetzung ersichtlich werden.

Dokumentation von Qualitätssicherungsmaßnahmen

Der Ausschluss des Betreuten Wohnens aus dem Anwendungsbereich des Heimgesetzes ist im Rahmen der Beratungen zum Dritten Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes intensiv erörtert worden. Die in das Gesetz schließlich eingestellte Formulierung dient dazu, eine Abgrenzung der Heime von Einrichtungen zu ermöglichen, die keine heimmäßige Betreuung und Verpflegung anbieten. Der Schutzbedarf der Nutzerinnen und Nutzer des Betreuten Wohnens wird hierdurch nicht negiert. Ziel der Bundesregierung ist es, auch für diesen Personenkreis einen adäquaten Schutz sicherzustellen. Entsprechend der Empfehlung der Kommission wird die Bundesregierung zunächst die weitere Entwicklung der rechtlichen Situation auf dem Gebiet des Betreuten Wohnens unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes kritisch beobachten und parallel hierzu erste Erfahrungen mit den praktischen Auswirkungen des neuen Heimgesetzes abwarten.

Betreutes Wohnen

Über die Notwendigkeit der Mitwirkung der Bewohnerinnen und Bewohner in Angelegenheiten des Heimbetriebs besteht ein breiter Konsens. Maßnahmen zur Sicherung der Heimmitwirkung sind erforderlich, weil wegen zunehmenden Alters, zunehmender Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität der Bewohnerschaft in vielen Fällen keine Heimbeiräte gebildet werden können. Ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Heimmitwirkung ist die Öffnung des Heimbeirates für Personen, die nicht im Heim wohnen (Externe). Der Referentenentwurf zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung, der sich zurzeit in der Ressortabstimmung befindet, begrenzt die Zahl der externen Mitglieder im Heimbeirat auf weniger als die Hälfte. Hierdurch wird gewährleistet, dass die Heimbeiräte, die im Heim wohnen, von den Externen nicht überstimmt (majorisiert) werden können.

Mitwirkungsrechte

Hinsichtlich der Quote der externen Personen im Heimbeirat soll einem möglichen Missverständnis vorgebeugt werden. Der Bericht bezeichnet Heimfürsprecher als externe Personen. Externe Mitglieder des Heimbeirats werden nach Maßgabe des Referentenentwurfs zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung ebenfalls von der Bewohnerschaft gewählt und sind Mitglieder des Heimbeirates. Dagegen wird der Heimfürsprecher, der an die Stelle des Heimbeirates tritt, von der Heimaufsichtsbehörde bestellt, wenn gemäß § 10 Abs. 4 des Heimgesetzes ein Heimbeirat nicht gebildet werden kann.

Die im Bericht zur Sicherung einer effizienten Wahrnehmung der Mitwirkungsrechte vorgeschlagene Schulung der Heimbeiräte mit Kostenübernahme ist in § 2 Abs. 2 des Referentenentwurfs zur Änderung der Heimmitwirkungsverordnung bereits vorgesehen: danach

	<p>sind den Heimbeiräten diejenigen Kenntnisse zu vermitteln, die für ihre Tätigkeit erforderlich sind. Die hierdurch entstehenden angemessenen Kosten hat der Träger zu übernehmen.</p>
<p>Pflicht der Behörden zum Tätigkeitsbericht</p>	<p>Der Bericht regt an, Studien zur Praxis der Heimaufsicht und zur Implementierung des Heimgesetzes durch die Heimaufsichtsbehörden zu veranlassen. Die der Bundesregierung vorliegenden Erkenntnisse über die Umsetzung des Heimgesetzes in der Praxis durch die zuständigen Behörden der Länder sind nicht einheitlich. Zur Verbreiterung der Informations- und Datenbasis und zur Verbesserung der Transparenz der Tätigkeit der Heimaufsicht werden die zuständigen Behörden gemäß § 22 Abs. 3 des neuen Heimgesetzes verpflichtet, alle zwei Jahre einen Tätigkeitsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend wird den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes erstmals im Jahre 2004, danach alle vier Jahre, über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner Bericht erstatten (§ 22 Abs. 1 Heimgesetz).</p>
<p>Einbindung der Länder</p>	<p>Das novellierte Heimgesetz kann seine volle Wirksamkeit nur dann entfalten, wenn alle erforderlichen Anstrengungen zur Umsetzung des Gesetzes in der Praxis unternommen werden. Dazu gehört auch eine angemessene personelle Ausstattung der Heimaufsichtsbehörden. Hier stehen die Länder in einer besonderen Verantwortung. Sie müssen die organisatorischen und personellen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Heimaufsichtsbehörden ihren Aufgaben zugunsten der Heimbewohnerinnen und bewohner gerecht werden können. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten die fachliche Qualifizierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimaufsicht durch die Erstellung eines Handbuchs.</p>
<p>Verbesserung der Qualität in der Pflege</p>	<p>Der VN-Ausschuss des Internationalen Paktes für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat in seinen Schlussfolgerungen zum 4. Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland auf strukturelle Mängel im Pflegebereich hingewiesen und die Bundesrepublik Deutschland aufgefordert, Sofortmaßnahmen zur Verbesserung der Situation von Patienten und Patientinnen in Pflegeheimen zu ergreifen.</p> <p>Die Erkenntnisse und Zahlen, auf die der Ausschuss seine Schlussfolgerungen stützt, sind überwiegend nicht belastbar. Unabhängig hiervon hat das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend seit dem Beginn der Legislaturperiode bei der Verbesserung der Qualität in der Pflege ein Schwerpunktthema gebildet. In dieser Legislaturperiode wurden mit den oben genannten Maßnahmen die gesetzlichen Rahmenbedingungen für das Leben und Wohnen in Heimen verändert mit dem Ziel, einen besseren Schutz für die Bewohnerinnen und Bewohner im Heim zu erreichen. Künftige Aufgaben sind vorrangig die Überarbeitung der Heimmindestbau- und der Heimmitwirkungsverordnung, die Erarbeitung von Pflege- und Betreuungsstandards sowie die Förderung der bundesweiten Vereinbarung von Verfahren zur Bemessung des Personalbedarfs.</p>
<p>Erarbeitung von Qualitätsstandards</p>	<p>Die Bundesregierung stimmt der Kommission zu, dass nahezu keine bundesweit verbindlichen Qualitätsstandards für die Altenpflege existieren. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat deshalb damit begonnen, Qualitätsstandards erarbeiten zu lassen. Als erste laufen derzeit Vorbereitungsarbeiten für einen Standard zur Vermeidung von Mangelernährung. Damit werden die Vertragspartner i. S. des SGB XI und des BSHG – Einrichtungsträger und Kostenträger – bei ihrer Aufgabe unterstützt, sich über die Leistungen und über die Qualität der Leistungen zu verständigen. Ob daneben die Schaffung einer unabhängigen nationalen Institution zur Entwicklung und Formulierung von Standards notwendig ist, bedarf einer eingehenden Prüfung auf der Grundlage der Erfahrungen mit dem novellierten Heimgesetz und dem PQsG.</p>

5.1.2 Altenpflegegesetz

Im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit hochaltriger Menschen verdeutlicht die Kommission die spezifischen Anforderungen an die professionelle Pflege. Die Haltung der Bundesregierung, dass sich die Altenpflege zu einem Gesundheitsfachberuf entwickelt hat, wird durch die Ausführungen über den pflegerischen Aufgabenbereich bestätigt. So stehen die gesundheits- und krankheitsbezogenen Aspekte im Mittelpunkt der Betreuung der überwiegend schwer- und schwerstpflegebedürftigen hochaltrigen Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Die Kommission weist darauf hin, dass die Pflege sich mit den Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf Fähigkeiten, die für das alltägliche Leben benötigt werden, beschäftigt. Sie fordert zu Recht eine umfassende Fachkompetenz der Pflegekräfte, die sowohl die soziale Kompetenz, aber insbesondere auch die klinische Beurteilungskompetenz sowie die Fähigkeit zur Pflegeprozesssteuerung umfasst.

Die Bundesregierung hat mit dem bundeseinheitlichen Altenpflegegesetz, das im November 2000 verkündet wurde, neue Ausbildungsregelungen geschaffen, die diesen Anforderungen Rechnung tragen. So gehört die umfassende und geplante Pflege multimorbider und demenziell oder gerontopsychiatrisch veränderter alter Menschen zum Kernbereich des Ausbildungsspektrums.

Ausbildung
in der Altenpflege

Das Gesetz, das von der Kommission dringend gefordert wird, konnte aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Bundesverfassungsgerichts nicht – wie vorgesehen – zum 1. August 2001 in Kraft treten. Diese Entscheidung geht zurück auf einen Antrag der Bayerischen Staatsregierung, die die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für das Altenpflegegesetz bestreitet. In einem Normenkontrollverfahren hat das Bundesverfassungsgericht nun über die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes zu entscheiden.

Die Aussetzung der Neuregelungen hat zur Folge, dass die angestrebten Ziele der Verbesserung der Ausbildungsqualität, der Aufwertung der Berufsbildes und der Steigerung der Attraktivität des Ausbildungsberufes derzeit nicht erreicht werden können. Dies erweist sich nicht zuletzt wegen des bereits regional erkennbaren Fachkräftemangels in der Pflege als problematisch. Auch die von der Bundesregierung angestrebten und von der Kommission geforderten Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe mit dem Ziel integrierter Ausbildungen im Bereich der Altenpflege und Krankenpflege müssen zurückgestellt werden.

Neben dem Bestreben, die Altenpflegeausbildung bundeseinheitlich durchzuführen, unterstützt die Bundesregierung die von der Kommission ausgesprochene Empfehlung, die Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals in der gerontopsychiatrischen Pflege zu forcieren. Der Bund hat hier jedoch keine Regelungskompetenz. Diese fällt in die Zuständigkeit der Länder. Gleiches gilt für die Förderung akademischer Pflegeausbildungen, der auch aus der Sicht der Bundesregierung eine hohe Bedeutung sowohl für die Qualitätssicherung der Pflege als auch für die gesellschaftliche Anerkennung des Berufsfeldes zukommt.

Fortbildung in der
Altenpflege

5.1.3 SGB XI

Die Pflegeversicherung hat sich zu einem unverzichtbaren Teil unseres Sozialsystems entwickelt. Durch die Einführung der Pflegeversicherung hat die Pflege im Bewusstsein der Gesellschaft einen höheren Stellenwert erhalten. Die Pflege ist zu einem gesellschaftlichen Thema gemacht worden. Dies bestätigt auch die Kommission.

Pflegeversicherung

Wie schon im Dritten Altenbericht fordert die Kommission, den Begriff der Pflegebedürftigkeit, der auf die Verrichtungen des täglichen Lebens abstellt, um Hilfebedarfe, die Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben, zu erweitern und insbesondere auch Demenzkranken Leistungen der Pflegeversicherung für ihren allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf zu gewährleisten.

In ihrer Stellungnahme zum Dritten Altenbericht hat die Bundesregierung dargestellt, inwieweit der Hilfebedarf dementer Menschen auch bei der gegenwärtigen Gesetzeslage bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt wird. Dabei war ihr bewusst, dass der Gesamthilfebedarf geistig behinderter, psychisch kranker und altersverwirrter Menschen oftmals über den Hilfebedarf in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung weit hinausgeht. Dieser weiter gehende Hilfebedarf liegt dann außerhalb der gesetzlich vorgegebenen Systematik der Pflegeversicherung. Er hat somit für die Leistungen der Pflegeversicherung keine Bedeutung, obwohl er einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmachen kann. Deshalb war und ist der Bundesregierung die Notwendigkeit einer Verbesserung der Pflegesituation von demenzkranken Menschen und anderer Pflegebedürftiger mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf bewusst.

5.1.3.1 Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Die Bundesregierung hat mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz diesen Bedarf nicht nur anerkannt, sie hat vielmehr mit der gesetzgeberischen Initiative auch eine breitere Diskussion angestoßen und erreicht, dass den Problemen mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Sie eröffnet nun mit den zusätzlich eingeführten gesetzlichen Instrumenten neue Wege zur Versorgung Dementer und zur Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und -strukturen. Mit diesem ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgung von Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat die Bundesregierung den derzeit zur Verfügung stehenden finanziellen Spielraum in der Pflegeversicherung in vollem Umfang zugunsten dieses Personenkreises ausgeschöpft. Das Maßnahmenpaket umfasst ein Finanzvolumen von insgesamt rd. 250 Mio. Euro jährlich.

Pflegeleistungs-
Ergänzungsgesetz

Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote

Es werden nicht nur zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in der Pflegeversicherung vorgesehen, sondern gleichzeitig auch finanzielle Mittel zur Förderung zusätzlicher Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt. Demenzkranke und ihre pflegenden Angehörigen benötigen ein Netz von abgestuften, bedürfnisorientierten, gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten. In der Praxis hat sich gezeigt, dass insbesondere auch ein hoher Bedarf für ein unbürokratisches, niedrigschwelliges Angebot zur Betreuung der demenzen Pflegebedürftigen und zur Entlastung der pflegenden Angehörigen besteht. Oft erleichtern gerade diese niedrigschwelligen Angebote den pflegenden Angehörigen den für sie schweren Schritt, erstmals Hilfen von außen in Anspruch zu nehmen. Daher soll mit Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung, mitfinanziert durch Mittel der Länder, der Auf- und Ausbau von niedrigschwelligen Betreuungsangeboten gefördert und damit in Ergänzung und Unterstützung des bisherigen Leistungsangebotes der Pflegeversicherung ein zusätzliches Leistungsangebot für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf geschaffen werden. Zum anderen sollen aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in der Pflegeversicherung gefördert werden.

1. Häuslich Pflegebedürftige, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung einen erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf festgestellt hat, erhalten einen zusätzlichen Betreuungsbetrag in Höhe von bis zu 460 Euro je Kalenderjahr. Die Mittel sind zweckgebunden einzusetzen, z. B. für Leistungen der Tages- und Nachtpflege, der Kurzzeitpflege und für niedrigschwellige Betreuungsangebote, also für qualitätsgesicherte aktivierende Betreuungsangebote.
2. Bestehende Beratungsangebote insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige werden verbessert und erweitert, beratende Hilfen im häuslichen Bereich durch zusätzliche Hausbesuche ausgebaut.
3. Die Entwicklung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen, insbesondere für demenziell erkrankte Pflegebedürftige, soll mit insgesamt 10 Mio. Euro pro Jahr aus Mitteln der sozialen und privaten Pflegeversicherung gefördert werden ergänzend zu einer Förderung durch Länder oder Kommunen in gleicher Höhe, sodass sich insgesamt ein Fördervolumen von rd. 20 Mio. Euro jährlich ergeben kann. Hier geht es zum einen um den Auf- und Ausbau sog. niedrigschwelliger Betreuungsangebote (z. B. Betreuungsgruppen für demente Pflegebedürftige, Helferinnenkreise, Tagesbetreuung in Klein- und Kleinstgruppen usw.). Zum anderen sollen im Rahmen von Modellprojekten Möglichkeiten einer integrativ ausgerichteten Versorgung und Vernetzung der für die Pflegebedürftigen erforderlichen Hilfen erprobt werden. Damit werden im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer pflegenden Angehörigen Weichen zur Schaffung eines Netzes von abgestuften, bedürfnisorientierten und gemeindenahen Hilfen und Versorgungsangeboten gestellt. Darüber hinaus können die Spitzenverbände der Pflegekassen mit bis zu 5 Mio. Euro pro Jahr modellhaft personenbezogene Budgets und neue Wohnkonzepte für Pflegebedürftige erproben.

Flankiert werden sollen diese Maßnahmen durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit von Bundesregierung und Pflegekassen, die Verständnis für die Situation insbesondere demenziell erkrankter Menschen wecken, Anleitungen zum Umgang mit ihnen geben, Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder Verhinderung einer Verschlimmerung aufzeigen und Grundlagenwissen für eine bedürfnisorientierte Pflege und Betreuung dieser Pflegebedürftigen vermitteln soll.

5.1.3.2 Pflege-Qualitätssicherungsgesetz

Pflege-Qualitäts- sicherungsgesetz

Am 1. Januar 2002 ist das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) in Kraft getreten. Das Gesetz greift zentrale Anliegen zur Verbesserung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen auf. Wesentliches Ziel der Regelungen ist die Sicherung und die Weiterentwicklung der Qualität der Pflege. Übergreifend geht es darum, mit konkreten Maßnahmen pflegebedürftigen Menschen dabei zu helfen,

- trotz ihrer Abhängigkeit von fremder Hilfe weiterhin ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen und
- sich in den „Institutionen“ der Pflege, vor allem im Pflegeheim, zurechtzufinden sowie durch Mitwirkung einen Einfluss auf ihr Lebensumfeld und ihre Lebensgestaltung zu wahren.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber mit der Änderung des § 75 Abs. 3 SGB XI im Rahmen des PQsG die Voraussetzung dafür geschaffen, dass die Vertragspartner der Pflege-selbstverwaltung als Teil der Rahmenverträge auf Landesebene unter anderem landesweite Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung der Pflegezeiten vereinbaren. Dabei ist der besondere Pflege- und Betreuungsbedarf Pflegebedürftiger mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu beachten.

Damit hat die Bundesregierung bereits eine Reihe von Maßnahmen auf den Weg gebracht, die auch in den Hinweisen und Anregungen der Kommission zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz für notwendig und richtig gehalten werden.

Die Kommission empfiehlt die Weiterentwicklung der akademischen Pflegeausbildung. Das Bundesgesundheitsministerium wird aufgefordert, in Zusammenarbeit mit den Länderministerien die Absolventen/innen grundständiger Pflegestudiengänge als Pflegefachpersonen anzuerkennen und dieses im SGB XI entsprechend zu formulieren.

Hier ist darauf hinzuweisen, dass mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz bereits der §71 Abs. 3 SGB XI angepasst wurde, um Absolventen/innen betriebswirtschaftlicher oder pflegerisch-wissenschaftlicher Studiengänge die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft zu erleichtern.

Damit wird das Anliegen der Kommission aufgegriffen. Allerdings ist neben dem Studium – im Interesse ausreichender Praxiserfahrung – für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft auch weiterhin eine Fachkraftausbildung erforderlich.

Im Übrigen befasst sich derzeit der Bundespflegeausschuss in drei Arbeitsgruppen mit Fragen der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und diskutiert in diesem Zusammenhang auch Vorschläge zu neuen Versorgungsformen und zu einer Veränderung des Pflegebegriffs. Dem Ausschuss gehören die an der Pflegeversicherung beteiligten Bundesressorts, die zuständigen obersten Landesbehörden, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, die Spitzenverbände der Krankenversicherung, der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände der behinderten Menschen, die Verbände der privaten ambulanten Dienste und die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime an. Insgesamt sind in dem Ausschuss 53 Institutionen und Verbände vertreten.

Der Bundes-Pflegeausschuss begleitet und berät die Bundesregierung in allen Fragen der Versorgung Pflegebedürftiger (§ 10 SGB XI).

Weiterentwicklung der
Pflegeversicherung

5.2 Zivilrechtliche Regelungen

5.2.1 Bestellung einer Betreuung

Zum Erhalt und zur Verbesserung oder Wiedergewinnung einer selbstständigen Lebensführung für die alte Generation gehört es auch, die besondere Lebenssituation betreuter alter Menschen zu verbessern und ihre möglichst weitgehende Integration in die Gesellschaft zu erreichen. Die Kommission hat der rechtlichen Betreuung daher zu Recht besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Mit dem Projekt „Lebenslage älterer Menschen mit rechtlicher Betreuung“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend, in dessen Mittelpunkt die Lebenslage älterer betreuter Menschen steht, kann die Zielsetzung der Bundesregierung wesentlich unterstützt werden.

Selbstständige Lebensführung als Ziel

Die Ausführungen des Berichts hinsichtlich der Bestellung einer Betreuung sind dahingehend zu konkretisieren, dass eine solche Bestellung immer zwingend die vorherige Einholung eines Sachverständigengutachtens verlangt, das Aussagen zu der Notwendigkeit der Betreuung, dem Umfang der zu übertragenden Aufgabenkreise und der voraussichtlichen Dauer der Betreuungsbedürftigkeit trifft (§ 68 b FGG).

Die Bundesregierung teilt nicht die Auffassung der Expertenkommission (s. Empfehlung Nr. 60), dass im Bereich der Altenbetreuung weitere gesetzliche Regelungen zur vorläufigen Bestellung einer Betreuung für den Beginn oder die Fortführung einer akut notwendigen klinischen Behandlung, der Bestimmung des Aufenthalts/der Unterbringung zwingend notwendig sind. Der Gesetzgeber hat bereits mit den Bestimmungen über die Bestellung einer vorläufigen Betreuung durch einstweilige Anordnung nach § 69 f Abs. 1 FGG und

Gesetzliche Regelung
zur vorläufigen
Betreuung

- den dazu nachrangigen einstweiligen Maßregeln des Vormundschaftsgerichts nach §§ 1908 i Abs. 1 Satz 1, 1846 BGB dem Bedürfnis zur Regelung sofortigen Handelns in dringenden und keinen Zeitaufschub duldenden Angelegenheiten des/r Betreuungsbedürftigen ausreichend Rechnung getragen. Nach der zuletzt genannten Vorschrift kann das Vormundschaftsgericht selbst unmittelbar alle Maßnahmen treffen, die auch ein Betreuer/eine Betreuerin mit entsprechendem Aufgabenkreis treffen könnte, wenn nicht mehr genügend Zeit verbleibt, eine geeignete (vorläufige) Betreuung zu bestellen und mit einem Aufschub Gefahr für den Betroffenen/die Betroffene verbunden wäre. Es kann beispielsweise im Namen des/r Betroffenen rechtsgeschäftliche Erklärungen abgeben, in eine ärztliche Maßnahme einwilligen oder dessen/deren Aufenthalt/Unterbringung bestimmen.
- Vorrang anderer Hilfen Ein Vorrang anderer Hilfen gegenüber der Betreuung nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ist in denjenigen Fällen denkbar, in denen der/die Volljährige wirksam einen/eine Bevollmächtigte/n bestellen kann, also geschäftsfähig ist, und einen solchen auch tatsächlich bestellt hat. Bei einer „Zwangsbetreuung“ gegen den Willen des/der Betreuten kommt sie nicht in Betracht.
- Im Übrigen hat der/die Betroffene die freie Wahl, die Form anderer Hilfen selbst zu bestimmen. Sind wirksam Vollmachten erteilt und reichen diese für die Wahrnehmung der Aufgaben aus, so kann allenfalls ein Vollmachtbetreuer nach § 1896 Abs. 3 BGB bestellt werden, soweit der/die Betroffene seine/ihre Rechte gegenüber dem/der Bevollmächtigten nicht (mehr) selbst wirksam wahrnehmen kann und eine solche Überwachung erforderlich ist.
- Da grundsätzlich von der Geschäftsfähigkeit des Menschen – auch des alten Menschen – auszugehen ist, wird die Schlussfolgerung des Berichts nicht geteilt, dass häufig nicht feststellbar ist, ob die Vollmachterteilung im Zustand der Geschäftsfähigkeit erfolgte. Es ist nur ausnahmsweise festzustellen, ob der Vollmachterteiler – ausnahmsweise – geschäftsunfähig war.
- Unterbringung Der Bericht der Sachverständigenkommission ist insoweit zu ergänzen, dass die Unterbringung des/der Betreuten auch ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 BGB zulässig ist, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist. Nur in einem solchen Ausnahmefall kommt eine Unterbringung durch den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte auch ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung in Betracht. In diesem Fall ist die Genehmigung nach § 1906 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 2 BGB unverzüglich nachzuholen.
- Einwilligung in ärztliche Maßnahmen durch den Betreuer/die Betreuerin Gegen die in dem Bericht der Sachverständigenkommission an § 1904 BGB geübte Kritik ist zunächst auf Folgendes hinzuweisen: Die Vorschrift kommt nur dann zur Anwendung, wenn der/die Betreute zum Zeitpunkt der Einwilligungserklärung einwilligungsunfähig ist und es zum Aufgabenbereich des Betreuers/der Betreuerin gehört, entweder in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes des/der Betreuten oder in eine Heilbehandlung oder in einen ärztlichen Eingriff einzuwilligen sowie Erklärungen abzugeben, die auf den Abschluss entsprechender Verträge gerichtet sind. Ob die genannten Maßnahmen genehmigungsbedürftig sind, hat der Betreuer/die Betreuerin oder der/die Bevollmächtigte zu entscheiden. Sie werden sich dabei an die Auskünfte des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärztin oder der Ärzte halten, gegebenenfalls aber auch die Beratung des Gerichts in Anspruch nehmen (§ 1837 Abs. 1 Satz 1 BGB), unter Umständen auch die der zuständigen Behörde (§ 4 BtBG). In der Praxis wenden sich Ärzte und Betreuer nur selten an das Vormundschaftsgericht zwecks Genehmigung nach § 1904 BGB. Dafür dürfte auch die Norm selbst ursächlich sein, die den Betreuer/die Betreuerin und den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte nach ihrer Fassung nur dann verpflichtet, die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung einzuholen, wenn die dort genannten Voraussetzungen (Tod oder schwerer und länger andauernder gesundheitlicher Schaden des/der Betreuten bzw. Vollmachtgeber) tatsächlich gegeben sind und nicht schon dann, wenn daran Zweifel bestehen.
- Genehmigungsvorbehalt des Vormundschaftsgerichts Auch wenn die Voraussetzungen, unter denen das Vormundschaftsgericht die Genehmigung zu erteilen hat, nicht festgelegt sind, ist der vormundschaftsgerichtliche Genehmigungsvorbehalt auf Risikofälle zu beschränken, in denen aufgrund der Maßnahme der Eintritt eines Schadens wahrscheinlich ist und nahe liegt. Hierfür muss eine ernste und konkrete Erwartung der in § 1904 BGB näher bezeichneten Folgen vorliegen. Die entfernte Möglichkeit eines tödlichen Ausganges oder eines schweren oder gesundheitlichen Schadens erfordert nicht die vormundschaftsgerichtliche Genehmigung der Einwilligung des Betreuers/der Betreuerin bzw. des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten. Wenig wahrscheinliche, lediglich nicht auszuschließende Risiken sind genehmigungsfrei. Diese Grundsätze gelten ebenso für alte und kranke Patienten, auch wenn deren Gesundheitszustand im Einzelfall zu einer häufigeren Annahme der Genehmigungspflicht der Maßnahme führen kann. Die von der Sachver-

ständigekommission geforderte Genehmigungsfreiheit für Standardmaßnahmen in Diagnostik und Therapie ohne besonderes Risiko (Empfehlung Nr. 59) ist aus den vorgenannten Gründen nicht nachvollziehbar, da solche Maßnahmen nach dem Wortlaut des § 1904 BGB bereits von der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungspflicht ausgenommen sind.

Nicht zuletzt wegen der geringen praktischen Relevanz der Vorschrift – häufig müssen die Maßnahmen sofort durchgeführt werden, für eine vorherige Genehmigung bleibt keine Zeit – wird von der Praxis die Streichung der Vorschrift gefordert. Die Frage ist Gegenstand der Reformüberlegungen der auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppen „Reform des Betreuungsrechts“ und „Sterbehilfe“, an denen die Bundesregierung unter Mitwirkung des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die Vorschläge dieser Arbeitsgruppen bleiben abzuwarten.

Die Bundesregierung sieht im Gegensatz zu der Sachverständigenkommission aus nachfolgenden Gründen kein Bedürfnis dafür, den § 1904 BGB in Fällen der passiven und indirekten Sterbehilfe bezogen auf die Einwilligung des Betreuers/der Betreuerin bzw. des Bevollmächtigten/der Bevollmächtigten entsprechend anzuwenden. Die Vormundschaftsgerichte haben nicht in analoger Anwendung des § 1904 BGB über die Genehmigung einer Einwilligung in einen Behandlungsabbruch zu entscheiden. In methodischer Hinsicht fehlt es bereits an der zur Analogie erforderlichen Regelungslücke. Der Gesetzgeber hat den Behandlungsabbruch als Unterlassen einer ärztlichen Maßnahme angesehen, der nach dem Wortlaut der Norm nicht der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts bedarf. Außerdem sind alle in § 1904 BGB benannten Maßnahmen auf eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage des Patienten/der Patientin gerichtet, sodass der auf den Tod abzielende Abbruch der Behandlung dem nicht gleichgesetzt werden kann. Einen ausreichenden Schutz erfahren betreute Patienten bereits über die Normen des Strafrechts, die den Betreuer/die Betreuerin bzw. den Bevollmächtigten/die Bevollmächtigte dazu veranlassen, sich ausreichend beraten zu lassen. Eines Genehmigungserfordernisses in Fällen der passiven und indirekten Sterbehilfe bedarf es daher nicht.

Sterbehilfe und
Schutzvorschriften

5.2.2 Patientenverfügung

Die Ausführungen der Kommission zum Komplex der Patientenverfügung sind aus Sicht der Bundesregierung ergänzungsbedürftig:

Pflichten des Betreuers/
der Betreuerin

Der Betreuer ist in seinem Aufgabenkreis gesetzlicher Vertreter des/der Betreuten, § 1902 BGB, und damit für den/die Betreute/n zuständig. Er hat aber bei der Betreuung Wünsche des/der Betreuten, insbesondere vor der Betreuung geäußerte Wünsche zu berücksichtigen (§ 1901 Abs. 3 BGB). Ihm steht damit die Entscheidung zu, wie die Patientenverfügung auszulegen ist. Missbräuchen ist durch die Aufsicht des Vormundschaftsgerichts zu begegnen.

Ganz allgemein ist zur Patientenverfügung auszuführen: Mit der gesetzlich nicht gesondert geregelten Patientenverfügung kann jeder entscheidungsfähige Mensch vorsorglich, bevor er in eine von seiner Entscheidungsunfähigkeit gekennzeichneten Situation gerät, die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen selbst, unmittelbar und verbindlich steuern. Sie bedarf zu ihrer Wirksamkeit zwar keiner bestimmten Form, sollte aber angesichts der mit ihr bezweckten verpflichtenden Wirkung schon zur Beweissicherung schriftlich erfolgen. Die Patientenverfügung ist bis zu ihrem jederzeit möglichen formfreien Widerruf verbindlich. Sie kann grundsätzlich jeden denkbaren behandlungsbezogenen Inhalt haben, sollte aber das Gebot der Klarheit beachten. Für die inhaltliche Ausgestaltung bietet es sich daher an, Zustände und Diagnosen zwar abstrakt, aber doch möglichst präzise zu umschreiben.

Grundlagen für eine
Patientenverfügung

Die Formulierungen der Verfügung sollten erkennen lassen, auf welche Risiken sich der Verfasser/die Verfasserin bei seiner/ihrer Heilbehandlung einlassen möchte. Dabei sollte zwischen den Zuständen mit Aussicht auf einen Heilungserfolg und den aussichtslosen Krankheitsverläufen unterschieden werden. Durch eine in gewissen Zeitabständen vorgenommene schriftliche Bestätigung des Verfügungsinhalts kann die Aktualität der Willensbekundung vergrößert werden. Es empfiehlt sich auch, die erfolgte ärztliche Aufklärung über die in der Patientenverfügung enthaltenen medizinischen Einzelheiten schriftlich festzuhalten und diese von dem Hausarzt bzw. einem anderen Arzt des Vertrauens bestätigen zu lassen. Auf diesem Wege wird sichergestellt, dass der/die Erklärende sich des Inhaltes und der Tragweite seiner/ihrer geäußerten schriftlichen Behandlungswünsche einschließlich ihrer Risiken und Alternativen in vollem Umfang bewusst gewesen ist.

Um ausschließen zu können, dass der ursprünglich erklärte Patientenwille durch den Umgang mit der Krankheit von dem/der Verfügenden nicht mehr gewollt ist, sollte der/die

Regelmäßige
Aktualisierung

	<p>Verfasser/in seine/ihre Festlegungen in einem regelmäßigen Zeitabstand von 6 Monaten bis zu 2 Jahren mit Unterschrift unter Angabe des jeweiligen Datums inhaltlich bestätigen. Solange der/die Verfugende dazu noch in der Lage ist, sollte er/sie insbesondere bei eventuell fortgeschrittenem Krankheitsverlauf den Zeitabstand für die Bestätigung seines/ihrer formulierten Willens entsprechend verkürzen. Eine derartige Aktualisierung der Patientenverfügung lässt keinen Raum für die Annahme, dass der/die Erklärende zwischenzeitlich einem Willenswandel unterlegen ist.</p>
Auslegungsprobleme	<p>Nach überwiegend vertretener und zutreffender Ansicht kommt der Patientenverfügung in Situationen, in denen der/die Betroffene seine/ihre Einwilligung in ärztliche Maßnahmen nicht mehr selbst erklären kann, grundsätzlich Bindungswirkung zu. Die Patientenverfügung ist aber – auch hinsichtlich der gewollten Bindung – auszulegen. Dies rechtfertigt sich mit der Überlegung, dass die Person, die eine Patientenverfügung ohne vorherige ärztliche Aufklärung getroffen hat, möglicherweise nicht hinreichend über Risiken und Alternativen informiert gewesen ist. Es besteht dann die Gefahr, dass der/die Betroffene relevante Umstände in seine/ihre Überlegungen nicht einbezogen hat. Nach der Niederlegung einer Patientenverfügung können sich auch die medizinisch-technischen Möglichkeiten und die Einstellung des/der Betroffenen ändern. Je länger die Patientenverfügung zurückliegt, desto mehr Anlass besteht zu der Frage, ob der/die Betroffene sie noch gelten lassen will. Häufig werden für Patientenverfügungen Formulare verwandt. Hier besteht die Gefahr, dass der/die Betroffene den Formulartext unkritisch unterzeichnet, ohne dessen Inhalt und Bedeutung hinreichend erfasst zu haben. Schließlich können Patientenverfügungen so allgemein gehalten sein, dass fraglich ist, ob sie auch wirklich die später eingetretene Situation erfassen sollten.</p>
Bindungswirkung	<p>Gibt es hingegen nach einer sorgfältigen Prüfung keine Anhaltspunkte für einen auf die konkrete Situation bezogenen Willenswandel des/der Patienten/in und beruht die Verfügung auf einer hinreichenden ärztlichen Aufklärung für die später tatsächlich vorgenommene ärztliche Maßnahme, so haben die Entscheidungszuständigen (z. B. Ärzte/Ärztinnen, Betreuer/Betreuerinnen, Bevollmächtigte) dem manifestierten und eindeutig erklärten Patientenwunsch Folge zu leisten, wenn im Zeitpunkt der Äußerung des Willens eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit bestand. Für ein besonderes Gewicht der in der Patientenverfügung zutage tretenden Überzeugung kann im Übrigen sprechen, dass der/die Erklärende bei der Verfügung einen gewissen formellen Aufwand betrieben hat, etwa mit Zeugen bzw. Angehörigen gehandelt oder die Form der notariellen Beurkundung gewählt hat.</p>
Vorrang des Willens der Betreuten	<p>Hinsichtlich einer möglichen Betreuung sollte in erster Linie der Wille des oder der Betroffenen berücksichtigt werden. Weiterhin sind auch die zur Verfügung stehenden staatlichen Ressourcen zu berücksichtigen. Staatliche Mittel sollten denjenigen zur Verfügung gestellt werden, die sie benötigen. Wer durch Vollmachten seine Angelegenheiten selbst regeln kann, bedarf staatlicher Hilfe nicht. Der Empfehlung der Kommission bezüglich einer Bevorzugung der staatlich angeordneten Betreuung (Nr. 61) kann die Bundesregierung nicht folgen. Sie geht vom Grundsatz der Geschäftsfähigkeit auch des alten Menschen aus. Eine Betreuung ist bei Vorliegen einer Vollmacht nicht zu bestellen.</p> <p>Zur Kommissionsempfehlung Nr. 62 ist zu erläutern, dass die Betreuung an Wünsche des/der Betreuten nach Maßgabe des § 1903 BGB gebunden ist. Der/die Betreuer/in hat die Patientenverfügung auszulegen und zu entscheiden, ob sie noch gilt.</p>
Reichweite der Betreuung	<p>Auch die im Bericht neben der Vollmacht angesprochene Betreuung ist nur in der Form der Kontrollbetreuung (§ 1896 Abs. 3 BGB) denkbar. Ansonsten darf bei einer umfassenden, die Defizite abdeckenden Vollmacht wegen des Subsidiaritätsgrundsatzes (§ 1896 Abs. 2 BGB) keine Betreuung bestellt werden.</p>
Gegenstand des Einwilligungsvorbehalts	<p>Ergänzend ist anzumerken, dass der Einwilligungsvorbehalt nach § 1903 BGB sich nur auf Willenserklärungen des/der Betreuten und Vollmachtgebers erstreckt, nicht aber auf rein tatsächliches Handeln oder Zustimmungen zu Rechtsgutsverletzungen. Bei Einwilligungen in ärztliche Maßnahmen handelt es sich aber nicht um Willenserklärungen, sondern um Erklärungen eigener Art, die nicht Gegenstand eines Einwilligungsvorbehalts sein können.</p> <p>Die Frage, ob ein Bedürfnis für die gesetzliche Regelung von Vorsorgevollmachten in Gesundheitsangelegenheiten und Patientenverfügungen besteht, ist derzeit Gegenstand der Reformüberlegungen der auf der 72. Konferenz der Justizministerinnen und -minister eingesetzten Bund-Länder-Arbeitsgruppen „Reform des Betreuungsrechts“ und „Sterbehilfe“, an denen die Bundesregierung unter Mitwirkung des Bundesministeriums der Justiz beteiligt ist. Die erarbeiteten Vorschläge dieser Arbeitsgruppen bleiben abzuwarten.</p>

5.3 Verfassungsrechtliche Regelungen

Den Empfehlungen der Sachverständigenkommission zum Verfassungsrecht (Nr. 57 und 58) ist zuzustimmen. Ein Bedarf für ein ausdrückliches verfassungsrechtliches Verbot der Diskriminierung wegen des Alters besteht auch aus Sicht der Bundesregierung nicht. Den Belangen alter Menschen wird bereits jetzt in der gebotenen Weise Rechnung getragen, insbesondere durch das aus Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 GG hergeleitete allgemeine Persönlichkeitsrecht, den allgemeinen Gleichheitssatz des Artikels 3 Abs. 1 GG, durch die Wirkungen des aus Artikel 20 Abs. 1 GG folgenden Sozialstaatsprinzips und, sofern eine Behinderung vorliegt, durch das Diskriminierungsverbot des Artikels 3 Abs. 3 Satz 2 GG.

5.4 Strafrechtliche Regelungen

Die Rolle des Opfers im Strafverfahren hat sich durch verschiedene Gesetzgebungsvorhaben in den letzten Jahren wesentlich verbessert. Aufbauend auf dem ersten Gesetz zur Verbesserung der Stellung des/der Verletzten im Strafverfahren (Opferschutzgesetz) vom 18. Dezember 1986 und mit dem Gesetz zum Schutz von Zeugen bei Vernehmungen im Strafverfahren und zur Verbesserung des Opferschutzes (Zeugenschutzgesetz) vom 30. April 1998 sowie mit dem Gesetz zur strafrechtlichen Verankerung des Täter-Opfer-Ausgleichs vom 20. Dezember 1999 wurden die Interessen der Opfer von Straftaten noch stärker in das Zentrum des Strafverfahrens gerückt und die Stellung des Opfers vom bloßen Beweismittel hin zum Verfahrensbeteiligten weiter ausgebaut.

Hier soll insbesondere auf das Zeugenschutzgesetz hingewiesen werden, durch das der so genannte Opferanwalt/die Opferanwältin in der StPO geregelt worden ist. Gemäß §§ 397a Abs. 1 und 406g Abs. 3 StPO ist den Opfern von Sexual- und versuchten Tötungsverbrechen sowie kindlichen Opfern von Sexualdelikten oder einer Misshandlung von Schutzbefohlenen auf Antrag ohne Rücksicht auf die eigenen Einkommens- und Vermögensverhältnisse ein anwaltlicher Beistand auf Staatskosten zu bestellen. Diese Regelung gilt auch für Opfer eines Verbrechens des schweren Menschenhandels. Damit wird diesen besonders schutzbedürftigen Opfern die Wahrnehmung ihrer Interessen erleichtert.

Beistand durch
Opferanwalt/anwältin

Darüber hinaus kann sich das gem. § 395 StPO nebenklageberechtigte Opfer jederzeit eines Anwalts/einer Anwältin bedienen. Liegen die Voraussetzungen für die Bestellung eines Anwalts/einer Anwältin auf Staatskosten nicht vor, so kann Prozesskostenhilfe gem. § 397a Abs. 2 StPO i. V. m. §§ 114 ff ZPO beantragt werden. Deren Gewährung hängt jedoch von den Einkommens- und Vermögensverhältnissen ab.

Prozesskostenhilfe

Insoweit sind die Ausführungen des Vierten Altenberichts hinsichtlich des mangelnden anwaltlichen Beistands und auch des gesetzgeberischen Handlungsbedarfs inzwischen überholt. Die Quelle, auf die sich diese Aussage wohl stützt, datiert aus dem Jahre 1995, also vor dem Zeugenschutzgesetz aus dem Jahre 1998.

Auch im Rahmen der derzeit in Angriff genommenen StPO-Reform bildet der Opferschutz einen zentralen Schwerpunkt. Unter anderem sollen Opfer noch besser über den Gang des Strafverfahrens informiert werden. Insgesamt ist beabsichtigt, die Stellung des Opfers hin zum Verfahrensbeteiligten weiter voranzutreiben und seinen berechtigten Interessen, Wiedergutmachung und Genugtuung zu erfahren, Rechnung zu tragen.

Zu der thematisierten Rolle der Opferzeugen ist anzumerken, dass es in vielen Städten inzwischen Opferberatungen und Zeugenberatungsstellen gibt und dass dieses Netz immer weiter ausgebaut wird. Beispielhaft sei nur die baden-württembergische Landesstiftung Opferschutz, die Landesstiftung „Rheinland-Pfalz für Opferschutz“ sowie die Stiftung Opferhilfe Niedersachsen genannt.

Opferberatungsstellen

Kampagnen wie die von einer Versicherungsgesellschaft und einer Opferhilfeorganisation ins Leben gerufene Gemeinschaftsaktion „jederzeit hilfsbereit“ (vgl. Versicherungswirtschaft Heft 22/2001) zeigen, das sich Mitmenschlichkeit und Verantwortung auch auf die Opfer von Straftaten erstrecken und im öffentlichen Bewusstsein präsenter werden, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Das dürfte auch auf Einrichtungen mit präventivem Schwerpunkt, psychosoziale Beratungsstellen sowie kommunale Hilfseinrichtungen ausstrahlen. Daneben stehen über ein Netzwerk verfügende Organisationen wie beispielsweise die Caritas, das Diakonische Werk, die Arbeiterwohlfahrt, der Weiße Ring und der Arbeitskreis der Opferhilfe (ado) mit ihren einzelnen Anlaufstellen bereit, in geeigneten Fällen Hilfe, Beratung und Unterstützung zu gewähren.

Die geschilderten Opfersituationen bei alten Menschen zeigen nach Auffassung der Bundesregierung, dass im Hinblick auf die Unterschiedlichkeit der einzelnen Opferlagen kaum ein Handlungsbedarf des Gesetzgebers nahe liegt. Einzelne Problemlagen sind auch eine Folge unzureichender Informationen. Dem versucht eine, von einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe erarbeitete „Opferfibel – Rechtswegweiser für Opfer einer Straftat“ abzuwehren.

Kein „Altenstrafrecht“

Die Bundesregierung ist sich mit der Kommission einig hinsichtlich der Ablehnung der Einführung eines eigenen „Altenstrafrechts“. Wie die Kommission sieht sie die bereits vorhandenen Möglichkeiten des geltenden Rechts als ausreichend an, um ggf. auftretende Besonderheiten bei der Behandlung von Straftaten alter Menschen zu erfassen. Nicht nachvollziehbar ist indessen die Aussage des Berichts, dass bei alten Straftätern „vielfach“ Probleme der Schuldfähigkeit vorhanden seien bzw. übersehen würden. Der Bundesregierung liegen keine Erkenntnisse vor, die eine derartige Quantifizierung rechtfertigen könnten. Da auch der Bericht selbst, soweit ersichtlich, diese Aussage nicht belegt, begründet sie eher die Gefahr einer verfehlten Stigmatisierung alter Menschen, gegen die sich der Bericht im Übrigen zu Recht verwahrt.

Zum Vorschlag der Kommission, bei schuldfähigen Tätern/innen möglicherweise an eine besondere Art des Strafvollzuges, etwa an ein Festhalten im offenen Vollzug, im Heim statt im Gefängnis oder auch im Hausarrest zu denken, ist zu sagen, dass auch bei hochaltrigen Gefangenen eine individuelle Vollzugsplanung notwendig ist. In der Gruppe der hochaltrigen Gefangenen befinden sich Menschen mit unterschiedlichen physischen und psychischen Voraussetzungen. Die Unterbringung im offenen Vollzug kommt beispielsweise in Betracht, wenn sich die Gefangenen hierfür eignen, also nicht zu befürchten ist, dass sie die gewährten Freiheiten missbrauchen. Für kranke oder therapiebedürftige Gefangene stehen besondere (sozialtherapeutische) Abteilungen oder Anstalten zur Verfügung. Grundsätzlich können hochaltrige Gefangene aber auch, wie zum Beispiel in Baden-Württemberg, in einer eigenen Anstalt untergebracht werden, in der auf die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen in besonderer Art und Weise Rücksicht genommen wird. Die Einrichtung derartiger Anstalten steht im Ermessen der Länder. Die Möglichkeit des Hausarrestes besteht derzeit weder für hochaltrige noch für andere Gefangene.

5.5 Sozialrechtliche Regelungen

Vorleistungspflicht der Pflegekasse

Der kritischen Aussage der Sachverständigenkommission, dass die Regelungen des Neunten Buches Sozialgesetzbuch die Schnittstellenprobleme zwischen der Kranken- und Pflegeversicherung kaum lösen können, ist Folgendes entgegenzuhalten. Durch Artikel 10 Nummer 14 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (SGB IX) wurde § 32 Abs. 1 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) zur Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ geändert. Danach steht die vorläufige Leistungserbringung, die bisher die Ausnahme darstellte, nicht mehr im Ermessen der Pflegekasse. Seit 1. Juli 2001 besteht für die Pflegekasse eine grundsätzliche Vorleistungspflicht, wenn die sofortige Leistungserbringung erforderlich ist. Weitergehende Abstimmungen zwischen den beiden Rechtsbereichen hätten das Gesetzgebungsvorhaben SGB IX überfordert und wurden daher zurückgestellt.

Gesetz über Grundsicherung im Alter

Eine wichtige Verbesserung für die Lebenssituation alter Menschen bedeutet die Grundsicherung, die ab 1. Januar 2003 eingeführt wird. Vor allem alte Menschen machen Sozialhilfeansprüche oft nicht geltend, weil sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten. Diese Hauptursache für verschämte Altersarmut wird durch das im Rahmen der Rentenreform eingeführte Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG) beseitigt. Das GSiG tritt am 1. Januar 2003 in Kraft und ist gegenüber dem BSHG vorrangig. Anspruch auf Grundsicherung haben u. a. Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und bedürftig sind. Die Grundsicherungsleistung ist so bemessen, dass sie der Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz entspricht, wobei die einmaligen Leistungen in Höhe von 15 % des Regelsatzes eines Haushaltsvorstandes pauschaliert werden. Im Gegensatz zum Sozialhilferecht findet gegenüber Kindern bzw. Eltern mit einem Jahreseinkommen unter 100 000 Euro kein Unterhaltsrückgriff statt, wenn ihre Angehörigen die Grundsicherung in Anspruch nehmen. Des Weiteren wird bei der Grundsicherung – im Gegensatz zum Sozialhilferecht – nicht zulasten der Antragsberechtigten vermutet, dass sie, wenn sie mit Verwandten oder Verschwägerten in Haushaltsgemeinschaft leben, von diesen auch Leistungen zum Lebensunterhalt erhalten.

Stellung der Träger der Pflegeversicherung

Einer Klarstellung bedürfen die Ausführungen der Kommission zur Trägerschaft von Pflegeversicherung auf der einen und von Rehabilitation auf der anderen Seite. Die Träger der

Pflegeversicherung sind nicht auch Rehabilitationsträger im Sinne des Neunten Buches Sozialgesetzbuch. Auch die Behauptung, der Träger der Leistungen zur Teilhabe ist gleich der Träger der Rentenleistung, trifft nicht auf alle Fälle zu. So kann die Bundesanstalt für Arbeit für eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig und bei nicht erfolgreichem Abschluss von der Rentenversicherung eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten sein.

Von der Bundesregierung bereits aufgegriffen worden ist die von der Kommission erhobene Forderung einer Einbindung der Träger der Pflegeversicherung in die Zielsetzungen des SGB IX. Diese Einbindung wurde mit den Regelungen im Neunten und im Elften Buch Sozialgesetzbuch bereits teilweise umgesetzt (z. B. §§ 18 und 32 SGB XI). Weiter gehende Einbeziehungen der Träger der Pflegeversicherung waren im Rahmen des Gesetzgebungsvorhabens SGB IX nicht zu leisten.

Der gleichfalls geforderten wissenschaftlichen Begleitung der Gesetze wird mit dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch Rechnung getragen. Nach § 66 SGB IX ist die Bundesregierung verpflichtet, bis zum 31. Dezember 2004 dem Bundestag und dem Bundesrat einen Bericht über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe vorzulegen. Hierbei sollen nach der Bewertung und Darstellung der Ergebnisse gegebenenfalls weitere Maßnahmen vorgeschlagen werden, die die Regelungen des SGB IX weiter fortentwickeln.

Wissenschaftliche
Begleitung der Gesetze

Der Beirat für die Teilhabe behinderter Menschen hat nach § 64 Abs.1 Nr. 2 SGB IX die Aufgabe, Maßnahmen zur Evaluierung der im SGB IX getroffenen Regelungen im Rahmen der Rehabilitationsforschung anzuregen und zu koordinieren und als forschungsbegleitender Ausschuss das Ministerium bei der Festlegung von Fragestellungen und Kriterien zu unterstützen.

Mithilfe von Forschungsvorhaben sollen vorrangig zu den Themenschwerpunkten

- Einrichtung und Arbeitsweise gemeinsamer Servicestellen,
- Behinderte Frauen und berufliche Teilhabe unter der besonderen Berücksichtigung der Familienarbeit und
- Vernetzung betriebsärztlicher und ambulanter Strukturen zur frühzeitigen Erkennung eines individuellen Bedarfs für Leistungen

vorhandene Erkenntnislücken geschlossen, benötigte Entscheidungshilfen gefunden und auch der nach § 66 SGB IX zu erstellende Bericht der Bundesregierung vorbereitet werden.

Die Empfehlung der Kommission (Nr. 68), den Behindertenbegriff des Neunten Buches Sozialgesetzbuch zu überprüfen, wird zurzeit auch im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Entwurf eines Bundesgleichstellungsgesetzes diskutiert. Der Deutsche Bundestag hat dazu einstimmig einen Entschließungsantrag angenommen, in dem die Bundesregierung gebeten wird, im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Arbeitsgruppe unter Beteiligung von Verbänden behinderter Menschen zu bilden, die sich ausgehend von der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit dem Behinderungsbegriff befasst, und die Ergebnisse im Rahmen ihres Berichtsauftrages nach § 66 SGB IX vorzustellen.

Überprüfung des Behindertenbegriffs

II. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen

Vorwort

Zum Arbeitsauftrag der Kommission und seiner Bedeutung

Die vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend eingesetzte Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht der Bundesregierung trat am 28. Juni 2000 zu ihrer konstituierenden Sitzung in Berlin zusammen. Das der Kommission vorgegebene Thema lautete:

„Risiken im hohen Alter unter besonderer Berücksichtigung von Demenz – Herausforderungen an Politik, Wissenschaft und Gesellschaft“. Dieses Thema wird markiert durch ein zentrales Phänomen des demographischen Wandels unserer Gesellschaft, nämlich die bereits im Gange befindliche und künftig mit noch verstärkter Dynamik zu erwartende Zunahme des Bevölkerungsanteils Hochaltriger in Deutschland und in Europa. Sehr alte Menschen sind schon heute in unserer Gesellschaft zahlreich vertreten und sie werden es in Zukunft immer mehr sein. Die Gesellschaft wird dies nicht nur wahrnehmen müssen, sie wird auch auf diese Herausforderung angemessen zu reagieren haben. Mancher üblicher Verdrängungsprozess gegenüber dem Alter und dem hohen Alter und manche ökonomisch begründete Fetischierung bestimmter Lebensphasen, wie es gegenwärtig mit der Jugend geschieht, wird sich in Frage stellen lassen müssen. Der lebensphasenübergreifende und -integrierende Zusammenhalt einer Gesellschaft wird nicht mehr artikuliert werden können mit dem Bild eines rein ökonomisch definierten Generationenvertrages, in dem es die Erwerbstätigen als Gebende und die Kinder und die Alten als nur Nehmende gibt.

Die gesellschaftliche Wirklichkeit des Gebens und Nehmens der Generationen ist komplexer als es die einfache Vorstellung eines Transfers von Jung zu Alt und von den Erwerbstätigen zu den nicht – mehr – Erwerbstätigen suggeriert. Wie neuere Studien offen legen, leistet im Allgemeinen die ältere Generation im Rahmen ihrer Möglichkeiten meist bis ins hohe Alter materielle Unterstützung an ihre Kinder und Enkelkinder und hinterlässt ihnen – im historischen Vergleich – erhebliche Ersparnisse und Güter. Zugleich tragen die Familien die Hauptlast bei der Unterstützung hochaltriger Menschen, wenn diese hilfs- und pflegebedürftig werden. Gerade wenn sie demenziell erkrankt sind, werden alte und sehr alte Menschen häufig zu Hause, in der Familie, von Kindern und in Gemeinschaft mit ihren Partnerinnen und Partnern versorgt und betreut. Die Mehrzahl der pflegenden Partnerinnen und Partner sind selbst höheren Alters und auch nicht wenige der Kinder, die eine solche Aufgabe übernehmen, sind bereits im Rentenalter oder an dessen Schwelle. Diese „Alterslast“, die ökonomisch nicht beziffert wird (obwohl sie bezifferbar wäre), ist eine schwere und oft mühsame Aufgabe, die sich diejenigen aufbürden oder aufbürden müssen, für die das soziale, pflegerische und medizinische Versorgungssystem keine adäquaten Unterstützungen und Förderungen bereit hält.

Diese mangelnde Unterstützung und Förderung hat auch mit dem Bild der Familie in unserer Gesellschaft zu tun. Dieses Bild ist von der kindererziehenden Familie und der gesellschaftlichen Sorge hierfür geprägt. Die Verfassung der Bundesrepublik Deutschland stellt zwar allgemein die Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung, wendet sich dann aber speziell der Erziehung der Kinder und dem Mutterschutz zu. Sicherlich hatte die Bundesrepublik Deutschland in der Förderung der kindererziehenden Familien lange Zeit Nachholbedarf. Dabei geraten aber diejenigen Familien und Familienangehörigen an den Rand der gesellschaftlichen Wahrnehmung, die nicht (mehr) Kinder aufziehen, sondern alte, kranke, gebrechliche Menschen betreuen. Dieses An-den-Rand-geraten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung wird zur augenscheinlichen Vernachlässigung dort, wo die Betreuung demenziell erkrankter Menschen von den sozialen Sicherungssystemen nicht nur nicht anerkannt wird, sondern kaum gesehen wird. So wird seit langem beklagt, dass weder die Gesetzliche Krankenversicherung noch die Soziale Pflegeversicherung angemessen auf die familiäre Betreuungs- und Versorgungssituation

hochaltriger und demenziell erkrankter Personen reagieren. Auch das fast zeitgleich mit der Übergabe dieses Vierten Altenberichts an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kraft getretene Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz vermag dieser Situation nur wenig Abhilfe zu leisten. Das verfassungsrechtliche Gebot des Schutzes der Familie, das der kindererziehenden Familie mittlerweile zu angemessener Unterstützung verholfen hat, muss auch für die pflegenden und betreuenden Familien und Familienangehörigen zur wirksameren Geltung kommen.

Nicht nur das Alter, auch das hohe Alter hat kein einheitliches Bild. Die Wissenschaften haben schon seit langem erkannt, dass die über 65-Jährigen keineswegs eine einheitliche, homogene Gruppe sind, sondern dass große Unterschiede hinsichtlich der Befindlichkeit, psychischen und körperlichen Gesundheit zwischen alten Menschen gleichen Geburtsjahrganges ebenso wie zwischen unterschiedlich alten Menschen bestehen. Dieses schon in den Alltagserfahrungen erkennbare Phänomen wird in der Gerontologie als die mit dem Alter zunehmende interindividuelle Varianz bezeichnet.

Die Evidenz biologischer, psychologischer, sozialer und epidemiologischer Daten führten in der Gerontologie – ausgehend von Forschungen in den Vereinigten Staaten von Amerika – Mitte der 80er-Jahre dazu, die „jungen Alten“ von den „alten Alten“ zu unterscheiden und damit der dritten Lebensphase eine vierte folgen zu lassen. Eine scharf zu definierende Grenze gibt es jedoch nicht. Der Vierte Altenbericht definiert pragmatisch den Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren als den Beginn des hohen Alters. Der Übergang lässt sich am deutlichsten am Anstieg der Multimorbidität und der zunehmenden Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ablesen. Diese statistischen Zusammenhänge und die Fixierung hierauf überschatten die eigentlich frohe Botschaft des demographischen Wandels, dass nämlich heute schon sehr viele und in Zukunft noch mehr Menschen ein langes Leben und Erleben der Hochaltrigkeit erwarten können.

Eine einseitig negative Perspektive auf das hohe Alter löst nicht nur individuelle Ängste, sondern auch Befürchtungen der Gesellschaft vor den mit der Zunahme der Zahl der Hochaltrigen auf sie zukommenden Lasten der Versorgung aus. Solche Ängste und Befürchtungen werden noch dadurch verstärkt, dass das allgemeine Gewährwerden des demographischen Wandels verbunden ist mit der Erkenntnis, dass unsere tradierten und über ein Jahrhundert bewährten sozialen Sicherungssysteme in ihren Funktionsweisen nicht nur durch die demographischen Veränderungen, sondern auch durch globale und strukturelle wirtschaftliche Veränderungen bedroht sind. Dieser noch immer wirksame und aktuelle Hintergrund war auch während der Kommissionsarbeit stets präsent. Die Kommission sah sich deshalb veranlasst, diesen grundlegenden Fragen in einem Kapitel zur Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen nachzugehen. Auch hier ist die Kommission auf einen Befund gestoßen, der ihrer gesamten Arbeit zugrunde lag: Die Befassung mit den Problemen der Hochaltrigkeit gerade in der Spezialität dieser Probleme ist notleidend. Auch die Ethik befasst sich erst ansatzweise im Zusammenhang mit den Themen der Transfergerechtigkeit und der Generationensolidarität mit den Phänomenen der Hochaltrigkeit.

Die Diskussionen in der Kommission waren davon gekennzeichnet, das hohe Alter realistisch zu sehen und die mit ihm verbundenen Risiken und Gefährdungen nicht zu verharmlosen, aber gleichzeitig auch den ihm innewohnenden Lebenssinn und die auch in dieser Lebensphase vorhandenen Potenziale hervorzuheben.

Zur Gliederung und zum Inhalt des Vierten Altenberichts

Der Vierte Altenbericht ist in sechs Kapitel gegliedert. Das erste Kapitel führt in das Thema ein, gibt einen kurzen historischen Abriss, auf dessen Hintergrund eine Begriffsbestimmung der Hochaltrigkeit gegeben wird, und erläutert – soweit bekannt – die biologische Voraussetzung der Langlebigkeit und deren gesellschaftliche Bewertung. Schließlich werden die Leitbilder der Kommission expliziert.

Das zweite Kapitel gibt eine Analyse der Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz. Dies geschieht mit Blick auf Deutschland, schließt aber auch einen internationalen Vergleich ein. Das Ziel ist, Schwerpunkte und Lücken der bisherigen Forschung zu zeigen.

Die beiden folgenden Kapitel markieren mit ihrem Umfang auch die Bedeutung der angesprochenen Inhalte. Im dritten Kapitel geht es um Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters, mit dem Ziel, verfügbare autonome Fähigkeiten und Strategien zur Be-

wältigung von kritischen Lebenssituationen herauszustellen, über welche die Hochaltrigen selbst verfügen. Das vierte Kapitel mit dem Titel „Interventionen – Strukturen und Strategien“ versucht, den gegenwärtigen Stand und den für die Zukunft für notwendig erachteten Ausbau heteronomer Bewältigungsstrategien und -potenziale zu bestimmen. Es werden familiäre Ressourcen, außerfamiliäre, freiwillige, soziale Unterstützung, umweltliche und technische Ressourcen, die medizinische und die pflegerische Versorgung jeweils gesondert und ausführlich betrachtet; ein spezielles Unterkapitel ist der Therapie der Demenz gewidmet. Ein letzter Abschnitt dieses Kapitels behandelt die gerade für die Zielgruppe dieses Altenberichts so notwendige Kooperation, Integration und Vernetzung nicht professioneller und professioneller Unterstützungs- und Versorgungsangebote.

Das fünfte Kapitel befasst sich mit der Weiterentwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf dem Gebiet des Internationalen Rechts, des Verfassungsrechts, des Zivil- und Strafrechts, schließlich des Sozialrechts, des Heimrechts und des Rechts der behinderten Menschen. Wichtige neue Gesetze in der gegenwärtigen Legislaturperiode, so das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und Änderungen bestehender Gesetze (Drittes Änderungsgesetz zum Heimgesetz; zum SGB XI: Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz) haben während der Zeit der Kommissionsarbeiten manche ursprüngliche rechtliche Forderung obsolet werden lassen.

Im sechsten Kapitel geht es um die ethische Verpflichtung zur Solidarität mit Hochaltrigen und ihrer Begründung. Hieraus werden Folgerungen für die Sicherung des Zuganges zur gesundheitlichen Versorgung und zur Inanspruchnahme der Familie für die Versorgung insbesondere demenziell erkrankter alter Menschen gezogen. Sehr konkret hat die Kommission zur Diskussion um Lebensverlängerung, Leidensminderung, des „assistierten“ Suizids und der aktiven Sterbehilfe Stellung genommen. Dies wird auch in der einzigen aus diesem Kapitel abgeleiteten Empfehlung deutlich.

Dieser Altenbericht will auch einen Beitrag zu einer realistischen Wahrnehmung der Erscheinungen des hohen Alters, insbesondere bei demenziellen Erkrankungen, leisten. Dieser Beitrag ist notwendig, um Schwächen und Stärken dieser Personengruppe in ihrer Differenziertheit wahrnehmen zu können. Hochaltrigkeit ist nicht per se Schwäche, aber sie kann aufgrund des Zusammentreffens individueller und sozialer Faktoren erhöhte Verletzbarkeit bedeuten. Hochaltrigkeit ist auch nicht per se Stärke, nur weil gesundheitliche, genetische oder soziale Bedingungen einen Menschen zu einem hohen Alter geführt haben. Trotzdem bedarf der hochaltrige Mensch wie jeder andere Mensch dann der besonderen Sorge der Gesellschaft, wenn er sich aufgrund seiner Schwäche nicht mehr selbst helfen kann. So gesehen, hat der hochaltrige schwache Mensch den gleichen Anspruch auf Schutz wie jeder andere Mensch in dieser Gesellschaft, der auf deren Hilfe angewiesen ist. Es gibt in dieser Gesellschaft und in der ihr gegebenen Verfassungsordnung keinen Grund, einen Menschen wegen des Alters oder des hohen Alters aus der Solidarität zu verbannen.

Das zentrale Anliegen dieses Altenberichts ist es, dem Leben im hohen Alter möglichst weitgehende Selbstständigkeit und Unabhängigkeit zu gewährleisten und für die entsprechende gesellschaftliche Akzeptanz zu sorgen.

Zur Arbeit der Kommission

Die Arbeit der Kommission lässt sich folgendermaßen beschreiben: Sie trat während ihrer 1½-jährigen Tätigkeit zu 14 ein- bis mehrtägigen Sitzungen zusammen. Zusätzlich tagte Mitte Dezember 2001 ein aus fünf Kommissionsmitgliedern bestehendes Redaktionsteam, höchst wirksam von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle am DZA unterstützt. Es fanden zwei Expertenanhörungen statt und es wurden elf schriftliche Expertisen zu speziellen Fragen von einschlägig ausgewiesenen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern und fünf schriftliche Zuarbeiten eingeholt. Die Themen der Expertisen und Zuarbeiten sind weiter unten aufgelistet. Die Kommission hat entschieden, die meisten Expertisen zu veröffentlichen, was Ausdruck sowohl ihrer Qualität als auch des Interesses ist, auf das sie nach Ansicht der Kommission stoßen dürften.

Die Arbeit in der Kommission wurde trotz des relativ großen Zeitdruckes, der auf ihr lastete, von allen Mitgliedern als stimulierend, fruchtbar und harmonisch empfunden. Die nachfolgende Übersicht führt diejenigen Mitglieder der Kommission und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle an, die für die Erstfassung der Texte und die Einarbeitung der Diskussionsergebnisse aus den Kommissionssitzungen verantwortlich waren.

Kapitel	Kapitelüberschrift	Autoren
Kapitel 1	Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung	PD Dr. Clemens Tesch-Römer Prof. Dr. Siegfried Kanowski Heribert Engstler, M. A.
Kapitel 2	Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz	PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Kapitel 3	Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters	
3.1	Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger	PD Dr. Clemens Tesch-Römer
3.2	Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	Heribert Engstler, M. A. Dipl.-Soz.-Wiss. Holger Adolph Dipl.-Päd. Heike Heinemann
3.3	Wohnungsbezogene Risiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung bei hochaltrigen und demenzkranken Personen	Klaus Großjohann
3.4	Soziale Risiken des hohen Alters und Lebensqualität	Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy
3.5	Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im hohen Alter	Prof. Dr. Herman Brenner Prof. Dr. Siegfried Weyerer Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
3.6	Gesundes Altern, Demenzrisiko des hohen Alters, Folgen der Demenz und Leben mit Demenz	PD Dr. Ralf Ihl Prof. Dr. Siegfried Weyerer Dr. Jan Wojnar
3.7	Häufung von Risiken, erhöhte Verletzbarkeit und Lebensqualität im hohen Alter	Prof. Dr. Siegfried Weyerer Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy
Kapitel 4	Interventionen – Strukturen und Strategien	
4.1	Einleitung	Prof. Dr. Siegfried Kanowski
4.2	Familiäre Ressourcen zur häuslichen Pflege Hochaltriger	PD Dr. Clemens Tesch-Römer Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy Dr. Jan Wojnar
4.3	Außerfamiliäre soziale Unterstützung, freiwilliges Engagement	Dr. Jan Wojnar
4.4	Umweltliche und technische Ressourcen zur Erhaltung der selbstständigen Lebensführung Hochaltriger	Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen
4.5	Medizinische Versorgung	Prof. Dr. Elisabeth Steinhagen-Thiessen Prof. Dr. Siegfried Kanowski Dipl.-Soz.-Wiss. Holger Adolph
4.6	Pflegerische Versorgung	Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
4.7	Therapie der Demenz	PD Dr. Ralf Ihl
4.8	Zur Notwendigkeit der Integration und Entwicklung der Unterstützungs- und Versorgungsangebote	Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Kapitel 5	Rechtliche Rahmenbedingungen und Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung	
5.1	Überblick	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.2	Alter und hohes Alter als rechtlicher Schutzbelang	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.3	Zivilrechtliche Rahmenbedingungen	Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
5.4	Strafrecht	Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
5.5	Sozialrecht	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.6	Heimgesetz	Prof. Dr. Gerhard Igl
5.7	Dimensionen des verfassungsrechtlichen Verbotes der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Hinblick auf hochaltrige demenziell erkrankte Personen (Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 Grundgesetz)	Prof. Dr. Gerhard Igl
Kapitel 6	Ethik der Solidarität mit Hochaltrigen	Prof. Dr. Siegfried Kanowski Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber Prof. Dr. Gerhard Igl

Der besondere Dank der Kommission gilt den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle im DZA. Sie bewältigten nicht nur alle organisatorischen Arbeiten präzise und „geräuschlos“, und brachten ihre wertvollen Erfahrungen aus der Erstellung des Dritten Altenberichts mit ein, sondern stellten der Kommission auch ihr breites und hervorragendes wissenschaftliches Fachwissen in den Diskussionen zur Verfügung und machten es zur Grundlage kreativer Textgestaltung. Herr Engstler und Herr Adolph sowie Frau Heinemann sollten hier ausdrücklich genannt werden.

Gedankt sei auch allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Instituten, die die Arbeit des jeweiligen Kommissionsmitgliedes unterstützt haben.

Das Ergebnis dieser interdisziplinären Arbeit wurde am 15. Januar 2002 der auftraggebenden Bundesministerin, Frau Dr. Christine Bergmann, überreicht.

Die Kommission hofft, dass der Vierte Altenbericht Politikerinnen und Politiker, Fachinteressierte und eine breite Öffentlichkeit erreicht, zum kritischen Nachdenken über die ausgesprochenen Empfehlungen anregt und damit hilft, das Wohl der Menschen, von denen in Zukunft die meisten Hochaltrigkeit erleben werden, zu befördern.

Januar 2002

Für die Kommission:

Prof. Dr. med. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)

Prof. Dr. jur. Gerhard Igl (stellv. Vorsitzender)

Mitglieder der Sachverständigenkommission für den Vierten Altenbericht

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Witten/Herdecke

Prof. Dr. Hermann Brenner
Deutsches Zentrum für Altersforschung (DZFA)
Abteilung Epidemiologie
Heidelberg

Klaus Großjohann
Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)
Köln

Prof. Dr. Gerhard Igl (stellvertretender Vorsitzender)
Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa
Universität Kiel

PD Dr. Ralf Ihl
Psychiatrische Klinik der Heinrich-Heine-
Universität Düsseldorf

Prof. Dr. Siegfried Kanowski (Vorsitzender)
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
Abteilung für Gerontopsychiatrie
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei
FB Gesundheitswesen/Wolfsburg
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber
Juristische Fakultät
Universität Göttingen

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

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

Prof. Dr. Siegfried Weyerer
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Mannheim

Dr. Jan Wojnar
Psychiatrischer Dienst „pflegen & wohnen“
Hamburg

Geschäftsstelle der Kommission*

Heribert Engstler, M.A. (Geschäftsführung)

Dipl. Sozialwissenschaftler Holger Adolph (Wissenschaftlicher Mitarbeiter)

Dipl. Geografin Julia Gerometta, bis April 2001 (Sachbearbeitung)

Dipl. Pädagogin Heike Heinemann, ab August 2000 (Wissenschaftliche Mitarbeiterin
und Sachbearbeitung)

Kontaktanschrift:

Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)
Sachverständigenkommission „Vierter Altenbericht der Bundesregierung“
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Tel.: 030/786 042-76 Fax: 030/785 43 50
E-mail: adolph@dza.de heinemann@dza.de

Liste der schriftlichen Expertisen und Zuarbeiten

Karl Aeffner, Thorsten Doering, Gisela Charlotte Fischer, Ulrike Junius, Matthias Karst, Christina Niederstadt, Anette Riesberg & Sophia Thies-Zajonc
Die hausärztliche Versorgung Hochaltriger*

Florian Buchner, Franz Hessel, Stefan Groß & Jürgen Wasem
Gesundheitsökonomische Aspekte des hohen Alters und der demografischen Alterung*

Dagmar Dräger
Verwitung als ein soziales Risiko des hohen Alters

Uwe Fachinger
Einnahmen und Ausgaben Hochaltriger*

Sigrun-Heide Filipp
Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochaltriger Frauen und Männer*

Christina Geister
Recherche zum Thema „Pflegerische Töchter“

Thomas Wimmer & Gisela Charlotte Fischer
Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Betreuung an Demenz Erkrankter unter besonderer Berücksichtigung der Hochaltrigen*

Johannes Hallauer
Modellrechnungen zur Entwicklung der Kosten für die Versorgung Demenzkranker

Ulrike Höhmann
Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen*

Thomas Niepel
Erfolgchancen der Wohnungsanpassung bei den Klienten der Wohnberatungsstellen in NRW – unter besonderer Berücksichtigung Hochaltriger –

Heinz-Herbert Noll & Anke Schöb
Lebensqualität im Alter – Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys*

Michael Penzek
Demenzforschung in Deutschland – Zusammenstellung der Einrichtungen, Arbeitsgruppen und EinzelforscherInnen

Ruth Schwerdt & Sabine Tschainer
Spezifische Anforderungen an die Pflege demenziell erkrankter Menschen*

Jacqui Smith & Susanne Zank
Forschungsaktivitäten im Themenfeld „Hochaltrigkeit“*

Til Stürmer
Beiträge zur Epidemiologie der Erkrankungen und Funktionseinschränkungen im höheren Alter

Hans-Werner Wahl & Christoph Rott
Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit*

* Die mit Sternchen gekennzeichneten, von der Sachverständigenkommission in Auftrag gegebenen Expertisen werden in den vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) herausgegebenen Materialbänden zum Vierten Altenbericht veröffentlicht.

1 Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung

Ein hohes Alter zu erreichen, war historisch stets ein bedeutsames individuelles Ziel. Hochaltrigen Menschen wurde allerdings nicht zu allen Zeiten und in allen Kulturen gesellschaftliche Hochachtung entgegen gebracht. Insbesondere die negativen körperlichen Begleiterscheinungen des hohen Alters wurden in der Vergangenheit deutlich thematisiert. Der demographische Wandel, der eine Zunahme gerade der Zahl der hochaltrigen Menschen mit sich gebracht hat, hat in der heutigen Zeit dazu geführt, die Wünschbarkeit eines hohen Alters infrage zu stellen und Hochaltrigkeit sogar als eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft zu empfinden. Die höchsten Altersstufen sind mit Vorstellungen von Krankheit, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit besetzt, sodass die Bewunderung für Menschen, die ein so hohes Lebensalter erreicht haben, in den Hintergrund gedrängt wird. Auf der gesellschaftlichen Ebene wird nicht selten die Bereitschaft infrage gestellt, die Lasten des hohen Alters weiterhin zu tragen.

Angesichts dieses gesellschaftlichen Diskurses ist es höchst angemessen, dass die Bundesregierung den Vierten Altenbericht dem Lebensabschnitt des hohen und höchsten Alters, seinen Risiken und Chancen sowie den Möglichkeiten der Beeinflussung von Risikofaktoren mit dem Ziel widmet, ein realistisches Bild zu zeichnen und eine Basis für zukünftig notwendige Planungen und Entscheidungen zu gewinnen. Die Kommission erkennt die Risiken, die das hohe Alter mit sich bringt. Die Wahrscheinlichkeit von chronischen Erkrankungen steigt im hohen Alter an und insbesondere demenzielle Krankheitsprozesse nehmen in diesem Lebensabschnitt erheblich zu. Auch sieht die Kommission die zunehmende gesellschaftliche Herausforderung, die das hohe Alter für die Systeme der sozialen Sicherung mit sich bringt.

Die Kommission geht davon aus, dass das „vierte Alter“ ein Lebensabschnitt ist, der den Erfolg moderner Gesellschaft widerspiegelt: Zeitgleich mit dem zunehmenden gesellschaftlichen Wohlstand stieg die allgemeine Lebenserwartung erst im vergangenen Jahrhundert entscheidend an, zunächst in den industrialisierten Ländern, später auch in den Ländern der Zweiten und Dritten Welt. Die Kommission ist der Überzeugung, dass Menschen in allen Lebensabschnitten, also auch im hohen Lebensalter als handelnde Personen anzusehen sind, die selbstständiges und selbstbestimmtes Leben anstreben. Diese grundsätzliche Überzeugung gilt auch für demenziell erkrankte ältere Menschen, wobei hier die Unterstützung und Begleitung in Abhängigkeit von den Kompetenzen der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Die Kommission vertritt die Auffassung, dass präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Interventionen eine Minimierung von Risiken im Alter bewirken und Elemente für ein gutes Leben im Alter bereitstellen können. Dazu bedarf es aber eines solidarischen gesellschaftlichen Klimas und verläss-

licher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen: Nicht allein die individuelle Verantwortung für Lebensqualität im hohen Alter ist gefordert, sondern auch gesellschaftliche und staatliche Daseinsvorsorge.

Das einleitende erste Kapitel soll auf dem Hintergrund eines kurzen historischen Abrisses die Definition der Hochaltrigkeit, die Ursachen der Entwicklung zur Hochaltrigkeit aus Gründen eines besseren Verständnisses und den Stellenwert dieser Phase im menschlichen Lebensablauf erläutern, um einen Rahmen für die nachfolgenden Kapitel des Altenberichts zu schaffen.

1.1 Historischer Abriss

Schon die ältesten fassbaren Geschichtsquellen, so zum Beispiel die über 4 000 Jahre alten Smith-Papyrusrollen, haben sich mit Möglichkeiten der Lebensverlängerung und mit Hochaltrigen beschäftigt und die Lasten dieser Lebensphase beschrieben. Die französische Soziologin de Beauvoir zitiert einen Text des ägyptischen Philosophen und Dichters Ptahhotep um 2500 v. Chr., der schreibt:

„Wie qualvoll ist das Ende eines Greises. Er wird jeden Tag schwächer; sein Herz findet keine Ruhe mehr; sein Mund wird schweigsam und spricht nichts mehr. Seine geistigen Fähigkeiten nehmen ab, und es wird ihm unmöglich, sich heute noch daran zu erinnern, was gestern war“.

In der griechischen und römischen Antike ist das (hohe) Alter sehr häufig Gegenstand philosophischer Schriften, in denen positive und negative Bewertungen des Alters je nach Autor prägnant zum Ausdruck kommen. So äußert sich etwa Platon folgendermaßen: „Die Ältesten müssen befehlen, die Jungen gehorchen“ (de Beauvoir 1972). Im Gegensatz hierzu wollte Aristoteles in seiner eher düsteren Sicht auf das Alter die Alten von der Macht eher ausschließen. Menander (342 bis 291 v. Chr.) drückt die negative Sicht sehr deutlich aus:

„Wer zu lange bleibt, stirbt angeekelt; sein Alter ist mühsam, die Bedürftigkeit sein Los; da und dort aneckend macht er sich Feinde; man schwört sich gegen ihn. Er ist nicht rechtzeitig abgetreten; er hat keinen schönen Tod gehabt“ (de Beauvoir 1972).

Eine deutlich positive Sicht des (hohen) Alters wird in der berühmten Schrift „De Senectute“ von Cicero vertreten. Nach Cicero kann Altwerden positiv erlebt werden, wenn man die diesem Lebensabschnitt eigenen Regeln anerkennt, das Alter nicht ständig mit Jugend und mittlerem Lebensalter vergleicht und sich in den altersgemäßen Fähigkeiten übt:

„Die besten Waffen des Alters sind in jedem Fall die Wissenschaften, die rastlose Übung der sittlichen Kräfte, die in jedem Alter gepflegt, nach einem langen

und tatenreichen Leben herrliche Früchte tragen, nicht allein, weil sie nie versagen, selbst nicht in der letzten Zeit unseres Lebens, sondern auch, weil das Bewusstsein eines gut geführten Lebens und die Erinnerung an viele gute Taten größte Freude bedeutet“. Cicero fügt hinzu: „Nichts sagend sind also die Reden derer, die dem Greisenalter die Tätigkeit absprechen... freilich tut er (der Greis) nicht das, was die jungen Leute tun, dafür aber ungleich Wichtigeres und Besseres, nicht durch Kraft oder körperliche Behendigkeit und Schnelligkeit werden große Leistungen vollbracht, sondern durch besonnenen Rat, das Gewicht der Person, gereiftes Urteil: Eigenschaften, die im Alter nicht verlorenzugehen, sondern sogar noch zu wachsen pflegen“.

Bedeutsam ist auch Ciceros Ansicht, dass Leiden am Alter und Klagsamkeit über das Altwerden weniger vom Alter selbst als mehr von der früheren Lebensführung und der Persönlichkeit, dem Charakter bestimmt werden:

„An allen derartigen Klagen (über das Alter) ist der Charakter Schuld, nicht das Alter, denn Alte, die besonnen und weder grämlich noch unfreundlich sind, haben ein erträgliches Alter. Schroffheit aber und Unfreundlichkeit machen jedes Alter zur Last“.

In den folgenden Jahrhunderten kam es bis ins Mittelalter hinein zu einem deutlichen Niedergang des Alters im Sinne öffentlich anerkannter Rollen. Hauptakteure waren Jüngere, sei es in der realen Welt oder in Heldenepen und anderen Dichtungen. Auch in den bildlichen Darstellungen traten während des Mittelalters Mühsal, Lasten und Gebrechen des hohen Alters stärker in den Vordergrund und führten zur Suche nach der Quelle der ewigen Jugend oder Rezepten der Lebensführung, die eine ewige Jugend garantierten oder wiedergewinnen ließen.

Die Entwicklung vom Mittelalter zur Neuzeit wird von Borscheid (1989: 17) mit den folgenden Worten beschrieben:

„Mit krachenden Beinen und tiefender Nase, kahlköpfig, taub und halb blind schleppt sich der alte Mensch aus dem Mittelalter heraus und kriecht auf Krücken gestützt, unter dem Spott der Jugend, über die Schwelle zur Neuzeit“.

Wesentliches Kennzeichen des 16. und 17. Jahrhunderts waren dabei unter der Perspektive der Hochaltrigkeit wohl die extremen Unterschiede nach sozialem Stand und nach Region. Betrachtet man die mittlere Lebenserwartung im 16. und 17. Jahrhundert, so treten in Abhängigkeit vom sozialen Stand und regionalen Bedingungen extreme Unterschiede hervor. „Lag die mittlere Lebenserwartung bei Geburt im ausgehenden 16. Jahrhundert bei 25 bis 30 Jahren, so stellte sich diese beispielsweise bei hessischen Pfarrern der Reformationszeit ganz anders dar: etwa 30 % hatten über 60 Jahre, etwa 21 % über 70 Jahre, etwa 9 % über 80 Jahre und 0,6 % sogar über 90 Jahre zu erwarten“ (Borscheid 1989). Trotz des Einbruchs des 30-jährigen Krieges überlebten Hochaltrige. „Im Jahre 1680 waren, das Beispiel Nürtingen genommen, immerhin 2,8 % der Frauen und 4,0 % der Männer älter als 70 Jahre, 0,5 % der Frauen und 0,3 % der Männer älter als 80 Jahre“ (Borscheid 1989).

Im Zeitraum zwischen 1745 und 1865 lag die Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland unter 40 Jahren (Kamke & Scholz 1992). Erst ab Ende des 19. Jahrhunderts begann die Lebenserwartung allmählich zu steigen und erreichte ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die aktuell hohen Werte. Im Zeitraum 1997/99 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt in Deutschland für Mädchen 80,6 Jahre und für Jungen 74,4 Jahre (Grünheid & Roloff 2000). Auch die fernere Lebenserwartung, d. h. jene zu erwartenden Jahre, die beispielsweise ein 60- oder 80-jähriger Mensch im Durchschnitt noch vor sich hat, war im 18. und 19. Jahrhundert auf konstantem, relativ niedrigem Niveau. Bei den 60-Jährigen betrug die fernere Lebenserwartung zwischen 1740 und 1850 zehn bis zwölf Jahre, für die 80-Jährigen knapp vier Jahre. Diese fernere Lebenserwartung hat sich mittlerweile etwa verdoppelt: Im Alter von 60 Jahren beträgt sie für Frauen 23,3 Jahre und für Männer 19,0 Jahre; im Alter von 80 Jahren beträgt sie für Frauen 8,4 Jahre und für Männer 6,9 Jahre (Statistisches Bundesamt 2001a).

Entsprechende Veränderungen hat es auch bei einem anderen Indikator für Langlebigkeit gegeben, der Anzahl von Überlebenden in bestimmten Altersgruppen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurden 38 % der Männer und 45 % der Frauen eines Geburtsjahrgangs 60 Jahre und älter (Dinkel, R. H. 1992; Hoffmann 2001). Erhebliche Veränderungen in diesem Indikator zeigten sich erst mit Beginn des 20. Jahrhunderts, die in der aktuellen Erwartbarkeit eines langen Lebens mündeten. Gegenwärtig erleben die allermeisten Frauen, nämlich 92,9 %, und auch der größte Teil der Männer, 86,4 %, das 60. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt 2001a). Aktuell konzentrieren sich die meiste Todesfälle auf das dritte und vierte Lebensalter: Von den 846 330 Menschen, die in Deutschland im Jahr 1999 starben, waren 13,7 % unter 60 Jahren, 42,4 % zwischen 60 und 80 Jahren und 43,9 % über 80 Jahre alt. Das ausgehende 19. und beginnende 20. Jahrhundert wurde zudem durch die Entwicklung der Forschung über das Alter und das Altern bestimmt, zunächst der Altersmedizin, später auch die weiteren an der Gerontologie beteiligten Disziplinen wie Psychologie, Soziologie, Sozialpolitik- und Pflegewissenschaften.

Dieser kurze historische Rückblick lehrt, dass Altern immer ambivalent besetzt war: Bewunderung und Achtung herausfordernd einerseits – Belastung bedingend andererseits. Ambivalente Einstellungen bergen die Gefahr polarer Entgleisung: „Die Alten von der Tiberbrücke zu stürzen“ (Wahl, H.-W. & Rott 2001) oder sie mit traditionsgeleitetem Einverständnis zum Verhungern in die Eiswüste zu verbannen (Eskimos) sind möglich und wurden in der Kulturgeschichte der Menschheit vor allem unter Mangelbedingungen praktiziert. Unkritische Schlagworte, wie von der „Überalterung“ der Gesellschaft und der „Rentnerlast“ könnten solche Tendenzen auch in der heutigen Gesellschaft im Sinne eines neuen „Ageism“ verstärken. Insgesamt kann man wohl sagen, dass sich trotz der enormen Spanne des gewählten Zeithorizonts eine Thematik gleichsam wie ein roter Faden in immer neuen Variationen durch Erörterungen von Hochaltrigkeit

hindurchzieht, nämlich einerseits Bewunderung und Faszination, die dem sehr hohen Alter entgegengebracht werden, andererseits die Befürchtung in Richtung eines mit sehr hohem Alter verbundenen individuellen „Siechtums“, aber auch einer nicht (mehr) tragbaren gesellschaftlichen Last. Die heute dominierenden Antworten auf Hochaltrigkeit finden in unserer Zeit vor allem im gesellschaftlichen Diskurs von „noch“ bezahlbaren und bald „nicht mehr“ bezahlbaren Leistungen ihren Ausdruck. Einiges spricht dafür, dass eine zumindest implizite Leistungsrationierung in Abhängigkeit vom hohen Alter auch im deutschen Gesundheitswesen bereits heute mancherorts de facto stattfindet.

Das hohe Alter ist geschichtlich kein neues Phänomen, schon immer hat es gesellschaftliche Bilder (und zwar wohl idealisierte als auch verzerrende Bilder) des hohen Alters gegeben. Neu ist aber in gesellschaftlicher Perspektive, dass das hohe Alter zu einem kollektiven Phänomen geworden ist, das in seinem quantitativen Umfang geschichtlich keine Vorläufer hat. Da auf gesellschaftlicher Ebene nicht selten eine strukturelle Verzögerung der Anpassung von Institutionen an neue gesellschaftliche Phänomene zu beobachten ist, wird sich möglicherweise erst in Zukunft eine „Kultur des Alters“ ausbilden. Dieses – eher optimistische – Szenario läßt sich durch zwei Überlegungen stützen. Zum einen hat sich mit der durchschnittlichen Verlängerung auch die individuelle Lebensplanung verändert. Ein langes Leben ist erwartbar geworden – und damit auch die Aussicht auf ein eigenes hohes Alter. Die Einsicht, in der Zukunft selbst einmal zu den „ganz Alten“ zu gehören, könnte sich auf die Einstellungen gegenüber hochaltrigen Menschen im Sinne einer zunehmenden Solidarität positiv auswirken. Zum Zweiten werden Potenziale und mögliche Stärken des hohen Alters bis heute in der öffentlichen Diskussion nur selten berücksichtigt. Eine „Kultur des Alter(n)s“ könnte aber auch neue gesellschaftliche Rollen für ältere Menschen mit sich bringen und damit sowohl die Partizipation älterer Menschen verstärken als auch ihre gesellschaftliche Position festigen. Daneben ist schließlich darauf zu verweisen, dass auch im hohen Alter das Potenzial für Selbstständigkeit und Selbstverantwortlichkeit vorhanden ist.

1.2 Definition des Begriffs „Hochaltrigkeit“

Hochaltrigkeit ist ein unscharfer Begriff, auch wenn in der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion häufig die Unterscheidung zwischen dem „dritten und vierten Lebensalter“ gemacht wird (eine ähnliche Unterscheidung ist die zwischen den so genannten „jungen Alten“ und „alten Alten“). Eine erste Möglichkeit, die Phase der Hochaltrigkeit zu definieren, besteht darin, die Verwendung von Altersdefinitionen in empirischen Untersuchungen der Altersforschung zu analysieren (Wahl, H.-W. & Rott 2001). Betrachtet man Publikationen innerhalb des deutschen Sprachraums, so zeigt sich, dass in der Mehrzahl der Arbeiten eine Altersgrenze von 80 Jahren angegeben wird, um Hochaltrigkeit zu definieren (Wahl, H.-W. & Rott 2001). Allerdings wurden gerade in den

letzten Jahren auch höhere Jahresangaben (90+) verwendet. Man kann also als eine erste vorläufige Definition eine Altersgrenze zwischen 80 und 85 Jahren als den Beginn der Hochaltrigkeit angeben, wobei diese Definition aufgrund der dynamisch sich verändernden Lebenserwartung in Zukunft möglicherweise höher angesetzt werden muss. Betrachtet man die Definitionen unterschiedlicher Disziplinen, so muss die hier vorgeschlagene pragmatische Festlegung erheblich differenziert werden.

Von der Demographie werden unterschiedliche Vorschläge gemacht: Eine dynamische Definition bezieht sich auf die sich verändernde Lebenserwartung. So kann der Beginn der Hochaltrigkeit als das Lebensalter definiert werden, zu dem 50 % der Angehörige eines Geburtsjahrgangs verstorben sind. Gemessen an den vom Statistischen Bundesamt für den Zeitraum 1997/99 ermittelten altersspezifischen Sterbeziffern erreicht die Hälfte der neugeborenen Mädchen das 84. Lebensjahr, die Hälfte der neugeborenen Jungen das 78. Lebensjahr (Statistisches Bundesamt 2001a). Eine weitere demographische Definition basiert auf dem „Gesetz der Mortalität“ von Gompertz aus dem Jahre 1825. Diese Formel besagt, dass die Sterblichkeit mit dem Alter mit einer exponentiellen Rate zunimmt. Bis zum Alter von 80 Jahren stimmen die Vorhersagen des Modells sehr gut mit den beobachteten Daten überein. Ab dem 80. Lebensjahr muss die Gompertz-Formel modifiziert werden, um eine ähnlich gute Anpassung an die empirischen Daten zu erreichen (Thatcher et al. 1998). Diese Befunde legen nahe, dass Männer wie Frauen, die das Alter von 80 bzw. 90 Jahren überleben, von ihrer Mortalität her gesehen eine eigene Gruppe darzustellen scheinen.

In einer biologischen Perspektive werden die folgenden Postulate aufgestellt (Wahl, H.-W. & Rott 2001): Die Existenz spezifischer Gene, die das Altern aktiv fördern, ist unwahrscheinlich. Altern ist nicht programmiert, sondern resultiert größtenteils in der Anhäufung somatischen Schadens. Dieser Schaden rührt vom begrenzten Investieren in die Erhaltung und Reparatur her. Langlebigkeit wird damit indirekt von Genen gesteuert, die z. B. die DNA-Reparatur und die antioxidative Abwehr kontrollieren. Es gibt Gene, die sich im Alter negativ auswirken, entweder, weil sie den natürlichen Selektionsmechanismen entrinnen, oder weil sie in früheren Lebensphasen einen Vorteil bewirken, der den Schaden im Alter aufwiegt. Eine festgelegte maximale menschliche Lebensspanne scheint nicht zu existieren. Hochaltrigkeit in biologischer Perspektive ist unserer Ansicht nach somit Ausdruck besonders effektiver Erhaltungs- und Reparaturprozesse über die gesamte Lebensspanne, wobei Altern nicht zwangsläufig Bestandteil lebender Organismen sein muss – aber in den allermeisten Fällen ist. Eine explizite (chronologische) Altersgrenze für Höchstaltrigkeit lässt sich aus biologischer Sicht offensichtlich nicht angeben.

Aus medizinischer Sicht wird häufig betont, dass sowohl im physischen wie, wenngleich weniger ausgeprägt, als auch im psychischen Bereich die Prävalenzraten von vielen lebensqualitätsnahen Krankheiten jenseits von etwa 80 bis 85 Jahren einen deutlichen Anstieg zeigen, der sich mit unterschiedlicher Beschleunigung (je nach Krankheit,

aber auch je nach epidemiologischer Fallidentifikationsmethode) bis etwa ins Alter von 95 bis 100 fortsetzt. Dabei bleibt nicht selten unberücksichtigt, dass die Datelage, was das sehr hohe Alter betrifft, als eher dürrtig zu bezeichnen ist. Ebenso könnte man einer epidemiologisch gestützten Definition von Hochaltrigkeit noch das Argument zurechnen, dass die so genannte aktive Lebenserwartung, d. h. jener Anteil an der Lebenserwartung, der mit einer hohen Selbstständigkeit in den Aktivitäten des Alltagslebens verbracht wird, im sehr hohen Alter einen immer kleineren Anteil an der verbliebenen gesamten Lebenserwartung einnimmt (Crimmins et al. 1996) und sich damit diese im sehr hohen Alter immer stärker zu einer „inaktiven“ Lebenserwartung zu wandeln scheint.

In der sozialen und psychologischen Gerontologie wird immer stärker die Frage gestellt, ob das chronologische Alter eine sinnvolle wissenschaftliche „Markervariable“ für die Strukturierung von Altersphasen darstellt. Birren hat 1959 in einem der ersten „großen“ Handbücher der Gerontologie („Handbook of Aging and the Individual“) das chronologische Alter als „one of the most useful single items of information about an individual if not the most useful“ charakterisiert (Birren 1959: 8). Allerdings muss diese Einschätzung kritisch betrachtet werden. Es gehört heute zu den weithin anerkannten Ergebnissen der Gerontologie, dass die interindividuelle Variation im höheren Alter zunimmt (Nelson, E.A. & Dannefer 1992). Zudem ist die Frage zu stellen, ob das chronologische Alter als Prädiktor bzw. Explanans noch bedeutsam ist, wenn andere stärker inhaltlich bestimmte Variablen kontrolliert bzw. in Auswertungsmodelle einbezogen werden. Andererseits ist das chronologische Alter nun einmal jene Variable, die das unaufhaltsame Voranschreiten der „Entwicklung“ am deutlichsten indiziert bzw. das durchaus dazu beitragen kann, Leistungs- und Erlebensprofilunterschiede zwischen älteren Menschen zu „erklären“. In einer disziplinübergreifenden Sicht sind hier vor allem die Ergebnisse der Berliner Altersstudie anzuführen, die unterstreichen, dass in jenen Subgruppen von Älteren, in denen massive Verluste im Bereich des körperlichen, psychischen und psychologisch-erlebensbezogenen Bereich auftreten, Hochaltrige (85+) überrepräsentiert sind (Baltes, P. B. & Smith 1999).

Für den Vierten Altenbericht soll pragmatisch der Altersabschnitt von 80 bis 85 Jahren als der Beginn des hohen Alters definiert werden. Hierbei soll aber stets berücksichtigt werden, dass die hohe interindividuelle Unterschiedlichkeit zwischen älter werdenden Menschen alle chronologisch basierten Altersgrenzen fragwürdig macht: Es handelt sich hierbei keineswegs um eine Altersgrenze, ab der bestimmte Entwicklungen mit Gewissheit stattfinden. Zudem muß daran erinnert werden, dass aufgrund der Dynamik von Mortalität und Morbidität diese Altersgrenze in Zukunft höher liegen kann. Allerdings muss konstatiert werden, dass zurzeit die Wahrscheinlichkeit für Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenz jenseits des 80. bis 85. Lebensjahrs deutlich ansteigt. Daher erscheint es sinnvoll, diese Altersgrenze in sozialpolitischer Perspektive in den Blick zu nehmen.

1.3 Biologische Voraussetzungen der Langlebigkeit

Biologische Altersforschung ist an der Beschreibung und Erklärung von Alternsprozessen auf der zellulären und molekularbiologischen Ebene interessiert, vor allem an moderierenden Prozessen der Langlebigkeit und daraus resultierend an der Frage nach einer artspezifischen maximalen Lebensspanne. Unbezweifelt ist die Tatsache, dass Organsysteme multizellulärer Lebewesen heterochron altern und auf der zellulären Ebene der Alterungsprozess indirekt von Genen gesteuert wird, die DNA-Reparaturmechanismen und die antioxidative Abwehr kontrollieren; deren Effizienzverluste bewirken die terminale Alterung und führen letztlich den Tod herbei. Eine klare Definition von Hochaltrigkeit aus biologischer Sicht liegt bislang nicht vor. Mit Blick auf die Befunde zahlreicher Studien lässt sich das „vierte Lebensalter“ in der Tat durch die Kumulation von Risiken charakterisieren, z. B. im Sinne der Multimorbidität. Bei den Risiken des hohen Alters haben demenzielle Erkrankungen einen besonders gravierenden Stellenwert: Dieses Thema wird im Vierten Altenbericht umfassend und eingehend behandelt.

Ohne Zweifel ist Langlebigkeit eine bei vielen Spezies angelegte biologische Möglichkeit. Auch wenn genetische Determinanten Grenzen für die Lebensspanne setzen (sichtbar beispielsweise in den Unterschieden der Lebensspanne zwischen biologischen Arten), so zeigen sich doch je nach Umweltbedingungen erhebliche Veränderungen in der durchschnittlichen Lebensdauer. Im Tierreich führen Domestikationsbedingungen, in menschlichen Gesellschaften fortschreitende Zivilisation, d. h. Verbesserung der Ernährung und der hygienischen, medizinischen und technischen Lebensbedingungen sowie Ausschaltung akzidenteller Todesursachen, zu verlängerter durchschnittlicher Lebensdauer. Alle prähistorischen und historischen Skelettbefunde belegen aus unserer heutigen Perspektive sehr kurze Lebenszeiten. In der Frühgeschichte der Menschheit wurde kaum das dritte Lebensjahrzehnt erreicht. Die aus Versicherungsstatistiken während der letzten 150 Jahre abgeleiteten Sterbekurven nähern sich zunehmend einer Rechteckform als Folge der progressiven Ausschaltung akzidenteller Todesursachen, wie z. B. Krankheiten und Unfälle. Man kann sagen, dass zunehmende Langlebigkeit direkter Ausdruck und Folge des Erfolgs zivilisatorischer Bemühungen ist.

Für den Vierten Altenbericht ist allerdings nicht allein die Lebensdauer, sondern die Frage nach der Vermeidbarkeit von Morbidität im Alter zentral. Dies kommt unter anderem in der Hypothese der „Morbiditätskompression“ zum Ausdruck: Gesucht sind jene präventiven Maßnahmen, die – bei Annahme einer genetisch determinierten Lebensspanne – das Auftreten von Krankheiten so weit verzögern, dass der Tod vor Beginn gravierender Krankheiten eintritt. Diese These ist zumindest gegenwärtig empirisch nur partiell zu belegen. Beobachtbar ist dagegen ein alterskorrelierter Anstieg von Morbidität, der in einigen Fällen nicht allein durch umweltbedingte Risikofaktoren und Kumulation externer Schädigungen zu erklären ist, sondern möglicherweise auch genetisch mitbedingt ist (z. B. Demenz vom Alzheimer-Typ).

1.4 Demographische Alterung und gesellschaftlicher Umgang mit Hochaltrigkeit

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen beeinflussen offensichtlich die gesundheitlichen Bedingungen, unter denen Menschen alt werden. Die Lebensbedingungen in modernen Gesellschaften haben die Phase des Alters zu einem Lebensabschnitt gemacht, den die meisten Menschen erleben werden, und auch in die Phase des sehr hohen Alters werden immer mehr Menschen eintreten. Deutschland ist heute weltweit das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung (nach Japan, Italien und der Schweiz) und das Land mit dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren (nach Italien und Griechenland; United Nations Population Divisions 2001; Büttner 2000). Die demographische Alterung wird sich auch in den nächsten Jahrzehnten fortsetzen, begleitet von einer Abnahme der Bevölkerungszahl. Das Statistische Bundesamt rechnet damit, dass die Anzahl älterer Menschen ab 60 Jahren in den nächsten fünf Jahrzehnten von gegenwärtig rund 19 Millionen auf ca. 25 Millionen zunehmen wird (vgl. Tabelle 1-1).¹

¹ Die in Tabelle 1-1 dargestellten Zahlen zur zukünftigen Größe und Altersstruktur der Bevölkerung geben die Ergebnisse der Variante 2 der Modellrechnung des Statistischen Bundesamts wieder. Diese Variante geht davon aus, dass mittelfristig per Saldo jährlich 200 000 Menschen nach Deutschland kommen (Nettozuwanderung). Angenommen wird ferner, dass die zusammengefasste Geburtenziffer bei rund 1,4 Kindern je Frau verharrt und die Lebenserwartung Neugeborener bis 2050 um ca. 4 Jahre zunimmt. Es wurden auch Varianten mit anderen begründbaren Annahmen zur Lebenserwartung und Migration berechnet. Auch diese führen zum Ergebnis einer schrumpfenden und alternden Bevölkerung.

Da – aufgrund der rückläufigen Bevölkerung im Familiengründungsalter und bei anhaltend niedrigen Geburtenraten – die Bevölkerungszahl insgesamt von 82 auf 70 Millionen sinken wird, bedeutet dies eine merkliche Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung. Insbesondere wenn die geburtenstarken Jahrgänge der um 1960 bis 1965 Geborenen ins Rentenalter kommen, wird die Zahl und der Anteil älterer Menschen deutlich steigen. Es wird damit gerechnet, dass in fünfzig Jahren rund 36 % der Bevölkerung 60 Jahre und älter sind.

Auch die Zahl der Hochaltrigen wird in den nächsten Jahrzehnten kräftig zunehmen. Gegenwärtig sind in Deutschland rund 2,9 Millionen Menschen bzw. 3,6 % der Bevölkerung 80 Jahre und älter. In zwanzig Jahren werden es rund 5,1 Millionen bzw. 6,3 % sein. Für das Jahr 2050 rechnet das Statistische Bundesamt mit knapp 8 Millionen Menschen im Alter von 80 und mehr Jahren. Gut 11 % der Bevölkerung werden dann hochaltrig sein.

Hauptursache dieser Entwicklung ist – der in Deutschland besonders ausgeprägte – Rückgang der Kinderzahlen, gepaart mit dem Anstieg der Lebenserwartung. Die Bevölkerung altert sozusagen „von beiden Enden“: Die nachwachsenden Generationen sind schon seit längerem jeweils schwächer besetzt als die Generation ihrer Eltern, und die älter werdenden Generationen leben länger. Mit der von der UNO über beide Geschlechter gemittelten durchschnittlichen Lebenserwartung von 77,3 Jahren steht Deutschland im internationalen Vergleich zwar erst an 21. Stelle, ist jedoch wegen seiner niedrigen Geburtenrate dennoch das Land mit dem vierthöchsten Durchschnittsalter der Bevölkerung (United Nations Population Divisions 2001) und dem dritthöchsten Anteil der Bevölkerung ab 60 Jahren (Büttner 2000).

Tabelle 1-1

Entwicklung der Bevölkerungszahl und des Anteils älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050

Alter (in Jahren)	Kalenderjahr (jeweils 1. Januar)					Zu-/Abnahme	
	1953	1971	2000	2020 ¹	2050 ¹	1953–2000	2000–2050 ¹
Bevölkerungszahl:							
Insgesamt	70.163.872	78.069.471	82.163.475	80.339.100	70.381.400	+ 17,1 %	– 14,3 %
60 und älter	10.618.429	15.567.540	18.881.148	22.886.300	25.199.500	+ 77,8 %	+ 33,5 %
80 und älter	783.540	1.536.469	2.934.837	5.068.300	7.922.200	+ 274,6 %	+ 169,9 %
90 und älter	30.679	105.347	497.343	771.200	1.482.600	+1521,1 %	+ 198,1 %
Bevölkerungsanteil:							
60 und älter	15,1 %	19,9 %	23,0 %	28,5 %	35,8 %	+ 7,8 %-Pkte.	+ 12,8 %-Pkte.
80 und älter	1,1 %	2,0 %	3,6 %	6,3 %	11,3 %	+ 2,5 %-Pkte.	+ 7,7 %-Pkte.
90 und älter	0,1 %	0,1 %	0,6 %	1,0 %	2,1 %	+ 0,5 %-Pkte.	+ 1,5 %-Pkte.
Altenquotient ²	27,8	39,8	41,3	52,8	74,7		

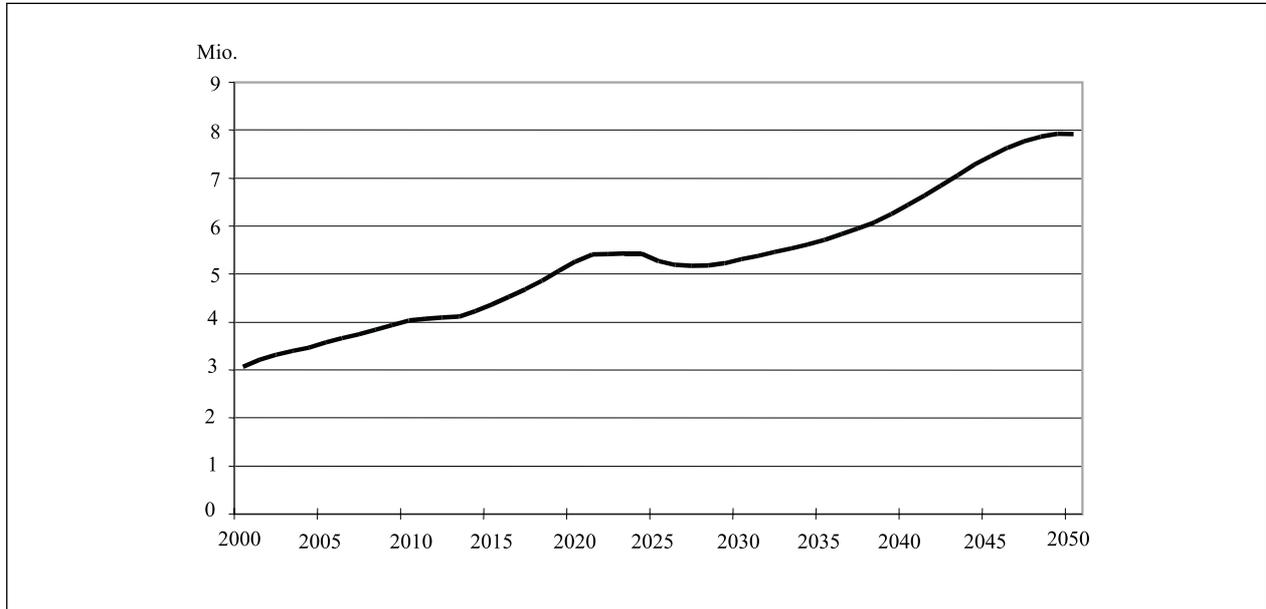
¹ Die Angaben für die Jahre 2020 und 2050 sind Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (Variante 2).

² Altenquotient: Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren je 100 20- bis 59-Jährige.

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Statistisches Bundesamt 1996; Statistisches Bundesamt 2000a; eigene Berechnungen.

Abbildung 1-1

Geschätzte Bevölkerung im Alter von 80 und mehr Jahren, 2000 bis 2050¹



¹ Schätzwerte auf der Grundlage der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts (Variante 2); eigene Darstellung

Bei Fortschreibung dieser Sterbeziffern werden von den heute 50-jährigen Frauen rund 65 % ihren 80. Geburtstag erleben, von den 50-jährigen Männern ca. 44 %. Da anzunehmen ist, dass die fernere Lebenserwartung weiter zunimmt, werden diese Anteile tatsächlich noch etwas höher sein. Ein hohes Alter zu erreichen, ist schon heute kein seltenes Phänomen mehr und wird es in Zukunft immer weniger sein. Die weitere Lebenserwartung 80-Jäh-

riger beträgt gegenwärtig für Frauen 8,37 Jahre, für Männer 6,91 Jahre (vgl. Tabelle 1-2). In den alten Bundesländern ist sie etwas höher als in den neuen Bundesländern, der Unterschied ist jedoch bei weitem nicht mehr so ausgeprägt wie zu Beginn der 90er-Jahre. Vor allem die Lebenserwartungsdifferenz zwischen west- und ostdeutschen Frauen hat sich im vergangenen Jahrzehnt deutlich verringert.

Tabelle 1-2

Entwicklung der – ferneren – durchschnittlichen Lebenserwartung

Vollendete Altersjahre	Deutschland				Früheres Bundesgebiet			Neue Länder und Berlin-Ost		
	1901/10	1932/34	1986/88	1997/99	1949/51	1986/88	1997/99	1952/53	1986/88	1997/99
Fernere Lebenserwartung (in Jahren) im Alter x										
Männer:										
bei Geburt	44,82	59,86	71,70	74,44	64,56	72,21	74,78	65,06	69,75	73,01
60-Jährige	13,14	15,11	17,24	19,01	16,20	17,55	19,17	15,99	15,95	18,28
80-Jährige	4,38	4,84	5,86	6,91	5,24	6,06	6,99	5,03	5,19	6,53
Frauen:										
bei Geburt	48,33	62,81	78,03	80,57	68,48	78,68	80,72	69,07	75,81	79,96
60-Jährige	14,17	16,07	21,39	23,30	17,46	21,95	23,44	17,75	19,47	22,71
80-Jährige	4,65	5,15	7,27	8,37	5,57	7,57	8,42	5,48	6,21	8,12

Quellen: Gerostat – Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin; Sommer 1996; Statistisches Bundesamt 2000f; eigene Berechnungen.

Während der Zugewinn an Lebenserwartung noch in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu großen Teilen Folge der abnehmenden Kindersterblichkeit und einer sinkenden Sterblichkeit im mittleren Erwachsenenalter war, trägt heute wesentlich der Rückgang der Sterbeziffern im fortgeschrittenen und hohen Alter zum Anstieg der Gesamtlebenserwartung bei. Im Vergleich der beiden Sterbetafeln 1986/88 und 1997/99 stieg die fernere Lebenserwartung 60-jähriger Frauen um 8,9 %, die der 80-jährigen Frauen um 15,1 %, während sich die Gesamtlebenserwartung der weiblichen Bevölkerung nur um 3,26 % erhöhte. Berechnungen des Max-Planck-Instituts für demographische Forschung ergaben, dass von dem Zuwachs an Lebenserwartung zwischen 1980 und 1996 im Westen 61 % und im Osten 71 % auf die Zunahme der Restlebenserwartung der 60-Jährigen und Älteren zurückzuführen war (Gjonca et al. 2000). Selbst die verringerte Sterblichkeit jenseits des 80. Lebensjahres trug noch 22 resp. 31 % zum allgemeinen Anstieg der Lebenserwartung bei.

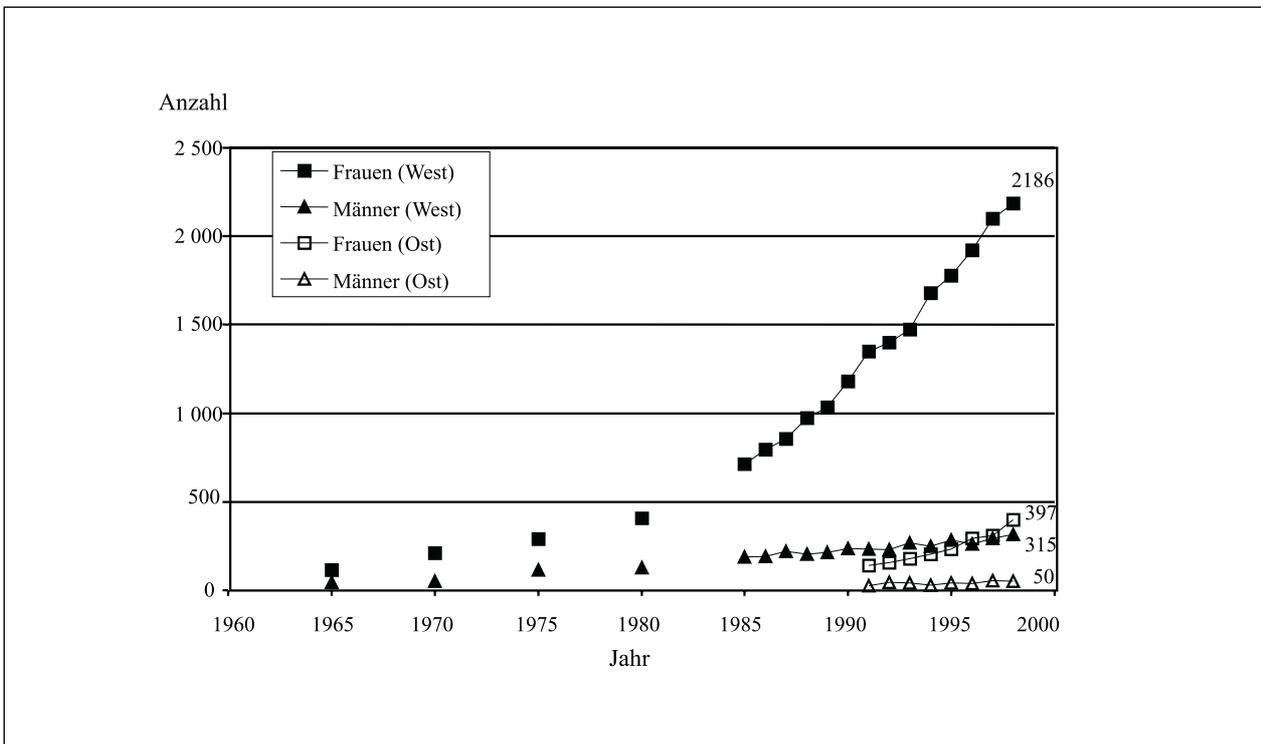
Mit der steigenden Zahl der Hochaltrigen nimmt auch die Zahl derer zu, die ihren 100. Geburtstag feiern können. Genauere Auskünfte darüber liefern Daten des Bundespräsidialamts, da der Bundespräsident allen Jubilaren zum 100. Geburtstag schriftlich gratuliert. Zwischen 1965 und 1998 stieg die Zahl der Hundertjährigen im früheren

Bundesgebiet von 158 auf 2501. Insgesamt feierten im Jahr 1998 nach dieser Datenquelle 2 948 Personen ihren 100. Geburtstag, davon 2 583 Frauen. Es ist zu erwarten, dass die Zahl der Höchstaltrigen weiter stark zunehmen wird.

Angesichts dieser Zukunftsszenarien muss gefragt werden, welche der für das Alter bereitgestellten gesellschaftlichen Ressourcen den Bedürfnissen des hohen Alters angepasst werden müssen. Dabei sind insbesondere die Leistungen und Institutionen des sozialen Sicherungssystems (insbesondere medizinischer und pflegerischer Versorgung) zu nennen (Buchner et al. 2001), wobei die besonderen Bedürfnisse demenziell erkrankter Menschen zu berücksichtigen sind. Hier wird das Paradox des gesellschaftlichen Umgangs mit dem hohen Alter besonders deutlich: Während die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf komplexe Weise Langlebigkeit und demographischen Wandel vorantreiben, wird das Alter, und insbesondere das „hohe Alter“, im gesellschaftlichen Diskurs nicht selten als Last und Bedrohung interpretiert. „Alter“ und „Hochaltrigkeit“ sind also auch soziale Konstruktionen, der gesellschaftliche Umgang mit dem hohen Alter steht auf dem Prüfstand. Die Kommission vertritt die Legitimation von Solidarleistungen für das hohe Alter engagiert (Kapitel 6).

Abbildung 1-2

Anzahl der Frauen und Männer, die im jeweiligen Jahr ihren hundertsten Geburtstag hatten, 1965 bis 1998



Quelle: Rott & Maier 2000.

1.5 Leitbilder der Kommission

Die Kommission erachtet es als wichtig, Menschen im hohen Lebensalter nicht als Objekte medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Intervention zu betrachten, sondern als handelnde Subjekte eines selbstständigen und selbstbestimmten Lebens zu achten. Diese Perspektive gilt grundsätzlich auch für demenziell Erkrankte, wobei hier in besonderem Maße Unterstützung und Begleitung in Wahrung der noch erhaltenen Kompetenz der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Hohes Alter darf gesellschaftlich nicht nur unter den Aspekten von Krankheit, Versorgung und Hilfsbedürftigkeit als möglichst mit minimalem Aufwand zu lösendes Lastproblem diskutiert werden. Bedeutsam ist auch die Wahrnehmung des Individuums. Gerade die Jüngerer, denen in zunehmendem Maße Hochaltrigkeit als Lebensperspektive bevorsteht, sollten danach fragen, wie Älterwerden erlebt wird und gestaltet werden kann von denjenigen, die diesen Lebensabschnitt bereits erreicht haben.

Lebensplanung muss vom Einzelnen unter der Perspektive einer wahrscheinlich langen Lebensdauer gesehen werden. Dies bedeutet grundsätzlich zunächst einmal ein zu erwartendes Mehr an Lebenserfahrung, an Möglichkeiten, Freude, Glück, Leid und Unglück zu erleben, sich hierauf einzustellen und maßvoll im Sinne eines eigenen Lebensentwurfes damit umzugehen. Die Altwerdenden müssen sich darüber im Klaren sein, dass sie ganz wesentlich das Bild vom Altern und die Akzeptanz des Alters in der Gesellschaft mitbestimmen. Das kann nur im Wechselspiel von gesellschaftlicher Akzeptanz und individueller Verwirklichung des eigenen Lebens gelingen.

Es ist argumentiert worden, dass das Alter aus dem Blickwinkel der Evolutionstheorie als unnützer Luxus zu betrachten sei, weil die Lebensphase nach der generativen Produktivität offensichtlich keinen Selektionsvorteil verschaffe. P. B. Baltes (1999) entwickelte in diesem Zusammenhang den Gedanken der unvollständigen Architektur der menschlichen Ontogenese und legte die zusammen mit M. M. Baltes elaborierten Prinzipien der Selektion, Optimierung und Kompensation einer auf das Alter erweiterten psychologischen Entwicklungstheorie zugrunde. Revidierte gesellschaftliche Vorurteile über Autonomie und Abhängigkeit im hohen Alter (Baltes, M.M. 1999) könnten im Verein mit der Entwicklung einer unterstützenden Lebensumwelt individuelle Gebrechlichkeit im hohen Alter kompensieren und damit zu einer höheren Lebensqualität und einem längeren Leben während des vierten Alters in der Zukunft beitragen.

Ohne Alter und hohes Alter bleibt das menschliche Leben in der Tat eine unvollendete Architektur, unser Lebensentwurf ein Fragment. Das Alter spiegelt unser individuelles Leben, bringt es ins Bewusstsein durch bilanzierende Rückschau. Das Alter gibt uns im Rückgriff auf Aristoteles Entelechie die Möglichkeit, letzte Hand an unser Leben als ästhetischen Entwurf zu legen und unser Leben als einziges Kunstwerk zu betrachten, das jeder Einzelne mit sich und für sich schaffen muss. Überhaupt

scheinen Platos vier Kardinaltugenden – Weisheit, Tapferkeit, Besonnenheit (Mäßigkeit, Selbstbeherrschung), Gerechtigkeit – der letzten Lebensphase besonders angemessen. Auch die heute so oft zitierte, im Grundgesetz geschützte unantastbare Würde des Menschen wird erst am Ende eines Lebens voll erkenntlich. Würde und Ansehen (siehe Cicero) bedingen einander. Leider wird heute Würde fälschlicherweise immer primär als das Angesehene, was uns die anderen schulden und dabei übersehen, dass wir sie uns erst einmal selbst schulden, indem wir uns der Würdigung anderer als würdig erweisen.

Dass Alter und hohes Alter für die meisten Menschen, zunächst in den industrialisierten Ländern eine zunehmend wahrscheinliche Wirklichkeit wird, ist erst eine allerjüngste Entwicklung in der Menschheitsgeschichte. Damit ist für die nahe Zukunft die Aufgabe gestellt, eine neue Kultur der Integration alter und sehr alter Menschen im Diskurs der Generationen zu entwickeln. Der demographische Wandel wird die Struktur der Gesellschaft verändern. Das ist bereits jetzt mehr als deutlich und wird in Zukunft noch deutlicher werden. Berührt werden Fragen der Ressourcenverteilung, des Ausgleichs zwischen den Generationen und der Allokationsgerechtigkeit. Um das Ziel zu verwirklichen, die Integration der Hochaltrigen in die Gesellschaft zu gewährleisten, werden auch Anpassungen der sozialen Sicherung und des Sozialrechts im Vierten Altenbericht diskutiert werden müssen. Die Kommission geht davon aus, dass das hohe Alter gegenwärtig mit gravierenden Risiken einhergeht, von denen Demenz eines der bedeutsamsten ist. Dennoch vertritt die Kommission die Auffassung, dass angemessene, auf der Basis der Solidarität mit dem Alter entwickelte präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Angebote Risiken minimieren und beide Seiten, die Hochaltrigen und die Gesellschaft, entlasten können.

Dabei kommt der Interventionsgerontologie, also dem „Insgesamt der Bemühungen, bei psychophysischem Wohlbefinden ein hohes Lebensalter zu erreichen“ (Lehr 1996) besondere Bedeutung zu. Im Vierten Altenbericht wird der Begriff der Intervention umfassend verstanden. Nicht allein medizinische Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren, sondern auch Maßnahmen der Pflege sowie der psychosozialen Begleitung und Stützung sowie präventive Maßnahmen werden unter den Begriff der Intervention subsumiert.

1.6 Ausschau auf den Vierten Altenbericht

Zunächst wird darauf verwiesen, dass die Institutionalisierung der gerontologisch-geriatrischen Forschung zum (hohen) Alter in Deutschland noch keineswegs ausreichend gesichert ist (Kapitel 2). Danach werden die materiellen, sozialen, gesundheitlichen und insbesondere die auf Demenz bezogenen Risiken des hohen Alters detailliert beschrieben (Kapitel 3). Die angesichts dieser Risiken des hohen Alters notwendigen Interventionsangebote – durch die Familie und soziale Netze, durch medizinische, pflegerische und psychosoziale Versorgung sowie durch ökologisch-technische Ressourcen –

werden dargestellt und Defizite aufgezeigt (Kapitel 4). Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden mit besonderer Betonung des Sozialrechts anschließend behandelt (Kapitel 5). Schließlich werden die ethischen Grundlagen der individuellen und gesellschaftlichen Solidarität mit hochaltrigen Menschen erörtert: Wenn Erhaltung des in-

dividuellen Lebens ein hochrangiger, vielleicht sogar der höchstrangige Wert ist, folgt hieraus auch die anthropologische Wertsetzung und notwendigerweise auch die gesellschaftliche Akzeptanz von Alter und Hochaltrigkeit (Kapitel 6). In einem abschließenden Kapitel werden dann die Empfehlungen der Kommission vorgestellt (Kapitel 7).

2 Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit unter besonderer Berücksichtigung der Demenz

2.1 Einleitung

Der Großteil gerontologischer Forschung hat sich in den letzten 20 Jahren auf ein positives Bild des Alters konzentriert, indem sie sich zumeist mit der Gruppe der jungen Alten beschäftigte. Im Kontext des so genannten erfolgreichen Alterns sind körperliche und geistige Gesundheit, funktionelle Kapazität, Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden zentrale Themen der Forschung (Kruse & Wahl 1999a; Lehr 1996). Die Entwicklung des jungen Alters (der 60- und 70-Jährigen) wird mitunter als Erfolgsgeschichte der Gerontologie bezeichnet, die sich nachdrücklich um eine positive Sicht des Alterns bemühte. Untersuchungen in den Industrienationen konnten eindrucksvolle Verbesserungen in der psychologischen Funktionstüchtigkeit und Gesundheit dieser Altersgruppe im Vergleich zu früheren Kohorten Älterer nachweisen (siehe auch Kapitel 3.5). Ob diese Entwicklung auch für das hohe Alter ab dem 80. Lebensjahr gelten kann, ist noch offen, obwohl die gegenwärtige Bilanz weniger optimistisch ist. Und obwohl man sich im Allgemeinen einig ist, dass gegenwärtige und zukünftige Kohorten älterer Menschen im Mittel eine höhere Lebenserwartung haben als frühere Generationen, besteht Uneinigkeit über die Lebensqualität der zusätzlichen Jahre (Smith & Zank 2001).

In dieser Debatte gibt es zwei Hauptströmungen. Eine prognostiziert, dass diese zusätzlichen Lebensjahre für die meisten Menschen durch gute Lebensqualität geprägt sein werden. Zum Teil mag dieses positive Ergebnis auf Prozesse im Zusammenhang mit der Plastizität des Alterns zurückzuführen sein: Alterungsprozesse könnten im interaktiven Kontext von langlebigkeitsfördernden Umwelten verlangsamt oder verzögert werden (z. B. Finch 1998; Rowe & Kahn 1987). Die andere Perspektive ist negativer. Sie geht davon aus, dass die gewonnenen Lebensjahre durch Gebrechlichkeit, Beeinträchtigungen, Multimorbidität, Verlust der Autonomie und der Identität geprägt sein werden. Da die Gerontologie eine relativ junge Forschungsdisziplin ist, ist ein Ende dieser Debatte nicht in Sicht.

In dieser Situation ist es aufschlussreich zu erfahren, inwieweit gerontologische Forschung Hochaltrigkeit behandelt und welche Themenbereiche dabei abgedeckt werden. Im Einzelnen soll untersucht werden:

- Welche Fragestellungen dominieren die bisher durchgeführten empirischen Forschungsprojekte zum Thema Hochaltrigkeit?
- Welche Forschungseinrichtungen und Institute sind auf dem Gebiet der Hochaltrigenforschung in Deutschland tätig?
- Welchen Stellenwert haben spezifische Fragestellungen der Hochaltrigkeit innerhalb der allgemeinen Altersforschung in Deutschland?

- Lassen sich bei der Auswahl der Fragestellungen für empirische Forschungsprojekte zur Hochaltrigkeit in Deutschland besondere Schwerpunkte und eventuelle Defizite im internationalen Vergleich feststellen?
- Welche Forschungsaktivitäten gibt es auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen?

Um diese Fragen zu beantworten, haben wir – bezogen auf die letzten zehn Jahre – Forschungsaktivitäten dokumentiert, die hauptsächlich auf den Recherchen von Smith & Zank (2001) und Förstl et al. (2001) sowie auf eigenen Erhebungen basieren:

- Auf der Grundlage einer Auswertung zentraler gerontologischer Fachzeitschriften geben wir eine Zusammenfassung der bisherigen Forschung in Deutschland und vergleichen diese mit dem Themenspektrum ausgewählter englischsprachiger Zeitschriften.
- Es werden die wichtigsten Forschungsprojekte vorgestellt, die in Deutschland auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit vorliegen.
- Es wird ein Überblick zur nationalen und internationalen Forschungslage auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen gegeben.
- Schließlich wird die bisherige Forschung in Bezug auf inhaltliche und methodische Aspekte bewertet, um daraus Vorschläge für künftige Forschungsförderung und -organisation abzuleiten.

2.2 Forschung zum vierten Lebensalter in Deutschland: Themenübersicht, Forschungseinrichtungen und ausgewählte Projekte

2.2.1 In vier deutschen Fachzeitschriften vertretene Themen

Auch bei einer Beschränkung auf Hochaltrigkeit ist es eine schwer lösbare Aufgabe, einen Überblick über alle Forschungsaspekte zu geben, vor allem weil die Gerontologie ein multidisziplinäres Feld ist und multiple Ebenen hat, sogar innerhalb der einzelnen Disziplinen (Birren 1999; Zglinicki 2000). Dieser Überblick ist auf Material beschränkt, das veröffentlicht wurde und für Smith und Zank (2001) gut verfügbar war. Sie konzentrieren sich auf Forschungsergebnisse, die hauptsächlich in übergreifenden gerontologischen Fachzeitschriften und nicht in individuellen disziplinspezifischen Zeitschriften veröffentlicht wurden. Eine Recherche in neurowissenschaftlichen, medizinischen, biologischen, soziologischen, epidemiologischen oder sozialpolitischen Zeitschriften hätte wahrscheinlich ein anderes Bild ergeben. Auch ist zu beachten, dass in Deutschland durchgeführte gerontologische Forschung vielfach auch oder sogar in erster Linie in eng-

lischsprachigen Zeitschriften publiziert wird (was gerade auch für die international besonders konkurrenzfähigen Forschungsarbeiten gilt), sodass die nachfolgende Übersicht keinesfalls den Anspruch auf eine repräsentative oder gar vollständige Darstellung der gerontologischen Forschungslandschaft in Deutschland erheben kann.

Der Überblick über die deutschen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit bezieht sich auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

- „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,458)
- „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“
- „Der Nervenarzt“ (ISI 2000 Journal impact factor = 0,641)
- „Pflege“

Diese Zeitschriften stellen zentrale Organe verschiedener deutscher, mit Gerontologie, Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft befasster Gesellschaften dar. Allerdings wird nur ein Teil der Forschungsergebnisse der in Deutschland tätigen Vertreterinnen und Vertreter dieser Disziplinen in diesen Fachzeitschriften veröffentlicht, und auch nur ein Teil in deutschsprachigen Organen über-

haupt. Anzumerken ist ferner, dass die „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ und „Pflege“ nicht in den entsprechenden ISI-Ausgaben aufgelistet waren, sodass es nicht möglich ist, „Journal impact factors“ für sie anzugeben.

Die Zeitschriften wurden mithilfe der PsycInfo- und Medline-Datenbanken nach im Zeitraum von 1990 bis 2000/2001 erschienenen Artikeln durchsucht, die den Schlüsselbegriff „very old“ aufwiesen. Der Suchprozess in Literaturdatenbanken wird durch Begriffe geleitet, die in Artikeltiteln, Zusammenfassungen und/oder unter den Schlüsselbegriffen vorkommen, die von Autoren oder Herausgebern bzw. Datenbankredakteuren vorgegeben werden. Beiträge von Autoren, die keine spezifischen Altersangaben zu ihren Studienteilnehmern machten, blieben unberücksichtigt. Die Recherche konzentriert sich vor allem auf Berichte zu empirischer Forschung und nicht auf Übersichtsartikel. Die Beiträge mit genügend hochaltrigen Teilnehmern wurden ausgewählt und einer Analyse des Inhalts, der Art des Studiendesigns, der Stichprobengröße, der eingesetzten Erhebungsinstrumente und der Forschungsqualität unterzogen. Tabelle 2-1 gibt einen Überblick über die Anzahl von Publikationen, die sich mit Hochaltrigen beschäftigen. Außerdem wurden die Artikel ausgewählten Inhaltsbereichen zugeordnet.

Tabelle 2-1

Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen Fachzeitschriften

Inhaltsanalyse	Gerontologie und Geriatrie	Gerontopsychologie und -psychiatrie	Der Nervenarzt	Pflege
Untersuchte Jahrgänge	1990–2000	1992–1999	1990–2000	1995–2000
Gesamtzahl der publizierten Artikel	572	236	1563	260
Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige ¹	49 (9 %)	23 (10 %)	9 (< 1 %)	9 (4 %)
Inhaltsbereiche ²				
Gesundheit : – Krankheiten	20 (41 %)	1 (4 %)	–	–
– funktionelle Gesundheit	8 (16 %)	3 (13 %)	–	–
– Psychiatrie	3 (6 %)	1 (4 %)	4 (45 %)	–
Rehabilitation	2 (4 %)	–	–	–
Demenz	3 (6 %)	1 (4 %)	4 (45 %)	–
Depression	–	1 (4 %)	1 (10 %)	–
Kognition	3 (6 %)	12 (52 %)	–	–
Pflege: – Organisation/Kosten	3 (6 %)	1 (4 %)	–	4 (45 %)
– „Caregiving“	–	2 (9 %)	–	4 (45 %)
Soziales Netzwerk	1 (2 %)	3 (13 %)	–	–
Selbst und Persönlichkeit	2 (4 %)	2 (9 %)	–	–
Wohlbefinden	–	3 (13 %)	–	–
Finanzen (Rente etc.)	1 (2 %)	1 (4 %)	–	–
Recht	–	–	–	–
Sonstiges	3 (6 %)	5 (22 %)	–	1 (10 %)

¹ Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigten in % aller im betrachteten Zeitraum publizierten Artikel.

² Behandelte Inhaltsbereiche (in % der Beiträge, die sich mit Hochaltrigkeit beschäftigen, Mehrfachzuordnungen möglich).

Quelle: Smith, Jacqui & Zank 2001.

Tabelle 2-1 verdeutlicht, dass nur ein sehr kleiner Anteil aller 1990 bis 2000 in den vier untersuchten deutschen gerontologischen Zeitschriften erschienenen Beiträge auf empirische Forschung zur Hochaltrigkeit einging. Bei den Zeitschriften „Pflege“ (4 %) und „Der Nervenarzt“ (unter 1 %) ist der Anteil der Arbeiten mit einem Schwerpunkt auf Hochaltrigkeit sehr niedrig. Bei den beiden gerontologischen Zeitschriften liegt der entsprechende Anteil bei 9 bzw. 10 %. Dieser Befund ist um so überraschender in Anbetracht der Tatsache, dass diese Zeitschriften gerade wegen ihres Fokus auf dem hohen Alter ausgewählt wurden. Die Mehrzahl der Publikationen in diesen Zeitschriften beschäftigt sich zwar mit Themen, die im höchsten Alter relevant sind (z. B. Demenz, Behinderung, Gesundheit, Pflege und Alltagskompetenz), präsentiert aber Forschungsergebnisse, die auf Datenerhebungen bei jungen Alten beruhen.

Unter den Beiträgen zum höchsten Alter in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ gehen 41 % auf spezifische Erkrankungen und medizinische Therapien ein. Klinische Forschung steht bei 38 % und epidemiologische Forschung bei 10 % im Mittelpunkt. Methodisch gesehen sind korrelative und deskriptive Analysen in der Mehrheit. Probleme im Zusammenhang mit dem geriatrischen Assessment und der Medikation sowie Gesundheitskosten und Krankenhausaufenthalte sind Schwerpunktthemen. Beiträge zu Sozialleben und Wohlbefinden im hohen Alter sind rar. Ein Artikel geht auf den Lebenskontext im letzten Lebensjahr ein (Bickel 1998). Ein Anteil von 12 % der Artikel berichtet über Daten aus anderen Ländern.

Zum Thema Rehabilitation können nur zwei Studien identifiziert werden, beide wurden in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ veröffentlicht (Clausen & Lucke 1998; Herrmann, R. & Meier-Baumgartner 1999). Darüber hinaus gibt es eine Arbeit in der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ zur Evaluation eines computergestützten kognitiven Trainings mit hochaltrigen Patientinnen und Patienten eines geriatrischen Krankenhauses, das nach unserer Klassifikation unter der Rubrik „Kognition“ verbucht wurde (Ott-Chervet et al. 1998).

Das Thema Demenz wird in der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ dreimal sowie in der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ einmal adressiert. In der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ sind es vier von neun Publikationen, die alle über Daten der Berliner Altersstudie berichten.

In der „Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie“ wurden zwölf von 23 Studien zu Hochaltrigen dem Thema Kognition zugeordnet. Elf dieser Artikel berichten Anlage und Ergebnisse einer umfangreichen Grundlagen- und Interventionsstudie zu „Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter“ (SIMA, Oswald, W.D. et al. 1992).

Den Inhaltsbereich Pflege behandeln sechs Arbeiten der gerontologischen Fachzeitschriften. Hierbei beschäftigen sich zwei Arbeiten mit Fragen zur Evaluation gerontopsychiatrischer Versorgung (Gutzmann et al. 2000;

Klostermann et al. 1998), die anderen Artikel betreffen allgemeine Fragen zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Auffällig ist das vollständige Fehlen von Arbeiten zu pflegenden Angehörigen.

Die Zeitschrift „Pflege“ haben Smith und Zank (2001) in die Analyse aufgenommen, weil sie – die erste deutsche Fachzeitschrift für Pflegekräfte – als Publikationsorgan für die Pflegewissenschaften bedeutsam ist. In den untersuchten fünf Jahrgängen wurden insgesamt 260 Arbeiten publiziert, hiervon neun Studien (4 %) zu Hochaltrigen. Berücksichtigt man alle Arbeiten zu Personen über 65 Jahren, dann sind es 23 (9 %) Publikationen. Es handelt sich also um eine Zeitschrift, in der gerontologische Themen selten vorkommen.

Bei dem Überblick zu internationalen Forschungsaktivitäten zur Hochaltrigkeit konzentrierten sich Smith und Zank (2001) auf die folgenden vier Zeitschriften zur Grundlagen- und anwendungsbezogenen Forschung:

- „Psychology and Aging“ (ISI Journal impact factor 2000: 2,66)
- „The Gerontologist“ (ISI Journal impact factor 2000: 1,95)
- „Journals of Gerontology“ (ISI Journal impact factor 2000: A 1,54/ B 1,20)
- „Aging and Mental Health“ (ISI Journal impact factor 2000: 0,73)

Diese Zeitschriften sind die zentralen Publikationsorgane verschiedener gerontologie-assoziierter Gesellschaften (Gerontological Society of America und Division 20 der American Psychological Association, die sich mit dem Erwachsenenalter und dem Altern beschäftigt). Die „Journals of Gerontology“ enthalten Artikel aus vier Disziplinen: Biologie, Medizin, Psychologie und Soziologie. Die Auswahl der Beiträge und die Zuordnung zu den Inhaltsbereichen erfolgte in gleicher Weise wie bei den deutschsprachigen Zeitschriften (Tabelle 2-2).

Aus Tabelle 2-2 geht hervor, dass es bezogen auf alle gerontologischen Studien anteilig mehr Arbeiten zu sehr alten Menschen in den internationalen (7 %) als in den deutschen Publikationsorganen (3,5 %) gibt. In Bezug auf die Inhaltsbereiche zeigt sich, dass in den deutschen Fachzeitschriften häufiger der Inhaltsbereich „Krankheit“ thematisiert wird, in den englischsprachigen Publikationen stehen dagegen die Bereiche „funktionelle Gesundheit“, „Demenz“ und „Depression“ im Vordergrund.

2.2.2 Übersicht der Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf das Altern konzentrieren

Mithilfe von Internetrecherchen wurden 190 Forschungseinrichtungen identifiziert, die sich in Deutschland mit dem Altern beschäftigen. Diese Liste ist wahrscheinlich unvollständig, weil beispielsweise nicht alle Forschungsgruppen eine eigene Website haben. Wir schätzen, dass

Tabelle 2-2

Zusammenfassung der Ergebnisse der Inhaltsanalyse von vier deutschen und vier internationalen (englischsprachigen) Fachzeitschriften

Inhaltsanalyse	Deutsche Fachzeitschriften “Gerontologie und Geriatrie“ “Gerontopsychologie und -psychiatrie“ “Der Nervenarzt“ “Pflege“	Englischsprachige Fachzeitschriften “Psychology and Aging“ “Journals of Gerontology“ “The Gerontologist“ “Aging and Mental Health“
Untersuchte Jahrgänge	1990–2000 ¹	1990–2000 ²
Gesamtzahl der publizierten Artikel	2.631	3.966
Zahl (%) der Arbeiten über Hochaltrige	90 (3,5 %) ³	285 (7 %) ³
Inhaltsbereiche	Anzahl der Beiträge die einzelne Inhaltsbereiche behandeln ⁴	
Gesundheit : – Krankheiten	21 (23 %)	12 (4 %)
– funktionelle Gesundheit	11 (12 %)	48 (17 %)
– Psychiatrie	8 (9 %)	15 (5 %)
Rehabilitation	2 (2 %)	5 (2 %)
Demenz	8 (9 %)	45 (16 %)
Depression	2 (2 %)	26 (9 %)
Kognition	15 (16 %)	40 (14 %)
Pflege: – Organisation/Kosten	8 (9 %)	21 (7 %)
– „Caregiving“	6 (7 %)	20 (7 %)
Soziales Netzwerk	4 (4 %)	22 (8 %)
Selbst und Persönlichkeit	4 (4 %)	24 (8 %)
Wohlbefinden	3 (3 %)	9 (3 %)
Finanzen (Rente etc.)	2 (2 %)	1 (<1 %)
Recht	–	–
Sonstiges	9 (10 %)	17 (6 %)

¹ Außer: „Gerontopsychologie und -psychiatrie“: 1992–1999 und „Pflege“: 1995–2000.

² Außer: „Journals of Gerontology“: 1990–2001 und „Aging and Mental Health“: 1997–2000.

³ Prozentanteil der im betrachteten Zeitraum publizierten Beiträge, die sich mit Themen der Hochaltrigkeit beschäftigen.

⁴ Prozentwerte in Klammern addieren sich zu mehr als 100 %, weil Mehrfachzuordnungen möglich sind.

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Angaben in Smith, Jacqui & Zank 2001.

sich weniger als 10 % der Forschungseinrichtungen mit Hochaltrigen beschäftigen. Diese Gruppen sind vor allem in sechs Regionen lokalisiert, nämlich Berlin, Heidelberg, Rostock, Mannheim, Ulm und Leipzig. Nach Einschätzung von Smith und Zank (2001) sind die Kontakte und der Austausch zwischen den Wissenschaftlern dieser Gruppen relativ beschränkt. Es gibt kein System wie die MacArthur Networks in den USA, die Diskussionen und Kommunikation unter Wissenschaftlern anregen, die sich auf das gleiche Gebiet spezialisiert haben.

Es war ein Ziel des Fünften Rahmenprogramms der EU, solche Netzwerke für folgende fünf Forschungsbereiche zu etablieren:

1. Altersbedingte Krankheiten und Gesundheitsprobleme mit hoher Erkrankungsrate.
2. Ausschlaggebende biologische, psychologische, soziale und wirtschaftliche Faktoren des Älterwerdens bei guter Gesundheit und die zu Behinderung führenden Mechanismen.
3. Demographische und epidemiologische Forschung von alterungs- und behinderungsbezogenen Trends.
4. Neue Konzepte zur Hinauszögerung des Beginns funktioneller Einschränkungen, zur Verringerung von Problemen, die das soziale Umfeld und die Umwelt an Senioren stellen.
5. Effektive und effiziente Erbringung von Gesundheitsdiensten und sozialen Pflegediensten für Seniorinnen und Senioren, einschließlich vergleichender Forschung über die Finanzierung von Langzeitpflege und Renten.

Einige deutsche Institutionen sind in das Fünfte Rahmenprogramm der EU eingebunden. Beispiele sind das EU-RODEM-Netzwerk zur Epidemiologie der Demenzen, das EU-GERON-Netzwerk, das eine europaweite Längsschnittstudie zum Altern (EXCELSA) entwickelt und das „Survey of Health, Aging and Retirement in Europe“ (SHARE), das vom Mannheimer Forschungsinstitut Ökonomie und Sozialer Wandel koordiniert wird. Deutsche Mitglieder dieser Netzwerke legen im Allgemeinen keinen Forschungsschwerpunkt auf Hochaltrige.

Soweit wir wissen, gibt es kein multidisziplinäres Sonderforschungsprogramm, das sich mit Hochaltrigkeit beschäftigt. Das 1998 etablierte und von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierte Graduiertenkolleg „Psychologisch-Medizinische Gerontologie: Psychische Potenziale und ihre Grenzen im Alter“ an der Freien Universität Berlin bietet aber einen Kontext, in dem junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus den Bereichen Medizin und Psychologie gerontologische Forschung zur Erlangung ihrer Promotion betreiben können. Dieses Programm ist mit der Berliner Altersstudie assoziiert. Dennoch ist sogar innerhalb dieses Kollegs die Anzahl der gegenwärtigen Dissertationsprojekte zum vierten Lebensalter gering.

Die Einschätzung von Smith und Zank (2001), dass nur 10 % der 190 Forschungseinrichtungen einen Schwerpunkt auf Hochaltrige legen, mag auf den ersten Blick niedrig scheinen. Wenn man sie jedoch im Zusammenhang mit anderen Bewertungen der Struktur gerontologischer Forschung und der geriatrischen und gerontopsychiatrischen Ausbildung in Deutschland betrachtet, wird unsere Einschätzung plausibel. Mittelstraß et al. (1992) stellten fest, dass es im Vergleich zu den USA in Deutschland an Initiativen zur Etablierung von Gerontologiezentren an Universitäten, zur Institutionalisierung und Finanzierung von gerontologischer Forschung und zur Verbesserung gerontologischer Ausbildung mangelte. Acht Jahre später kommt von Zglinicki (2000) zu einer ähnlichen Einschätzung: „there are no institutionalized modern biogerontological research facilities in all Germany“ (S. 267).

Nikolaus (1998) ist sehr kritisch, was die Situation der geriatrischen Ausbildung anlangt. In einer Befragung von 34 medizinischen Fakultäten fanden sich nur fünf (15 %) mit C4-Professuren für Geriatrie (Humboldt-Universität zu Berlin, Ruhr-Universität Bochum, Universität Erlangen, Universität Ulm und Universität Witten/Herdecke), nur eine (3 %) mit einer C3-Professur für Geriatrie innerhalb der Inneren Medizin (Universität Leipzig) und zwei (6 %) mit C3-Professuren für Gerontopsychiatrie (Freie Universität Berlin und Universität Göttingen). Diese Situation mag sich über die letzten zwei Jahre geändert haben. Nikolaus stellte jedenfalls fest (1998: 280): „So zeigte die Befragung deutlich, dass entgegen den Forderungen, die bereits im ‚Ersten Altenbericht‘ des Bundesministeriums für Familie und Senioren aufgestellt wurden und im Zwischenbericht der Enquete-Kommission ‚Demographischer Wandel‘ wiederholt wurden, geriatrische Inhalte in der medizinischen Ausbildung nur unzureichend berück-

sichtigt werden und die Forderung nach Schaffung von Geriatrielehrstühlen und interdisziplinärer geriatrischer Forschung nur in Ansätzen umgesetzt ist.“ (siehe auch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1993; Deutscher Bundestag 1994).

2.2.3 Darstellung ausgewählter Projekte in Deutschland und einige ihrer zentralen Befunde zum vierten Lebensalter

Um zusätzliche Informationen zu Forschungsaktivitäten zu geben, stellten Smith und Zank (2001) eine Liste von Studien zu Alter und Altern zusammen. Die in Tabelle 2-3 zusammengefasste Information erlaubt einen ersten allgemeinen Eindruck, inwieweit bekannte deutsche Untersuchungen gegenwärtige Kohorten hochaltriger Menschen in ihren Stichproben repräsentieren. Anzumerken ist, dass sich die Angaben des Prozentanteils der 85-jährigen und älteren Teilnehmerinnen und Teilnehmer nur auf den ersten Messzeitpunkt (bei Aufnahme in die Studie) der verschiedenen Längsschnittstudien bezieht. Im Laufe der Zeit mögen die jeweiligen Studien mehr Hochaltrige untersucht haben. Nichtsdestotrotz ist es interessant festzustellen, dass viele der großen und bekannten Altersprojekte vor allem Stichproben Mittelaltriger und junger Alter gewählt haben (z. B. der Alters-Survey, BOLSA und ILSE).

Zwölf der in Tabelle 2-3 aufgeführten 19 Untersuchungen beziehen das vierte Lebensalter ein (letzte Tabellenspalte). Drei von ihnen beschäftigen sich ausschließlich mit 100-Jährigen und bieten vor allem deskriptive Daten. Nur die Berliner Altersstudie und die Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA+75) sowie die saarlandweite ESTHER-Studie erheben Längsschnittdaten zu Themen der Grundlagenforschung wie beispielsweise den Übergang vom dritten zum vierten Lebensalter. Wesentliche Beiträge zur Hochaltrigkeitsforschung sind auch von dem Health Longevity Survey zu erwarten.

2.2.4 Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet demenzieller Erkrankungen

2.2.4.1 Trends wissenschaftlicher Arbeit im Spiegel der Publikationen

Weltweit ist eine erhebliche Zunahme der Forschungsaktivitäten auf dem Gebiet der Demenz zu beobachten. Während 1999 im Publikationsverzeichnis „Medline“ der amerikanischen Nationalbibliothek unter dem Schlagwort „Demenz“ 4 244 Arbeiten verzeichnet waren, stieg die Anzahl im Jahr 2000 auf 5 803 und hat Anfang November 2001 bereits die Zahl 6 804 erreicht. Die deutsche Forschung hat daran nur einen sehr geringen Anteil. Förstl et al. (2001) führten eine Recherche mithilfe eines anderen Dokumentationssystems (Excerpta Medica) durch: Danach wurden von 1991 bis 1999 weit mehr als 20 000 wissenschaftliche Arbeiten zu den Stichworten „Demenz“ und/oder „Alzheimerkrankheit“ publiziert. Die jährliche Steigerungsrate der Publikationen betrug etwa 10 % und war in den Grundlagenwissenschaften höher als bei den klinischen Studien. 40 % der Publikationen stammte aus

Übersicht ausgewählter veröffentlichter Studien des Alter(n)s in Deutschland unter Einbeziehung des vierten Lebensalters (85+ Jahre)

Nr.	Studienname Autoren	Jahr	Stichprobentyp	N	Geburts- kohorten	Altersspanne/ Mittelwert	Anteil 85 +	Frauen- anteil	4. Lebensalter
1	BOLSA: Bonner Längsschnittstudie Lehr & Thomae 1987	1965–84	Zufalls- (5 Städte) + Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	222	1890–95 1900–05	60–75	0 %	46 %	Nein
2	Alters-Survey Kohli & Künemund 2000	1996	Repräsentativ (Deutschland)	4.838	1911–56	40–85	0 %	50 %	Nein
3	SIMA Oswald, W.D. et al. 1992	1991– heute	Gelegenheitsstichprobe Screening; Läng sschnitt; Intervention	417	1899–1917	75–93 M = 79	ca. 15 %	67 %	Nein
4	GSOEP: German Socio - Economic Panel Projektgruppe Sozio-oekono- mischs Panel (SOEP) 1995	1984– heute	Repräsentativ; Längsschnittunter- suchung privater Haushalte in Deutschland	12.290	1882–	16–98	1 %	50%	Nein
5	OASIS: Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Inter- generational Family Solidarity Motel-Klingebiel et al. 2001 Tesch-Römer et al. 2000	2000– heute	Repräsentativ (Norwegen, Spanien, Großbritannien, Israel, Deutschland, städtische Regionen)	6.132	1900–1975	25–100	ca. 7 %	58 % (bei 85+; 68 %)	Ja
6	ILSE: Interdisziplinäre Langsschnittstudie des Erwachsenalters Rudinger et al. 1991 Martin, P. et al. 2000	1993– heute	Zufallsstichprobe (5 Städte)	1.394	1930–32 1950–52	43–64	0 %	50 %	Nein
7	ESTHER: Epidemiologische Längsschnittstudie Brenner et al. 2000	2000– heute	Teilnehmer an Gesundheits-Checkups (Saarland, landesweit)	14.000	1925–1951	50–75	0 %	50 %	Nach mehrjährigem Follow-up
8	BASE: Berliner Altersstudie Mayer, K. U. & Baltes 1996 Baltes, P.B. & Mayer 1999	1990– heute	Repräsentativ (Berlin); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt	516	1887–1922	70–100+ M = 85	50 % (258)	50 % (258)	Ja
9	Würzburger Hundertjährigen-Studie	1973–83	Gelegenheitsstichprobe	575	1873–83	100–111	100 %	71 %	Ja

Tabelle 2-3

Nr.	Studienname Autoren	Jahr	Stichprobentyp	N	Geburts- kohorten	Altersspanne/ Mittelwert	Anteil 85 +	Frauen- anteil	4. Lebensalter
10	Köln-Bonner Hundertjährigen-Studie Lehr 1991; Terinde 1988; Rott 1999	1987/88	Gelegenheitsstichprobe	48	1886–1988	100+	100 %	80 %	Ja
11	Heidelberger Hundertjährigen-Studie Rott et al. 2001	2000– heute	Repräsentativ (Region Heidelberg)	91	1900/1901	100	100 %	85 %	Ja
12	Healthy Longevity Survey (Rostock/ China)* Research Group of Healthy Longevity in China 2000	1998– heute	Repräsentativ (22 Provinzen); geschichtet nach Alter und Geschlecht; Längsschnitt	8.961	1890–1908	106+: n = 156 100–105: n = 2274 80–99: n = 6687	80 %	50 %	Ja
13	Das letzte Lebensjahr: Mannheim Bickel 1998	1991–93	Repräsentativ; Zufallsauswahl von Verstorbenen	1.122	?	65–108 M = 80	39 %	59 %	Ja
14	Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (LEILA+75) Riedel-Heller et al. 2001	?	Repräsentativ (Leipzig - Süd)	1.692	?	75–99 M = 86,8	ca. 70 %	83 %	Ja
15	Interventionsprogramm für Pfleger in Altenheimen Baltes, M. M. et al. 1994	1988/91	Gelegenheitsstichprobe Prä-/Posttest	106	1896–1913	68–91 M = 83	50 %	95 %	Ja
16	Depression und Demenz in Pflegeheimen Weyerer et al. 1995	1988	Repräsentativ	542	1893–1923	65–95 M = 82	ca. 50 %	88 %	Ja
17	Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen Schneekloth & Müller 1997	1994	Repräsentativ	3.015	1894–1944	50–100	43 %	79 %	Ja
18	Interventionen im Heim Saup & Schröppel 1993	1989/92	Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	160	?	73–89 M = 82	ca. 50 %	100 %	Ja
19	Evaluation von Tagespflege Zank & Schucke 2001	1994/98	Gelegenheitsstichprobe Längsschnitt	148	1903–1929	65–91 M = 79	27 %	74 %	Ja

Anmerkung: Stichprobengröße (N), Alters- und Geschlechtsverteilung und Einbeziehung des vierten Lebensalters beziehen sich jeweils auf den ersten Messzeitpunkt.
Diese Daten werden in China erhoben. Einer der leitenden Wissenschaftler ist in Deutschland angesiedelt. Das Projekt wird z. T. durch die Max-Planck-Gesellschaft finanziert.

den Vereinigten Staaten, 10 % aus Großbritannien, 7 % aus Japan, 5 % aus der Bundesrepublik Deutschland, 4 % aus Frankreich und jeweils 3 % aus Italien, Schweden und den Niederlanden. Eine im November 2001 von der Kommission durchgeführte Medline-Recherche nach nationalen Forschungsanteilen zeigte vergleichbare Ergebnisse: auf eine Demenzstudie mit deutscher Beteiligung kommen drei mit britischer und 20 mit amerikanischer Beteiligung (Abbildung 2-1).

Im internationalen Vergleich spielt die Demenzforschung in Deutschland somit quantitativ nur eine marginale Rolle. Dass hier ein generelles gerontologisches Forschungsdefizit vorliegt, wird deutlich, wenn man statt „dementia“ „aging“ als Suchkriterium verwendet: mehr als 80 amerikanischen Arbeiten steht eine deutsche gegenüber. Dieses Ergebnis bestätigt die Einschätzung von Zglinicki (2000) im Bereich der biomedizinischen Altersforschung. Danach befindet sich Deutschland, wenn Forschungsproduktivität und ökonomische Leistungsfähigkeit zueinander in Beziehung gesetzt werden, im Verhältnis zu anderen Ländern an letzter Stelle (Zglinicki 2000; Rangfolge: USA, Niederlande, Kanada, Skandinavien, Spanien, Italien, Großbritannien, Frankreich, Japan, Deutschland).

2.2.4.2 Forschungseinrichtungen in Deutschland, die sich auf Demenz konzentrieren

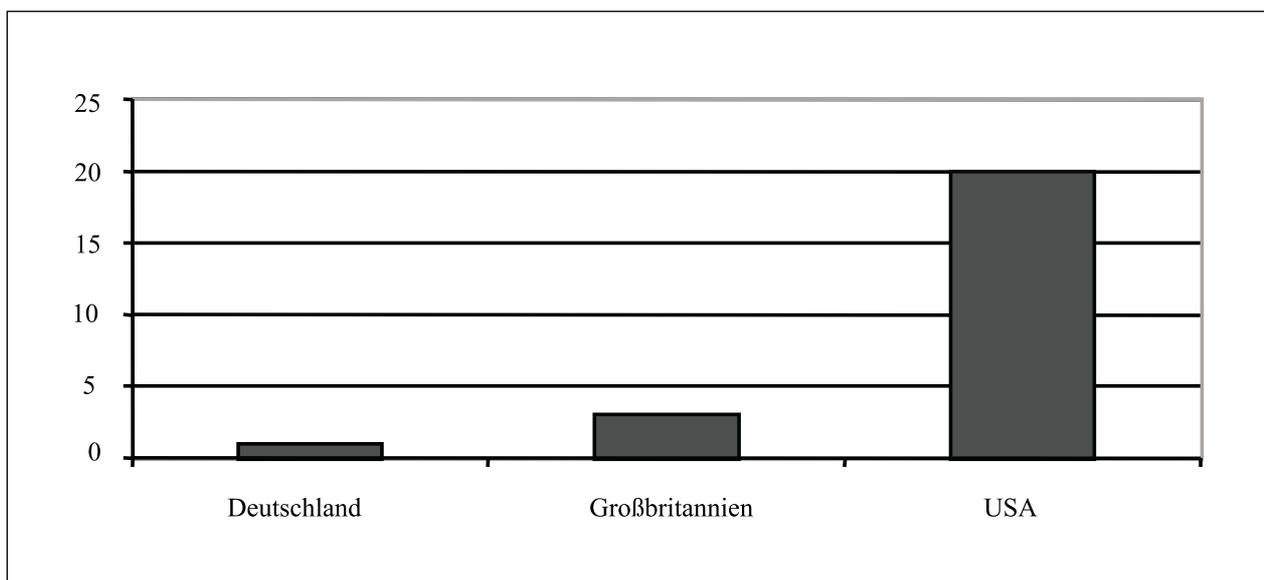
Ziel dieses Abschnitts ist es, eine aktuelle und möglichst umfassende Zusammenstellung von Instituten, Kliniken, Forschungseinrichtungen und Personen zu präsentieren,

die sich wissenschaftlich mit dem Thema Demenz beschäftigen. Zu diesem Zweck wurde eine Internetrecherche durchgeführt. Die Schwerpunkte lagen dabei auf der Suche in Homepages von Universitäten und Max-Planck-Instituten. Auch kommerzielle Suchmaschinen (z. B. „Google“) kamen zur Anwendung. In einigen Universitäten konnte man eine Forschungsdatenbank zur Suche nach Projekten und Arbeitsgruppen nutzen, aber bei den meisten Einrichtungen mussten Recherchen bei den infrage kommenden Fachbereichen (vor allem Biologie, Chemie, Pharmazie, Psychologie, Soziologie, Medizin) durchgeführt werden. Nachdem die Namen und Adressen der Wissenschaftler erfasst worden waren, wurde über alle im Science Citation Index erfassten Jahre (SCI, <http://isi.digibib-nrw.de>) die Anzahl ihrer Publikationen (Zeitschriften-Artikel, Reviews, meeting-reports; keine Buchkapitel) zum Thema Demenz und die Anzahl der Zitierungen dieser Arbeiten festgestellt. Bei der Suche wurden alle Disziplinen berücksichtigt, die sich mit Demenzforschung befassen, u. a. Molekularbiologie, Neuropsychologie, Epidemiologie, Pflege, Bildgebung. Die Recherche umfasste alle Demenzformen, wobei in den Suchergebnissen – entsprechend ihrer epidemiologischen Bedeutung – ein Übergewicht zugunsten der Alzheimer-Krankheit gefunden wurde.

Die Selbstdarstellungen der Einrichtungen in ihren Publikationen sind in Umfang und Darstellung der eigenen Arbeit oft äußerst unterschiedlich, was ebenfalls zu Verzerrungen der Ergebnisse führen kann. Im Bereich der Demenzforschung wurden publizierende Forscher mit ihren Arbeitsschwerpunkten (Grundlagenforschung, Diagnostik,

Abbildung 2-1

Vergleich der Publikationsanzahl auf dem Gebiet der Demenz in verschiedenen Ländern



Quelle: Smith & Zank 2001 und eigene Recherche.

Therapie, Versorgung) erfasst. Bei der Schwerpunktfindung diente meist die am häufigsten zitierte Arbeit als Kriterium. Bei vielen Forschern sind Demenzthemen der zentrale Forschungsgegenstand.

In der sicherlich auch nach sorgfältiger Recherche nicht vollständigen Auflistung wurden 124 Forscherinnen und Forscher in Deutschland identifiziert, die mindestens eine Arbeit zur Demenz publiziert haben. Bei dieser im internationalen Vergleich sehr kleinen Gruppe finden sich teilweise qualitativ hochwertige Arbeiten in englischsprachigen Zeitschriften mit hohem Impact-factor (Zglinicki 2000). Regionale Schwerpunkte mit mindestens zehn Forschenden

finden sich in Berlin, Düsseldorf, Leipzig und München (Tabelle 2-4).

Eine grobe Unterteilung in Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Versorgung anhand einer Einschätzung der Publikationsthemen soll hier nur als Orientierung dienen. Es zeigt sich, dass eine klare Mehrheit der Forscherinnen und Forscher (81) in dem Bereich Grundlagenforschung arbeitet. Mit deutlichem Abstand folgen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der Diagnostik (28), der Therapie (12) und der Versorgung (3) Demenzkranker tätig sind.

Tabelle 2-4

Demenzforschung in Deutschland

Ort	Anzahl erfasster Forscherder	Vorhandene Forschungsbereiche (erfasste Forschende)				Mitwirkung in Gremien		Teilnahme MedNet Demenz
		Grundlagen	Diagnostik	Therapie	Versorgung	National	International	
Bad Aibling	1	–	1	–	–	–	–	–
Berlin	11	6	2	3	–	2	1	+
Bochum	5	4	1	–	–	–	–	–
Bonn	3	2	1	–	–	1	1	+
Düsseldorf	10	5	3	1	1	1	2	+
Erlangen	6	2	2	2	–	–	–	+
Frankfurt a.M.	6	4	1	1	–	2	1	+
Freiburg	4	3	1	–	–	–	–	+
Göttingen	6	4	1	1	–	–	–	+
Hamburg	6	6	–	–	–	–	–	+
Heidelberg	8	4	3	–	1	–	–	+
Homburg/Saar	2	1	–	1	–	2	–	–
Karlsruhe	0	–	–	–	–	2	–	–
Köln	5	2	3	–	–	–	–	–
Leipzig	10	7	3	–	–	–	–	+
Mainz	0	–	–	–	–	1	–	–
Mannheim	3	1	1	1	–	–	–	+
Martinsried	6	6	–	–	–	–	–	–
München	13	11	1	–	1	1	2	+
Nürnberg	1	–	1	–	–	–	–	–
Regensburg	2	2	–	–	–	–	–	–
Rostock	1	–	–	1	–	–	–	–
Tübingen	6	5	–	1	–	–	–	–
Ulm	3	3	–	–	–	–	–	–
Werneck	1	1	–	–	–	–	–	–
Windach	1	–	1	–	–	–	1	–
Witten-Herdecke	1	1	–	–	–	–	–	–
Würzburg	2	1	1	–	–	1	–	+
Wuppertal	1	–	1	–	–	–	–	–
Gesamt	124	81	28	12	3	13	8	13

Schon in der Expertise von Förstl (2001) zum Dritten Altenbericht wurde aufgezeigt, dass in den USA – im Vergleich zu Deutschland – die achtfache Zahl von Arbeiten auf dem Gebiet der Demenz publiziert wurde. Zur Erklärung dieser großen Diskrepanz sind eine Reihe von strukturellen Unterschieden zu nennen. Während in den USA eine Vielzahl von Alzheimerforschungszentren existieren, sind solche Institutionen in Deutschland nicht vorhanden. Hier wird Demenzforschung im Wesentlichen von sehr wenigen Lehrstuhlinhabern in den Bereichen Pathologie, Biochemie, Neurologie und Psychiatrie getragen. Die gesellschaftliche Bedeutung der Demenzen hat in den Forschungsinstitutionen bisher keinen adäquaten Niederschlag gefunden. Die Forschung mit den Kranken steht weit hinter der Grundlagenforschung zurück. Die Demenzkrankheiten sind der Gerontopsychiatrie, einem Teilgebiet der Psychiatrie, zugeordnet. In anderen Bereichen wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik und der Psychotherapeutischen Medizin und der Suchtforschung finden sich Lehrstühle an den Universitäten. In dem Fach Gerontopsychiatrie gibt es keinen Lehrstuhl und derzeit auch keine C3-Professur an deutschen Universitäten. Diese Situation bietet kaum Perspektiven für eine wissenschaftliche Nachwuchsförderung.

Aktuell werden von der DFG 38 Projekte unter dem Stichwort Alzheimer, drei Projekte unter Demenz aufgeführt, wobei die Schwerpunkte auf den Gebieten der Biochemie, Biologischen Chemie, Biophysik und Molekulargenetik liegen. Projekte, die unter dem Förderungsbereich Praktische Medizin geführt werden, entstammen auch den vorgenannten Disziplinen (z. B. Identifizierung neuer Gene der Alzheimerkrankheit). In dem System FORIS sind seit 1998 15 Projekte zur Versorgung Demenzkranker aufgeführt, die außerhalb der DFG gefördert werden (http://193.175.239.23/ows-bin/owa/r.gen_form).

Aktuell plant das Bundesministerium für Bildung und Forschung für einen Zeitraum von fünf Jahren die Förderung einer Netzwerkstruktur zur Demenz. Beteiligt sind derzeit 13 Universitätsstädte (Berlin, Bonn, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt, Freiburg, Göttingen, Hamburg, Heidelberg, Leipzig, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, Technische Universität und Ludwig-Maximilian-Universität in München, Würzburg). Finanziert werden anteilmäßig am stärksten molekulargenetische Grundlagenforschung, ein Datenverarbeitungsnetz und Lehrstühle für Allgemeinmedizin für das Akquirieren von Versuchspersonen. Auf dem Gebiet der Therapiefor- schung soll mit industrieller Unterstützung eine pharmakologische Kombinationstherapie evaluiert werden.

Nationale Gremien, die sich mit Forschungsfragen zur Hochaltrigkeit und der Demenz in Deutschland beschäftigen sind:

- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychologie, (Fachgesellschaft der Gerontopsychiatrie und -psychologie),
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V.,

- Deutsche Gesellschaft für Altersforschung, (ein Zusammenschluss der Altersforscher Deutschlands),
- Hirnliga e. V., (ein Zusammenschluss der Demenzforscher Deutschlands).

Darüber hinaus gibt es eine Reihe internationaler Gruppierungen mit deutscher Beteiligung in der Leitung:

- Europäische Arbeitsgemeinschaft für Gerontopsychiatrie e. V. (EAG), (Europäische Spezialisten aus Psychiatrie und Psychologie),
- International Psychogeriatric Association (IPA), (Internationaler Zusammenschluss von Forschern und Interessierten),
- International College for Geriatric Psychopharmacology (Internationaler Zusammenschluss von Geriatrischen Therapieforschern).

2.3 Fazit: Zusammenfassung und Vorschläge für zukünftige Forschungsaktivitäten

Eine von Smith und Zank (2001) durchgeführte Recherche zeigt, dass es nur relativ wenige empirische Studien auf dem Gebiet der Hochaltrigkeit gibt: In den letzten zehn Jahren beschäftigten sich 3,5 % der in deutschen gerontologischen Zeitschriften veröffentlichten Artikel mit Hochaltrigkeit, in der englischsprachigen Literatur waren es 7 %. Von den etwa 190 gerontologischen Forschungsgruppen in Deutschland konzentrieren sich weniger als 10 % auf Hochaltrigkeit. Programme zur Nachwuchsförderung auf diesem Gebiet sind selten, und der Anteil geriatrischer/gerontologischer Forschung und Lehre an deutschen Universitäten ist gering. Es gibt auch keine multidisziplinären Forschungszentren, die einen besonderen Schwerpunkt auf das höchste Lebensalter sowie auf Demenzerkrankungen legen.

Die Mehrzahl der großen deutschen Panelstudien zum Altern geht auf Fragen im Zusammenhang mit dem mittleren Erwachsenenalter und dem dritten Lebensalter ein. Einige Länder (insbesondere Dänemark, Schweden, Finnland, Niederlande, China und USA) haben bereits Surveys und epidemiologische Studien etabliert, die Längsschnittdaten zu Veränderungen im vierten Alter für gegenwärtige Kohorten erheben und Auskünfte über folgende Kohorten hinsichtlich der Unterschiede ihres funktionellen Status und des Übergangs in das vierte Lebensalter geben werden. Diese Projekte werden in den nächsten Jahren die Vorreiter des Feldes sein. Wenn deutsche Forschungsaktivitäten auf diesem Gebiet in der Zukunft einen hohen Rang erreichen sollen, wären Wissenschaftler gut beraten, Studien zu entwerfen, die Leerstellen in der gegenwärtigen gerontologischen Forschungslandschaft füllen.

Basierend auf Statistiken zu den zentralen Themen der Publikationen zur Hochaltrigkeit in Deutschland und an-

deren Ländern konnten Smith und Zank (2001) zeigen, dass wir eigentlich recht wenig über Gesundheit, funktionelle Kapazität, Ressourcen, Interessen, Meinungen und Lebenskontexte von Menschen über 85 wissen.

Künftige Forschungsaktivitäten sollten nach Meinung der Kommission folgende Felder abdecken:

Die Population der Männer und Frauen über 85 ist heterogen – es gibt große individuelle Unterschiede in den meisten Indikatoren der Gesundheit, der psychologischen Funktionsfähigkeit und des Lebenskontextes (Baltes, P. B. & Mayer 1999). Ein wichtiges Ziel zukünftiger Forschung wird die Erklärung dieser Heterogenität sein. Dazu wird Grundlagenforschung zu einem breiten Themenspektrum benötigt, mit der besonderen Perspektive der Unterscheidung zwischen „normalem“ und „pathologischem“ Altern im vierten Lebensalter. Ein besseres Verständnis der normalen, pathologischen und prädiktiven Faktoren der Alternsprozesse im vierten Lebensalter (und ihrer Ursachen in früheren Jahren) wird die Implementierung von Präventions- und Interventionsstrategien ermöglichen, die zu mehr Jahren guter Lebensqualität beitragen könnten, also zu „aktiver“ Lebenserwartung im Gegensatz zu „inaktiver“ oder beeinträchtigter Lebenserwartung.

Es besteht in Deutschland ein Defizit in der anwendungsbezogenen Forschung bei Hochaltrigen. Ein Grund liegt darin, dass der Ausbau der Pflegewissenschaften aus gerontologischer Perspektive aus zwei Gründen nicht optimal gestaltet wurde. Obwohl die demographische Entwicklung ein wesentliches Argument für die Schaffung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen war, zeigt sich in der Praxis zum einen, dass nur sehr wenige Studiengänge eine explizit gerontologische Ausrichtung haben (Görres, Stefan et al. 2000; Kuhlmeier & Winter 2000). Zum anderen wurden die meisten Studiengänge an Fachhochschulen und nur vereinzelt an Universitäten eingerichtet. Die Professorinnen und Professoren an Fachhochschulen haben aufgrund ihrer hohen Lehrverpflichtung und kargen Ausstattung zwangsläufig nur begrenzte Ressourcen für wissenschaftliche Aktivitäten. Beide Gründe tragen dazu bei, dass das Forschungsdefizit in Deutschland so groß ist.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat auf dieses Forschungsdefizit reagiert und 2001 einen Förderschwerpunkt Pflegeforschung eingerichtet (25 Millionen DM in den nächsten sechs Jahren). Beabsichtigt ist die Förderung von vier bis sechs Verbundprojekten mit einer Laufzeit von zunächst drei Jahren. Diese Forschungsinitiative des Bundesministeriums für Bildung und Forschung ist angesichts des Forschungsdefizits dringend notwendig und wird von der Kommission sehr begrüßt.

Die Forschungsaktivitäten und -förderung sollte sich jedoch nicht auf pflegewissenschaftliche Studien beschränken. Es fehlt fundierte Interventionsforschung in allen Bereichen der Gerontologie des vierten Alters, z. B. zu Fragen der geriatrischen Rehabilitation von Hochaltrigen, zur Wirksamkeit psychosozialer Interventionen bei (institutionalisierten und nichtinstitutionalisierten) demenziell Erkrankten oder zur Evaluation von Interventionen mit pflegenden Angehörigen. Die Notwendigkeit methodisch fundierter Interventionsstudien im hohen Alter wurde

bisher weder von den relevanten Disziplinen (Medizin, Psychologie, Gesundheits- und Pflegewissenschaften) ausreichend zur Kenntnis genommen, noch gibt es hinreichende strukturelle Bedingungen zur Durchführung solcher Studien (Verankerung an Universitäten oder Forschungsinstituten, ausreichende Forschungsförderung). Diese Vernachlässigung anwendungsbezogener Forschung zeigt sich beispielsweise auch darin, dass die seit Jahren geplante Abteilung Intervention und Rehabilitation beim Deutschen Zentrum für Altersforschung in Heidelberg bis heute im Gegensatz zu den anderen drei Abteilungen (Entwicklungsforschung, Soziale und Ökologische Gerontologie, Epidemiologie) nicht realisiert wurde.

Zusammenfassend lassen sich folgende Desiderata für die zukünftige Forschungsförderung formulieren:

- Identifikation und Evaluation geriatrischer, gerontopsychiatrischer, psychosozialer und pflegerischer Interventionen zur Erhöhung der Lebensqualität sehr alter Menschen unter Berücksichtigung verschiedener Krankheitsbilder (z. B. Demenz, Parkinson, Schlaganfall),
- Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verminderung der Belastung pflegender Angehöriger,
- Entwicklung und Evaluation von Interventionen zur Verminderung der Belastung pflegender Professioneller und zur Erhöhung der Qualität pflegerischen Handelns,
- Evaluation von ambulanten, teilstationären und institutionellen Versorgungsangeboten,
- Methodisch anspruchsvolle, qualitative und quantitative Forschung. Insbesondere vermehrte Forschung mit Kontrollgruppendesign und mehrfachen Messwiederholungen zur fundierten Evaluation von Verläufen,
- Untersuchung größerer Stichproben in längsschnittlichen Studien; hierbei insbesondere Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen klinischen, epidemiologischen, sozial- und verhaltenswissenschaftlichen Gruppen,
- Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses z. B. durch ein Graduiertenprogramm,
- Interdisziplinäre Forschungsprojekte zur Überprüfung der Effekte multidimensionaler Interventionen,
- Internationale Vergleichsstudien zur Versorgung hochaltriger Menschen,
- Strukturelle spezifische Förderung der molekularen Altersforschung.

Idealerweise sollte zukünftige Hochaltrigkeitsforschung multidisziplinär und in ein umfassendes Programm eingebettet sein. Die an einem solchen Programm beteiligten Disziplinen sollten sowohl die biomedizinischen als auch die sozialwissenschaftlichen Fächer umfassen: Forschende aus den Bereichen Molekulargenetik, Geriatrie, Psychiatrie und Neurowissenschaften benötigen ein Forum für Informationsaustausch mit ihren Kolleginnen und Kollegen aus der Psychologie, Soziologie, Ökonomie, Demographie und Epidemiologie.

3 Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters

3.1 Lebensqualität und Potenziale Hochaltriger

Ein langes Leben zu erreichen ist das Ziel der meisten Menschen, doch sollte dieses Leben auch und gerade im fortgeschrittenen Alter ein gutes Leben sein. Die Bedeutung einer hohen Lebensqualität angesichts einer in Zukunft weiter wachsenden Lebenserwartung wird von vielen Seiten betont (Barofsky 2001). Es hat dabei den Anschein, als gewinne die Frage nach der „Lebensqualität“ vor allem dann an Gewicht, wenn sie verloren zu gehen droht (z. B. aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen) oder wenn im Prozess des Alterns selbst eine Minderung der Lebensqualität gesehen wird. Worin besteht aber ein gutes Leben, und worin besteht ein gutes Leben im hohen Alter? Bevor wissenschaftliche Befunde zur Lebensqualität, zu den Risiken und den Potenzialen des hohen Alters dargestellt werden, sollen zu Beginn dieses Kapitels diese Fragen diskutiert werden, wobei konzeptionelle Überlegungen zur Lebensqualität und seiner Facetten im Mittelpunkt stehen. Zunächst sollen (a) allgemeine Überlegungen zur Lebensqualität angestellt werden. Im nächsten Schritt wird dann (b) die Lebensqualität im hohen Alter fokussiert, wobei auch die Frage gestellt wird, wie Lebensqualität beim Vorliegen einer demenziellen Erkrankung bestimmt werden kann. Abschließend (c) werden die Potenziale des hohen Alters thematisiert und jene Themen vorgestellt, um die es in diesem Kapitel gehen wird.

3.1.1 Objektive Merkmale und subjektive Bewertung der Lebenssituation

Historisch lassen sich zwei wissenschaftliche Traditionen unterscheiden, die sich mit der Konzeptualisierung und Messung von Wohlfahrt und Lebensqualität beschäftigen haben (Noll & Schöb 2001): Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen, in dem objektive Aspekte die Lebensqualität definieren, sowie der Ansatz des subjektiven Wohlbefindens, in dem das individuelle Urteil der Person über die eigene Lebenssituation die Basis für eine Definition darstellt. Allerdings, so soll bereits hier betont werden, dominieren in der gegenwärtigen Forschung integrative Ansätze, in denen sowohl objektive als auch subjektive Aspekte berücksichtigt werden.² Eine konturierende Gegenüberstellung der beiden Ansätze soll abschließend dazu dienen, das Konzept der Lebensqualität prägnanter darzustellen.

² Das gilt auch für den Begriff der „Lebenslage“, der innerhalb eines bestimmten Forschungsstranges auf den Spielraum verweist, „der einem Menschen für die Befriedigung seiner Bedürfnisse und Interessen nachhaltig durch die äußeren Umstände gewährt wird“, wobei materielle und immaterielle Interessen berücksichtigt werden (Dieck, Marget 1979; Naegle, Gerhard 1998; Schulz-Nieswandt 1998).

3.1.1.1 Objektive Lebensqualität

Der Ansatz objektiver Lebensbedingungen basiert auf dem Konzept der Ressourcen. Lebensqualität wird in diesem Kontext verstanden als das Ausmaß, in dem einer Person mobilisierbare Ressourcen zur Verfügung stehen, mit denen sie ihre Lebensbedingungen in bewusster Weise und zielgerichtet beeinflussen kann (Erikson 1974). Personen werden in dieser theoretischen Betrachtung als aktive und kreative Individuen konzeptualisiert, die nach Autonomie und Erfüllung bei der Erreichung selbst gesetzter Ziele streben. Ziele sind positiv bewertete Zustände, die eine Person anstrebt. Um diese positiv bewerteten Zustände zu erreichen (oder erreichte Zustände nicht aufzugeben), muss die Person Ressourcen oder Mittel verwenden. Ressourcen bestimmen die Handlungsfähigkeit der Person und damit ihre Fähigkeit, die tatsächliche Lebenssituation zu beeinflussen. Bedeutsam ist hierbei, dass es zusätzliche kontextuelle Determinanten gibt, die möglicherweise nicht von der Person direkt beeinflusst werden können (wie etwa Umwelteinflüsse oder die Infrastruktur des Wohngebiets), die aber dennoch die Lebensqualität der Person beeinflussen. Die Lebensqualität einer Person lässt sich also am Ausmaß der zur Verfügung stehenden Ressourcen ablesen, und zwar sowohl der personbezogenen Ressourcen als auch jener Ressourcen, die durch Umwelt und Infrastruktur bereitgestellt werden. Geht man davon aus, dass es trotz einer interindividuell großen Bandbreite von Lebenszielen einige basale, möglicherweise sogar universelle Bedürfnisse und Interessen gibt, so scheint es eine Reihe von Bereichen zu geben, die unstrittig zu den handlungsrelevanten Ressourcen gehören³: Einkommen und Vermögen, Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit, mentale Kapazitäten (wie Gedächtnis und Denkfähigkeit), soziale Netzwerke (insbesondere Familie und Freunde) sowie Ausstattung der Wohnung und Infrastruktur des Wohnumfelds. Unterschiedliche Abstufungen von Lebensqualität können, auch in der Fremdsicht und durch externe Beobachtung, „von außen“ festgestellt werden als das Vorhandensein oder Fehlen handlungsrelevanter Ressourcen. In diesem Ansatz stehen also objektive Merkmale der Lebensqualität im Mittelpunkt.

3.1.1.2 Subjektive Lebensqualität

Es kann allerdings gefragt werden, ob es ausreicht, die Lebensqualität einer Person an den objektiven Situationsmerkmalen ihrer Lebenssituation festzumachen. Gerade in den Alternswissenschaften zeigt es sich immer wieder, dass sich die Lebensqualität aus der Perspektive des Individuums anders darstellt als aus der Perspektive

³ wobei manche Ressourcen eigenständigen Zielcharakter erlangen können (z. B. Gesundheit).

Außenstehender: Fremd- und Selbstperspektive unterscheiden sich nicht selten bei der Beurteilung einer scheinbar identischen objektiven Situation (Filipp 2001). Daher wird Lebensqualität auch mit Blick auf das subjektive Urteil des Individuums selbst definiert. Der subjektive Blick auf die eigene Lebenssituation findet sich schon in der These des römischen Philosophen Seneca, dass kein Mensch glücklich sein könne, der sich nicht selbst dafür halte. Ein bedeutsames Argument für die Berücksichtigung subjektiver Urteile liegt in der Erkenntnis, dass die Definition eines „guten Lebens“ durch die betroffenen Personen selbst – und weniger durch Außenstehende – vorgenommen werden sollte (Diener 2000). Das Konzept der Lebensqualität setzt immer ein Werturteil voraus („was ist es, das dem Leben Qualität gibt?“). Daher sollten weniger die Meinungen von Experten als vielmehr Urteile der betroffenen Personen selbst Grundlagen für die Feststellung von Lebensqualität sein. Und auch mit Blick auf Handlungsoptionen kann darauf verwiesen werden, dass nicht allein tatsächliche Ressourcen und objektive Lebenslagen von Bedeutung sind als vielmehr die subjektiven Annahmen über das Maß an Kontrollmöglichkeiten (Schwarzer & Born 1995). Diese Überlegungen legen es nahe, die subjektive Bewertung der eigenen Lebenslage als Grundlage für die Einschätzung von Lebensqualität zu machen. In der psychologischen Forschung hat sich herausgestellt, dass es sinnvoll ist, verschiedene Facetten des „subjektiven Wohlbefindens“ zu berücksichtigen.

Allgemeine und bereichsspezifische Bewertungen: Neben allgemeinen, generellen Einschätzungen des Wohlbefindens („Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen“) sollten auch bereichsspezifische Einschätzungen erhoben werden, etwa zur materiellen Lage, zu sozialen Beziehungen, Gesundheit oder Wohnbedingungen. Globale Bestimmungen der subjektiven Lebensqualität werden oft als summarische Bewertungen gewonnen (z. B. „Alles in allem betrachtet, bin ich mit meinem Leben sehr zufrieden“), oder sie beruhen auf Fragebogenverfahren zur Messung der „allgemeinen Lebenszufriedenheit“. Bereichsspezifische Bestimmungen der subjektiven Lebensqualität beziehen eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensbereiche ein und sind insofern multikriterial resp. mehrdimensional. Auch wenn sich nicht selten deutliche Zusammenhänge zwischen bereichsspezifischen und globalen Bewertungen ergeben, so ist doch die Berücksichtigung verschiedener Indikatoren des subjektiven Wohlbefindens notwendig, um ein angemessenes Bild der Lebensqualität zu erhalten. Darüber hinaus wird in der wissenschaftlichen Diskussion darauf hingewiesen, dass subjektives Wohlbefinden mehr ist als Lebenszufriedenheit: Selbstentfaltung, Lebenssinn, Selbstakzeptanz sowie tragfähige persönliche Beziehungen gehören ebenfalls zur Lebensqualität einer Person (Ryff 1989).

Wohlbefinden als erfahrungsabhängig vs. erfahrungsstrukturierend: Nicht allein theoretische Bedeutung hat die Analyse jener Faktoren, die das subjektive Wohlbefinden beeinflussen. In der Forschungsliteratur wird häufig zwischen „bottom-up“ und „top-down“-Theorien des subjektiven Wohlbefindens unterschieden (Diener 1996). Theorien, die Wohlbefinden als erfahrungsabhängig anse-

hen („bottom-up“ Theorien), gehen davon aus, dass sich Lebenszufriedenheit aus der Summe angenehmer und unangenehmer Erfahrungen in unterschiedlichen Lebensbereichen zusammensetzt. Als direktes Ergebnis emotionaler Erfahrungen im Alltagsleben, wie etwa angenehmer oder unangenehmer sozialer Interaktionen, nimmt allgemeines subjektives Wohlbefinden zu oder ab. Ein alternativer Ansatz verweist demgegenüber darauf, dass Personen mit stabilen Grundhaltungen und Eigenschaften ausgestattet sind, die sie dazu prädisponieren, Erfahrungen in positiver oder negativer Weise zu machen („top-down“-Theorien). Persönlichkeitseigenschaften, wie etwa Optimismus, Neurotizismus (Ausmaß, mit negativen Emotionen wie etwa Ängstlichkeit zu reagieren) oder Extraversion (Bereitschaft zum Umgang mit anderen Menschen) führen dazu, dass Menschen Ereignisse in einer bestimmten emotionalen Färbung wahrnehmen. Dieser theoretische Ansatz postuliert, dass Menschen mit einer positiven Grundeinstellung das Leben positiver erfahren als Menschen mit einer negativen Grundeinstellung. Lebensqualität entsteht also „im Kopf“ der Person: Im Alltag könnte man davon sprechen, dass Personen mehr oder weniger mit „Glücksfähigkeit“ ausgestattet sind. In diesem Sinne erweist sich Wohlbefinden als eine die Erfahrung strukturierende Größe. Empirische Befunde wurden für beide theoretische Ansätze vorgelegt. Die empirische Forschung hat gezeigt, dass Persönlichkeitseigenschaften in der Tat wichtige Faktoren bei der Erklärung subjektiven Wohlbefindens darstellen. Allerdings sind Persönlichkeitseigenschaften nicht geeignet, die Schwankungen individuellen Wohlbefindens über die Zeit hinweg oder den nachweisbaren Effekt von Umwelteinflüssen auf das subjektive Wohlbefinden zu erklären (Diener 2000).

Kognitive und emotionale Aspekte subjektiven Wohlbefindens: Eine weitere Differenzierung bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen kognitiven und emotionalen Aspekten subjektiven Wohlbefindens (Smith, J. et al. 1996). Kognitive Aspekte der subjektiven Lebensqualität beziehen sich auf Urteile hinsichtlich des eigenen Lebens (z. B. Lebenszufriedenheit), während emotionale Aspekte der subjektiven Lebensqualität auf positive oder negative Gefühle verweisen (z. B. Gefühle des Glücks oder der Trauer). Hinsichtlich der emotionalen Komponente subjektiven Wohlbefindens lässt sich zeigen, dass das Auftreten positiver und negativer Emotionen nicht zwei Pole einer Dimension sind, sondern zwei unabhängige Dimensionen. Befunde sprechen dafür, dass es sich in der Tat um zwei voneinander unabhängige Dimensionen handelt (Diener 1994). Dies trifft insbesondere dann zu, wenn positive und negative Affektzustände nicht hinsichtlich ihrer Intensität, sondern hinsichtlich ihrer Häufigkeit erfasst wurden. Positive und negative Gefühle schließen sich zwar in der unmittelbaren Erfahrung aus, betrachtet man aber einen gewissen Zeitraum (Wochen, Monate, Jahre), so ist häufiges Auftreten sowohl positiver als auch negativer Gefühle durchaus möglich. Mithilfe tagebuchähnlicher Aufzeichnungen konnte in Studien gezeigt werden, dass in einem definierten Zeitraum positive und negative Affektzustände in ähnlichen Häufigkeiten auftreten, was auf ihre wechselseitige Unabhängigkeit verweist und was

im Alltag mit dem „Wechselbad der Gefühle“ umschrieben wird. Der Zustand der „Affektbalance“ kann als Auftreten positiver Gefühle (häufiges Auftreten angenehmer Emotionen) sowie als Abwesenheit negativer Gefühle (seltenes Auftreten unangenehmer Emotionen) charakterisiert werden.

3.1.1.3 Integrative Ansätze

Wie bedeutsam es ist, Ansätze zur objektiven und subjektiven Lebensqualität miteinander zu integrieren, zeigt die Unterscheidung zwischen Lebensqualität als „Input“ (Bedingungen, objektive Merkmale der Lebenslagen) und Lebensqualität als „Output“ (Resultate, subjektives Wohlbefinden) (Veenhoven 1997). Wenn Lebensqualität mit ihren Bedingungen (Input) gleichgesetzt wird, dann muss man die relevanten Merkmale der objektiven Lebenssituation erkunden, um von diesen Bedingungen auf die Lebensqualität der davon betroffenen Personen rückzuschließen zu können. Wenn man dagegen Lebensqualität als individuelle Größe (Output) auffasst, so muss diese subjektive Lebensqualität bei den einzelnen Personen, etwa durch Befragungen, erhoben werden. Dass dies nicht nur akademische Fragen sind, sei an folgendem Beispiel verdeutlicht: Wenn es darum geht, die Lebensqualität in stationären Einrichtungen für alte Menschen zu verbessern, dann wird dies sehr häufig – im Sinne der Input-Perspektive – gleichgesetzt mit einer Umgestaltung der äußeren Wohnbedingungen. Es wird nicht selten unterstellt, dass mit einer Veränderung der Wohnbedingungen auch automatisch das subjektive Wohlbefinden der Bewohner und Bewohnerinnen in diesen Einrichtungen erhöht worden sei, ohne dies im einzelnen auch nachzuweisen. Umgekehrt wird im Sinne einer Output-Betrachtung häufig nur das Wohlbefinden erfasst, ohne zu analysieren, inwieweit dies mit äußeren Bedingungen korrespondiert. Es ist durchaus vorstellbar, dass Heimbewohnerinnen und Heimbewohner Zufriedenheit mit der Gestaltung eines Heimes äußern, obwohl dessen Einrichtung möglicherweise unterhalb des vorgeschriebenen Standards liegt. In diesem fiktiven Fall reicht der Verweis auf die subjektive Zufriedenheit von Heimbewohnerinnen und -bewohnern sicherlich nicht aus, um eine Veränderung der objektiven Ausstattungsbedingungen abzulehnen.

Dieses Beispiel macht deutlich, dass es nicht reicht, Lebensqualität ausschließlich mit objektiven Situationsbedingungen gleichzusetzen oder ausschließlich als subjektive Bewertung der Person zu definieren. Objektive und subjektive Aspekte der Lebensqualität sind keine alternativen Konzeptionen. Vielmehr ist es bedeutsam, beide Facetten der Lebensqualität zu berücksichtigen, um ein angemessenes Bild der Lebenssituation gerade hochaltriger Menschen zu erhalten. Lebensqualität muss also als multidimensionales Konzept aufgefasst werden. Materielle und immaterielle, objektive und subjektive, individuelle und kollektive Aspekte von Wohlergehen und Wohlfahrt fließen in das Konzept der Lebensqualität ein. Im Folgenden sollen nun Ansätze vorgestellt werden, in denen eine Integration beider Perspektiven angestrebt wird.

Wohlfahrtspositionen: Für die empirische Forschung hat sich gerade die Unterscheidung und Gegenüberstellung von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden als den beiden Grundkomponenten der Lebensqualität als ausgesprochen fruchtbar erwiesen (Filipp & Aymanns 1996; Zapf 1984). Die Koinzidenz von guten Lebensbedingungen und positivem Wohlbefinden ist die erstrebenswerteste Kombination und wird als „Well-Being“ bezeichnet (vgl. Übersicht 3-1). „Deprivation“ ist die Konstellation, in der schlechte Lebensbedingungen mit negativem Wohlbefinden einhergehen. „Dissonanz“ bezeichnet die inkonsistente – auch als „Unzufriedenheitsdilemma“ bezeichnete – Kombination von guten Lebensbedingungen und Unzufriedenheit, „Adaptation“ die – auch „Zufriedenheitsparadox“ genannte – Verbindung von schlechten Lebensbedingungen und Zufriedenheit.

Übersicht 3-1

Wohlfahrtspositionen

Objektive Lebensbedingungen	Subjektives Wohlbefinden	
	gut	schlecht
gut	Well-Being	Dissonanz
schlecht	Adaptation	Deprivation

Quelle: Glatzer & Zapf 1984.

Das Wohlfahrts- bzw. Lebensqualitätsniveau einer Gesellschaft ist ceteris paribus um so höher, je größer der Anteil der Bevölkerung ist, der sich in der Kategorie „Well-Being“ befindet. Neben den Deprivierten, der traditionellen Zielgruppe der Sozialpolitik, stellen gerade auch die Adaptierten eine besondere Problemgruppe dar: „Die Adaptierten repräsentieren häufig die Realität von Ohnmacht und gesellschaftlichem Rückzug. Gerade sie, die sich subjektiv in greifbare Mangellagen fügen, werden häufig von den etablierten sozialpolitischen Maßnahmen nicht erreicht“ (Zapf 1984: 26). Gerade unter älteren Menschen finden sich in besonderem Maße Personen, die in diesem Sinne als „adaptiert“ zu bezeichnen sind. So wurde in der gerontologischen Forschung wiederholt aufgezeigt, dass sich Befunde zum objektiven Gesundheitszustand von den subjektiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit deutlich unterscheiden (Lehr 1997). Der Begriff des „Paradoxes der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“ hat ebenfalls Eingang in die Gerontologie gefunden (Staudinger 2000). Hiermit ist gemeint, dass die generelle Lebenszufriedenheit im Alter recht stabil ist, obwohl man annehmen könnte, dass aufgrund zunehmender Verlustererfahrungen auch das subjektive Wohlbefinden eingeschränkt sein müsste. Die Bewältigungsforschung hat gezeigt, dass eine Vielzahl innerpsychischer Mechanismen dafür verantwortlich ist, die Integrität des subjektiven Wohlbefindens älter werdender Menschen zu

schützen (Brandstädter et al. 1993). Diese hohe Resilienz (Widerstandsfähigkeit) alter und sehr alter Menschen kann als bedeutsames Potenzial des Alters bezeichnet werden: auch angesichts widriger Lebensumstände sich Zufriedenheit und eine positive Lebenseinstellung zu bewahren. Allerdings kann man die hohe Adaptionsfähigkeit älter werdender Menschen auch als ein Problem bei der Planung sozialpolitischer Interventionen ansehen: Gerade weil von älter werdenden Menschen nur selten Unzufriedenheit mit der objektiven Lebenssituation geäußert wird, besteht die Gefahr, dass die betroffenen Personen sozialpolitische Angebote – trotz „objektiven“ Bedarfs – nicht in Anspruch nehmen oder diese Angebote nicht geschaffen werden.

Zusammenhänge zwischen Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden: Geht man über die Klassifikation dichotomer Ausprägungen subjektiver und objektiver Lebensqualität hinaus, so ist nach den Zusammenhängen zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden zu fragen. Dabei wird in der Regel nicht von einem direktem Zusammenhang ausgegangen; vielmehr wird angenommen, dass intervenierende Einflüsse einen Zusammenhang zwischen Input- und Output-Variablen herstellen. Als Beispiel kann der Zusammenhang zwischen objektivem Gesundheitsstatus und Lebenszufriedenheit genannt werden: Hier konnte gezeigt werden, dass der objektive Gesundheitszustand die subjektive Interpretation der eigenen Gesundheit beeinflusst; die subjektive Gesundheit wiederum auf die Lebenszufriedenheit einwirkt (Brief et al. 1993). In der Berliner Altersstudie (BASE), einer Studie, an der Personen im Alter zwischen 70 und 103 Jahren teilnahmen, wurde der Zusammenhang zwischen objektiven Lebensbedingungen, subjektiven Bewertungen verschiedener Lebensbereiche sowie generelles subjektives Wohlbefinden untersucht (Smith, J. et al. 1996). Die Berliner Altersstudie zeichnete sich dadurch aus, dass eine große Bandbreite von Bereichen sowohl mit objektiven als auch mit subjektiven Maßen untersucht werden konnte: Einkommen und Vermögen, Gesundheit (medizinische Diagnosen und Behinderungen), soziales Netzwerk und Freizeitaktivitäten. In den Daten der Berliner Altersstudie war Alter nur geringfügig mit (zunehmend geringerem) globalen subjektiven Wohlbefinden korreliert, bis in das sehr hohe Alter waren große interindividuelle Unterschiede zu verzeichnen. In prädiktiven Analysen konnte gezeigt werden, dass objektive Lebensbedingungen globales subjektives Wohlbefinden nicht vorhersagen, wenn zugleich bereichsspezifische Bewertungen berücksichtigt werden. Nur Geschlecht und Wohnbedingungen verzeichneten einen direkten Einfluss auf das globale subjektive Wohlbefinden: Frauen äußerten geringere Lebenszufriedenheit als Männer, und Heimbewohnerinnen und Heimbewohner gaben ein niedrigeres subjektives Wohlbefinden an als Personen, die in der eigenen Wohnung leben. Die stärksten Prädiktoren des subjektiven Wohlbefindens waren jedoch die subjektiven Bewertungen der verschiedenen Lebensbereiche: Einkommen und Vermögen, Gesundheit, soziales Netzwerk sowie Freizeitaktivitäten spielten bei der Vorhersage der globalen Lebenszufriedenheit eine bedeutsame Rolle.

Analysiert man die Zusammenhänge zwischen objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden und berücksichtigt intervenierende Variablen, so lassen sich die eben erwähnten Phänomene – „Unzufriedenheitsdilemma“ und „Zufriedenheitsparadox“ – möglicherweise aufklären.

Ziele und subjektives Wohlbefinden: Eine weitere Möglichkeit, objektive und subjektive Momente der Lebensqualität miteinander zu integrieren, basiert auf theoretischen Überlegungen zu Bedürfnissen und Zielen. Innerhalb einer bedürfnistheoretischen Betrachtung wird Lebensqualität durch das Ausmaß bestimmt, in dem individuelle Bedürfnisse befriedigt bzw. Lebensziele erreicht sind (Filipp 2001). In der wissenschaftlichen Literatur werden unterschiedliche Bedürfnisse diskutiert, etwa eine Hierarchie von Bedürfnissen, in der basale Bedürfnisse („Haben“), soziale Bedürfnisse („Lieben“) und Bedürfnisse der Selbstverwirklichung („Sein“) unterschieden werden (Maslow 1954). Ein besonders in der Gerontologie häufig diskutiertes Bedürfnis ist das nach der Kontrolle über die eigene Lebenssituation (Heckhausen & Schulz 1995). Diese Konzeptualisierung erlaubt auch die Berücksichtigung interindividueller Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse und Ziele. Wohlbefinden kann in diesem Zusammenhang als die Erfüllung unterschiedlicher Bedürfnisse und Ziele definiert werden. Diese sehr allgemeine These wurde mittlerweile in der empirischen Forschung eingehend untersucht. Dabei wurde von der grundlegenden Annahme ausgegangen, dass Alltagsereignisse nicht apriori als positiv oder negativ zu bewerten sind, sondern dass die Bewertung von Ereignissen von der motivationalen Struktur der jeweiligen Person abhängt. Beispielsweise konnte nachgewiesen werden, dass intraindividuelle Veränderungen in der Lebenszufriedenheit stark vom Erfolg in jenen Lebensbereichen beeinflusst werden, die von der Person als zentral für die eigenen Lebensziele eingeschätzt wird, während Erfolg in wenig relevanten Lebensbereichen keinen Einfluss auf die intraindividuelle Variation der Lebenszufriedenheit hatte (Oishi et al. 1999). Ein ähnlicher Befund zeigte sich hinsichtlich der Rolle von Ressourcen. Man kann davon ausgehen, dass nicht jede einer Person zur Verfügung stehende Ressource gleiche Bedeutung für alle von der Person verfolgten Ziele hat. In der Tat konnte gezeigt werden, dass Ressourcen, die als relevant für die eigenen Ziele eingeschätzt wurden, einen größeren Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hatten, als Ressourcen, denen keine Zielrelevanz zugesprochen wurde (Diener & Fujita 1995). Es zeigt sich, dass die Berücksichtigung von Werten, Motiven und Zielen eine Möglichkeit darstellt, um objektive Lebensbedingungen, wie etwa Ressourcen, mit subjektiven Lebensbedingungen in Beziehung zu setzen.

Gesellschaftliche und individuelle Perspektive: Abschließend sollte angemerkt werden, dass Lebensqualität bislang vor allem vom Standpunkt des Individuums aus definiert wurde. Sowohl der Aspekt der objektiven Lebensbedingungen als auch der Aspekt des subjektiven Wohlbefindens bezieht sich auf die einzelne Person. In gesellschafts- und sozialpolitischer Perspektive erscheint es jedoch notwendig, auch Gesellschaften hinsichtlich der

Dimension der Lebensqualität zu beschreiben (Noll 1999). Es könnte beispielsweise gefragt werden, inwiefern Gesellschaften es ihren Mitgliedern ermöglichen, objektive und subjektive Lebensqualität zu erlangen. Einige Beispiele für Dimensionen, mit denen gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Förderung von Lebensqualität eingeschätzt werden können, lauten „soziale Inklusion“, „Lebbarkeit“ von Gesellschaften („livability“) sowie gesellschaftliche Optionen für menschliche Entwicklung („human development“) (ul Haq 1996). Das Konzept gesellschaftlicher „Inklusion“ – als Gegensatz zu gesellschaftlicher „Exklusion“ – verweist auf die Idee, dass Gesellschaften danach streben sollten, ihre Mitglieder in soziale Netze und gesellschaftliche Partizipationsnetze zu integrieren. In ähnlicher Weise verweist der Begriff der „Lebbarkeit“ von Gesellschaften („livability“) auf ein gesellschaftliches und nicht auf ein individuelles Merkmal: Gemeint ist damit die Konsistenz zwischen den Opportunitätsstrukturen und Anforderungen einer Gesellschaft in Bezug auf die Bedürfnisse und Ziele ihrer Bürger (Veenhoven 1997). Schließlich rückt das Konzept der „human development“ den Anspruch von Bürgern einer Gesellschaft in den Mittelpunkt, sich in allen Lebensphasen produktiv weiterentwickeln zu können, wobei idealerweise eine harmonische Beziehung zwischen Personen, Gesellschaften und Natur bestehen soll, die es erlaubt, das menschliche Potenzial zu verwirklichen, ohne die gesellschaftlichen und natürlichen Grundlagen zu schädigen oder zu zerstören (Miles 1985). Selbstverständlich sind dies Beschreibungen idealer Zustände; von den Voraussetzungen und Implikationen einer Realisierung soll hier nicht die Rede sein. Von Bedeutung können diese Ideen jedoch bei der Bewertung konkreter gesellschafts- und sozialpolitischer Maßnahmen sein. Es erscheint außerordentlich sinnvoll, Kriterien heranziehen zu können, um über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Ermöglichung (oder Verhinderung) individueller Lebensqualität zu sprechen.

3.1.2 Lebensqualität im hohen Alter

Vor dem Hintergrund dieser konzeptionellen Überlegungen zum Verständnis von Lebensqualität und den verschiedenen Ansätzen seiner Operationalisierung und Messung, stellt sich die Frage, ob diese allgemeinen Komponenten und Merkmale der Lebensqualität auch für Menschen im hohen Alter zutreffen. Im Folgenden sollen daher zunächst Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter diskutiert, danach Befunde zum subjektiven Wohlbefinden hochaltriger Menschen dargestellt und schließlich auf das Problem des subjektiven Wohlbefindens im Zusammenhang mit demenziellen Erkrankungen eingegangen werden.

3.1.2.1 Bedingungen der Lebensqualität im hohen Alter

Wesentliche Determinanten der Lebensqualität im hohen Alter sind psychische und physiologische Grundbefindlichkeiten, nicht zuletzt der allgemeine Gesundheitszustand und die geistige Leistungsfähigkeit sowie für diese Lebensphase charakteristische Veränderungen in den Le-

bensumständen, wie z. B. der Verlust von Verwandten und Freunden sowie der Umzug in ein Altenheim oder eine Pflegeeinrichtung. Von besonderer Bedeutung ist die wachsende Morbidität im Alter: Mit immer größerer Wahrscheinlichkeit leiden sehr alte Menschen an mehreren, in der Regel chronischen Erkrankungen, die häufig auch mit Schmerzen einhergehen. Die Frage beeinträchtigter Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit stellt sich im hohen Alter in besonderer Schärfe: Sensorische Einbußen und demenzielle Krankheitsbilder stellen im hohen Alter ein besonderes Risiko für die Lebensqualität dar. Der Blick auf das soziale Netz enthüllt den „Januskopf“ des hohen Alters (Baltes, P.B. 1993): Jene Menschen, die ein hohes Alter erreichen, sind auch jene, die am häufigsten den Tod des Partners bzw. der Partnerin, von Familienangehörigen und von Freunden erleben müssen (siehe hierzu Kapitel 3.4). Insgesamt lässt sich sagen, dass aufgrund abnehmender personaler Ressourcen im hohen Alter die Bedeutung von stützenden Umweltbedingungen wächst (Lawton 1987).

Neben den für das hohe Alter spezifischen Problemen und Risiken sind für die Lebensqualität im hohen Alter aber auch lebenszykluspezifische Veränderungen in den Lebensstilen und Lebensweisen sowie die damit teilweise verbundenen Verschiebungen in den persönlichen Wertorientierungen und Prioritätensetzungen von Bedeutung. Derartige Entwicklungen spiegeln sich teilweise auch in der Beantwortung von Fragen nach der Wichtigkeit verschiedener Lebensbereiche für das individuelle Wohlbefinden wider, wie sie im Rahmen des Wohlfahrtssurveys gestellt werden (Noll & Schöb 2001).

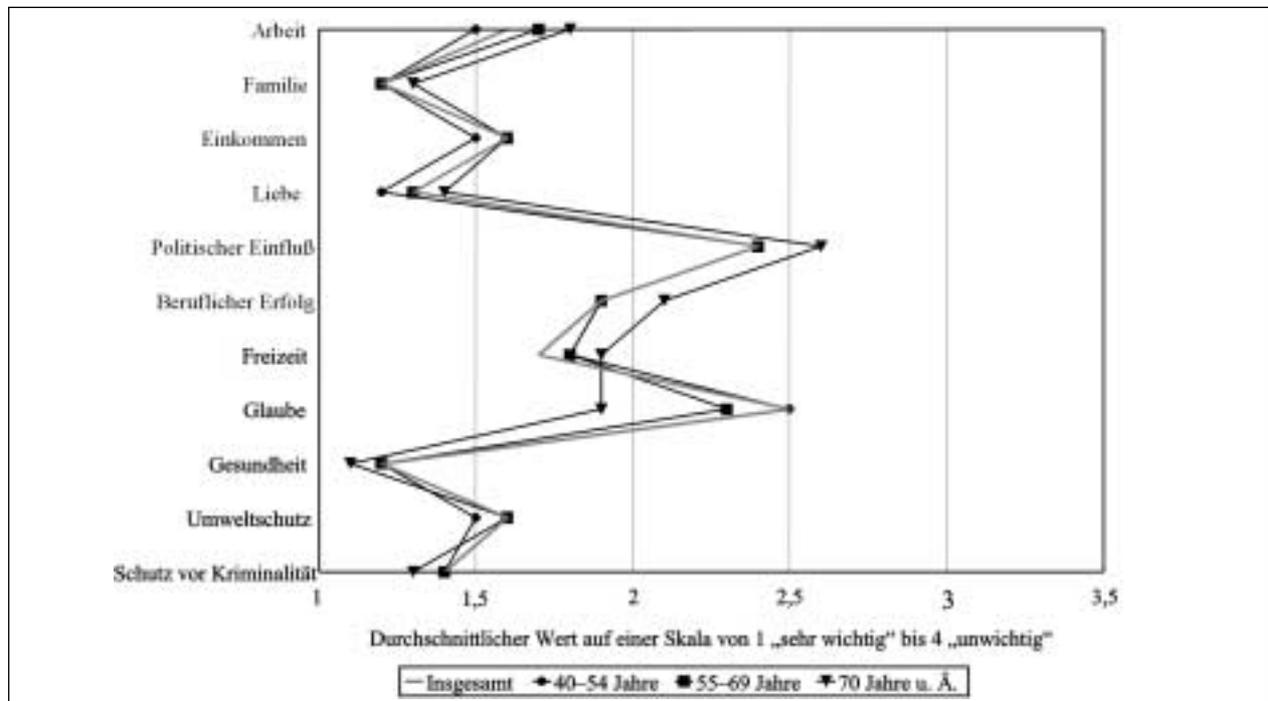
In Abbildung 3-1 und Abbildung 3-2, Seite 48 sind entsprechende Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys dargestellt, wobei die Wichtigkeitsurteile für die Gesamtstichprobe und zusätzlich für drei Altersgruppen aufgeführt sind: Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren, 55 bis 69 Jahren sowie 70 und mehr Jahren.

Die entsprechende Frage lautete: „Die Bereiche (Arbeit, Familie, Einkommen, Liebe und Zuneigung, Einfluss auf politische Entscheidungen, Erfolg im Beruf, Freizeit, Glaube, Gesundheit, Schutz der natürlichen Umwelt, Schutz vor Kriminalität) können für das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Menschen unterschiedlich wichtig sein. Sagen Sie mir bitte zu jedem der nachfolgenden Bereiche, ob sie für ihr Wohlbefinden und ihre Zufriedenheit sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig oder unwichtig sind“.

Auch wenn die Unterschiede zwischen den Altersgruppen in der Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Lebensbereiche nicht dramatisch sind, zeigen sich doch altersspezifische Muster: Einige der vorgegebenen Bereiche werden von den älteren Befragten in ihrer Wichtigkeit für das eigene Wohlbefinden niedriger, andere dagegen höher eingestuft, als das für jüngere Altersgruppen der Fall ist. Zu den Bereichen, die von älteren Befragten als weniger wichtig angesehen werden, gehören insbesondere „Arbeit“ und „beruflicher Erfolg“, aber auch „politischer Einfluss“ und „Liebe“ sowie darüber hinaus „Umweltschutz“, „Freizeit“, „Einkommen“ und „Familie“.

Abbildung 3-1

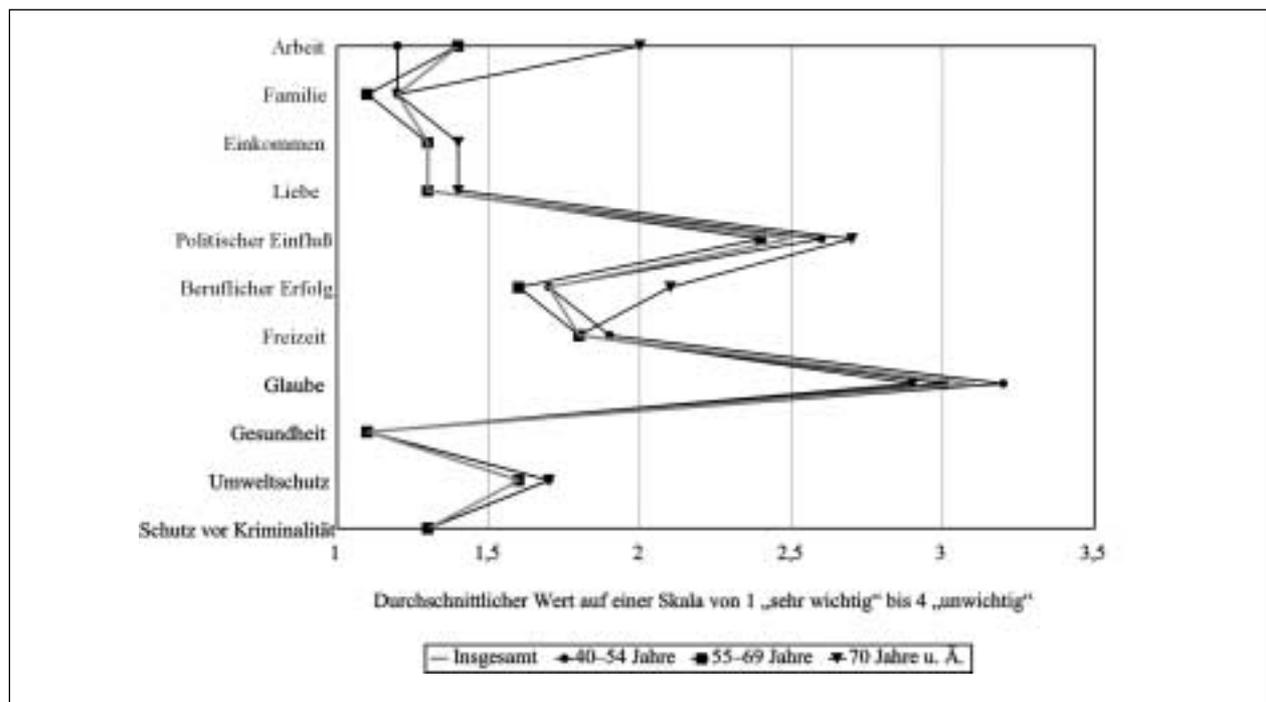
Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Westdeutschland



Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

Abbildung 3-2

Wichtigkeit von Lebensbereichen, 1998 – Ostdeutschland



Quelle: Noll & Schöb 2001, Datenbasis: Wohlfahrtssurvey 1998.

Diejenigen Bereiche, die für ältere Menschen einen höheren Stellenwert einnehmen als für jüngere, sind „Gesundheit“, „Glaube“ und „Schutz vor Kriminalität“. Das skizzierte Muster ist in Ost- und Westdeutschland nahezu identisch, bis auf die geringere Wichtigkeit des Glaubens in den neuen Bundesländern.

Die zu beobachtenden altersspezifischen Wichtigkeitsdifferenzen reflektieren neben Generationsunterschieden nicht zuletzt den jeweiligen Status der betroffenen Personen innerhalb des Berufs- und Familienzyklus: Wenn man bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, werden die mit der Arbeit zusammenhängenden Fragen das Wohlbefinden weniger tangieren. Die Bedeutung der Familie wird in der Phase des Lebens am höchsten eingestuft, in der sie den zentralen Lebensmittelpunkt bildet, also in der mittleren Altersgruppe. Ältere, aber auch jüngere Personen stufen die Bedeutung der Familie im Vergleich dazu niedriger ein, auch wenn die Familie im Vergleich der verschiedenen Lebensbereiche in allen Altersgruppen einen zentralen Stellenwert einnimmt. Dagegen nimmt die Gesundheit in dem Maße an Bedeutung für die Lebensqualität und das Wohlbefinden zu, wie sie mit zunehmendem Alter prekär und gefährdet erscheint oder gar beeinträchtigt wird. Auch der steigende Stellenwert des Schutzes vor Kriminalität lässt sich mit einer für ältere Menschen typischen – objektiv oder subjektiv – erhöhten Vulnerabilität erklären (siehe hierzu auch Kapitel 3.4.5). Schließlich entspricht es auch der Erwartung, dass angesichts der mit zunehmendem Alter stärker in den Vordergrund des Bewusstseins tretenden Endlichkeit des Daseins, Religion und Glaubensfragen älteren Menschen mehr bedeuten als jüngeren.

Für die Untersuchung der Lebensqualität im Alter ergibt sich daraus die Konsequenz, bestimmten Aspekten der Lebensverhältnisse besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Aspekte wie körperliche und seelische Gesundheit, soziale Kontakte zu Familie und Freunden, materielle Lage und Ausstattung der Wohnung, Möglichkeiten zur Mobilität sowie medizinische und soziale Betreuung rücken im hohen Alter in den Mittelpunkt und erfordern entsprechende Aufmerksamkeit. Auch im hohen Alter sind also objektive Merkmale der Lebenslage bei der Beschreibung der Lebensqualität zu berücksichtigen. Allerdings gilt im hohen Alter ein verändertes „Koordinatensystem“: Während sich beispielsweise der Begriff der Mobilität in den Lebensabschnitten des mittleren Erwachsenenalters und des „jungen Alters“ eher auf die Benutzung von Verkehrsmitteln, vorzugsweise des eigenen Autos, bezieht, wird Mobilität im hohen Alter immer stärker zu einem Bestandteil der grundlegenden Alltagskompetenz im Sinne von sich Bewegen, Gehen und Treppensteigen. Tätigkeiten, die in früheren Lebensabschnitten eine Selbstverständlichkeit waren, werden im hohen Alter zur Leistung: Lebensqualität wird gewissermaßen in „kleiner Münze“ berechnet. Mit diesem Verweis auf veränderte Bewertungsstandards ist zugleich ein intrapsychischer Mechanismus angesprochen, der auch bei zunehmendem Alter für die Stabilität des subjektiven Wohlbefindens sorgt. Mit der subjektiven Lebensqualität beschäftigt sich der folgende Abschnitt.

3.1.2.2 Subjektives Wohlbefinden im hohen Alter

Zum Zusammenhang zwischen Alter und subjektivem Wohlbefinden liegen inkonsistente Befunde vor (Filipp 2001). Einige Studien belegen, dass die Höhe der subjektiven Lebensqualität mit dem Alter nicht ab-, sondern eher zunimmt, andere Studien verweisen darauf, dass Lebenszufriedenheit im Alter geringer ist, und wieder andere Studien finden keinerlei (querschnittlich ermittelte) Altersdifferenzen. Diese Inkonsistenz der Befunde scheint für die Stabilität, zumindest aber gegen die Abnahme subjektiven Wohlbefindens im Alter zu sprechen. In jedem Fall kann betont werden, dass Lebenszufriedenheit bis ins hohe Alter durch große interindividuelle Unterschiede gekennzeichnet ist (Staudinger et al. 1996).

In internationalen Surveys, wie zum Beispiel den Eurobarometer-Studien oder dem World Value Survey, wurde die Lebenszufriedenheit bei Personen unterschiedlichen Alters erfragt. In den Eurobarometer-Daten zeigte sich, dass 80 % der jungen Erwachsenen angaben, „zufrieden“ oder „sehr zufrieden“ mit ihrem Leben zu sein – und dass in der Stichprobe der über 65-Jährigen dieser Anteil mit 81 % etwa genauso groß war (Diener & Suh 1998). Nach Kontrolle von Einkommen, Bildungsniveau, Familienstatus und anderen Faktoren, bezüglich derer die Älteren weniger gut abgeschnitten als die Jüngeren, zeigte sich sogar, dass die Älteren signifikant höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen als die jüngeren Altersgruppen. Hinsichtlich der emotionalen Komponente subjektiven Wohlbefindens zeigt sich, dass die Häufigkeit positiver Gefühlszustände ab dem jungen Erwachsenenalter bis ins hohe Alter kontinuierlich abnimmt, während die negativer Emotionen relativ stabil bleibt (Ferring & Filipp 1997). Allerdings scheinen auch Hochaltrige im Mittel häufiger positive als negative Emotionen zu haben (Staudinger et al. 1996).

Die hohe Stabilität subjektiven Wohlbefindens bis in das hohe Alter legt die Vermutung nahe, dass ältere Menschen über eine Vielzahl von Ressourcen verfügen, die manche dem subjektiven Wohlbefinden abträglichen Belastungswirkungen „puffern“ können. Ältere Menschen mit einem hohen Selbstwertgefühl scheinen eher in der Lage zu sein, die mit vielen Beeinträchtigungen potenziell verbundene Selbstwertbedrohung auszublenden. Auch die Verfügbarkeit sozialer Stützsysteme hat sich in vielen Studien als ein protektiver Faktor im Alter erwiesen, wobei qualitative Aspekte (Vorhandensein eines Partners bzw. einer Partnerin oder einer vertrauten Person) bedeutsamer waren als quantitative Aspekte (Größe des sozialen Netzwerks). In der Bewältigungsforschung konnte schließlich gezeigt werden, dass Bewältigungsstile einen wesentlichen Mechanismus zur Sicherung des Wohlbefindens darstellen (Brandstädter & Greve 1994). Im Fall von irreversiblen Verlusten – oder Verlusten, die als irreversibel angesehen werden – kommt es dann zu eher palliativen (lindernden) Bewältigungsreaktionen („Akkommodation“), wie etwa die Setzung neuer Standards in der Selbstbewertung, die Abwertung nicht mehr erreichbarer Ziele oder die positive Umdeutung von Situationen. Da es mit zunehmendem Alter immer wahrscheinlicher wird, irreversible Verluste zu erleiden, kommt dem zweiten Bewältigungsmodus immer

größere Bedeutung zu: Sich einer als unveränderlich wahrgenommenen Situation anzupassen, scheint im hohen Alter zur Bewahrung des subjektiven Wohlbefindens beizutragen. In der Tat zeigen Befunde, dass subjektiv wahrgenommene Entwicklungsverluste nur dann mit negativen Gefühlen einhergehen, wenn die betroffenen Personen nicht zu einem akkommodativen, der Situation sich anpassenden Bewältigungsstil neigten.

Eine solche bewältigungstheoretische Analyse der subjektiven Lebensqualität hat allerdings auch Grenzen der menschlichen Anpassungsfähigkeit zu beachten (Olbrich, E. 1997). So zeigt sich gerade im hohen Alter, dass eine als schlecht wahrgenommene Gesundheit mit einem beeinträchtigten subjektiven Wohlbefinden einhergeht (Hillerås et al. 2001). Da gerade im hohen und sehr hohen Alter nicht selten eine Vielzahl irreversibler Belastungen zusammentreffen, muss hier auch auf die Grenzen von Resilienz und Anpassungsfähigkeit verwiesen werden. Intrapyschische Mechanismen zur Stützung von Selbstwert und subjektiver Lebensqualität sind mit Sicherheit bis in das hohe Alter wirksam, finden allerdings angesichts existenzieller Belastung möglicherweise ihre Grenzen. Eine besondere Belastung des hohen Alters betrifft das Problem der demenziellen Erkrankungen, die unter anderem mit Störungen der Wahrnehmungs-, Erinnerungs- und Denkfähigkeit einhergehen. Da die Erfassung subjektiver Lebensqualität auf den Selbstberichten der betroffenen Personen beruht, ist zu fragen, wie Lebensqualität angesichts demenzieller Erkrankungen eingeschätzt werden soll.

3.1.2.3 Lebensqualität und Demenz

Erst in jüngerer Zeit scheinen sich die Arbeiten zu mehren, die sich der Lebensqualität von Demenzkranken annehmen. Zu nennen ist etwa eine Arbeit von Meier (1995), die bei Patientinnen und Patienten im Anfangsstadium einer Demenz (vom Typ Alzheimer oder vom vaskulären Typ) eine individualisierte Messung der Lebensqualität anhand der von diesen selbst zu benennenden wichtigen Lebensbereiche vorgenommen hat. Dadurch kamen nach Aussage der Autorin Bereiche in den Vordergrund, die in den traditionellen standardisierten Lebensqualitätsskalen nicht repräsentiert seien. Demenzkranke maßen in dieser Studie zwar der geistigen Leistungsfähigkeit und der Selbstständigkeit ein besonders hohes Gewicht zu, doch waren für die Lebensqualität dieser Menschen auch zahlreiche andere Facetten bedeutsam.

Ein spezifisches Verfahren zur Erfassung von Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen wurde von Brod, Stewart, Sands, & Walton (1999) entwickelt. Dabei gingen die Autoren von der Annahme aus, dass gesundheitsbezogene Lebensqualität jene Ausschnitte aus der Lebenslage einer Person zu berücksichtigen habe, die mit hoher Wahrscheinlichkeit durch die Krankheit tangiert seien. Gerade bei der Messung der Lebensqualität Demenzkranker gelte es, jene spezifischen Domänen zu identifizieren, die womöglich besonders sensitiv für Krankheitseinflüsse sind. Das von Brod und Kollegen (1999) entwickelte Verfahren, „Dementia Quality of Life Instrument“, umfasst sechs Bereiche: (1) Selbstwertgefühl als Häufigkeit von Gefühlen des Selbstvertrauens, der Zufriedenheit damit,

etwas geleistet oder eigene Entscheidungen getroffen zu haben; (2) Positive Emotionen und Humor, z. B. glücklich, zufrieden, voller Hoffnung sein, jemanden erheitern oder mit anderen lachen; (3) Negative Emotionen, z. B. ängstlich, einsam, beschämt, ärgerlich, besorgt, niedergeschlagen, nervös, traurig, verunsichert sein, (4) Gefühl der Geborgenheit, z. B. sich nützlich, von anderen akzeptiert und geliebt fühlen; (5) Sinn für Ästhetik, z. B. Freude an sensorischer Stimulation durch Musik, Töne, Farben, das Beobachten von Tieren, Wolken usw. haben sowie (6) Interaktionsfähigkeit, z. B. Kommunikationsschwierigkeiten, Wortfindungsschwierigkeiten, defizitäres episodisches Gedächtnis. Dabei zeigte sich, dass die letztgenannten zwei Bereiche für die Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen in besonderem Maße von Bedeutung sind, nämlich „Sinn für Ästhetik“ und „Interaktionsfähigkeit“. Pflegepersonen sowohl in Institutionen wie auch in häuslichen Settings stimmten darin überein, dass Demenzkranke große Befriedigung aus Aktivitäten gewinnen, die mit sensorischer Stimulation (Musik, Töne aus der Natur, Gerüche, visuelle Stimulation usw.) einhergingen. Der zweite Aspekt („Interaktionsfähigkeit“) verweist auf Kommunikationsschwierigkeiten, vor allem Schwierigkeiten bei der Wortfindung, und ein defizitäres episodisches Gedächtnis. Diese Probleme erschwerten nun aber nicht nur aufseiten der sozialen Umwelt die Interaktion, sondern sie stellten auch für die Kranken selbst ein großes Problem und eine Minderung ihrer Lebensqualität dar, weil sie auf diese Defizite fast immer mit Beschämung reagierten. Erkennbar wird, dass es vor allem die beiden letztgenannten Bereiche sind, die ein Spezifikum der Definition von Lebensqualität bei Demenzkranken darstellen.

Offensichtlich ist es bei der Messung der Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen sinnvoll, auch über Selbstbericht-Daten zu verfügen, als sich nur auf Fremdeinschätzungen zu verlassen resp. diese auf solche Bereiche zu konzentrieren, in denen Selbstreport-Daten weniger verlässlich seien (z. B. Alltagskompetenz). Eine offene Frage ist allerdings die Erfassung der Lebensqualität jener demenziell erkrankten Menschen, die nicht mehr fähig sind, über die eigenen Befindlichkeit zu berichten. Hier ist die Entwicklung von Verfahren zu fordern, die die Einschätzung der Befindlichkeit im fortgeschrittenen Krankheitsstadium unterstützen.

Besonderes Gewicht bei der Messung der Lebensqualität Demenzkranker kommt der Erfassung von Emotionen zu (Lawton et al. 1996). Gerade im Fall kognitiver Beeinträchtigungen ist es problematisch, auf Selbstauskünfte zu vertrauen. Daher erscheint es sinnvoll, die Gefühlslagen von demenziell erkrankten Menschen aus der Mimik, der Motorik und anderen Äußerungen zu erschließen. In Studien konnte gezeigt werden, dass positive Gefühlszustände vor allem dann registriert wurden, wenn die Patientinnen und Patienten in (soziale) Aktivitäten eingebunden waren, negative Gefühlszustände hingegen dominierten, wenn dies nicht der Fall war (Lawton et al. 1996; Albert et al. 1999).

Auch wenn es sicherlich von hoher Bedeutung ist, die Gefühlslagen demenziell erkrankter Menschen zu erfassen, so ist andererseits zu fragen, ob eine gleichsam „hedonistische“ Konzeption der Lebensqualität, die sich in einer

Konzentration auf positive Gefühlszustände ausdrückt, sich mit Blick auf Demenzzranke überhaupt bewähren kann (Jennings 1999). Womöglich ist es viel entscheidender, dass demenziell erkrankte Menschen Beziehungen zu anderen Menschen aufrechterhalten und diese Beziehungen für sich „sinnvoll“ nutzen können. Dies könnte umso viel versprechender sein, als gerade diese Facetten der Lebensqualität Demenzzranke durch Außenstehende verbessert werden können und insofern hohe praktische Bedeutung besitzen.

3.1.3 Potenziale und Risiken des hohen Alters

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Lebensqualität ein multidimensionales Konstrukt ist, bei dessen Erfassung sowohl objektive als auch subjektive Aspekte zu berücksichtigen sind. Objektive Lebensbedingungen beeinflussen die Handlungsfähigkeit der Person und ihre Möglichkeiten, die eigene Lebenslage zu beeinflussen. Dabei sind im hohen Alter folgende Lebensbereiche von großer Bedeutung: Körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes.

Das subjektive Wohlbefinden bezieht sich auf die Bewertungen und Gefühle der Person hinsichtlich der eigenen Lebenslage. Nicht allein das globale subjektive Wohlbefinden (wie etwa Lebenszufriedenheit oder Glücksempfinden), sondern auch Bewertungen verschiedener Lebensbereiche (Gesundheit, Autonomieerleben, soziale Beziehungen, Umweltbedingungen) sind von Bedeutung. Hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens sollten kognitive Urteile und emotionale Zustände unterschieden werden. Bis ins hohe Alter bleibt das subjektive Wohlbefinden erstaunlich stabil, wobei kumulierte Belastungen, wie sie im hohen Alter nicht selten auftreten, durchaus zu Einbußen von Lebenszufriedenheit und subjektiver Lebensqualität führen können.

In den weiteren Abschnitten des Kapitels 3 werden die verschiedenen Aspekte der Lebensqualität im hohen Alter im Einzelnen dargestellt. Dabei werden nicht allein die Risiken, sondern auch die Potenziale des hohen Alters beschrieben. Der Blick auf das hohe Alter nimmt in der Regel die Problemsituationen wahr, die zweifellos von hoher Bedeutung für das Individuum und seine Familie, aber auch für die Gesellschaft und den Staat sind. Dabei sollten aber auch die Potenziale des hohen Alters nicht vergessen werden. Diese können allerdings nicht mit dem konventionellen Verständnis von Leistung und Produktivität betrachtet und auch nicht an dem für die Gesellschaft unentbehrlichen familiären und bürgerschaftlichem Engagement der „jungen Alten“ gemessen werden. In diesem Sinne nach den Potenzialen des hohen und sehr hohen Alters zu suchen, wäre unangemessen und unfruchtbar. Die Potenziale des hohen Alters liegen in einem anderen Bereich: Es geht darum, das lange Leben an sich zu schätzen, das Geschick, die eigene Lebenssituation zu meistern – trotz möglicherweise erheblicher Einbußen, sowie die Fähigkeit, sich am Leben zu erfreuen und das Leben zu genießen. Diese veränderte Sichtweise auf die

„Potenziale des hohen Alters“ mag dazu beitragen, eine Gesellschaft zu schaffen, in der alt zu werden und alt zu sein nicht mit Missachtung gestraft wird. Gerade mit Blick auf sozialpolitische Planungen sollte Lebensqualität nicht allein die Perspektive des Individuums berücksichtigen. Für die individuelle Realisierbarkeit von Lebensqualität sind die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von hoher Bedeutung. Diese werden auch durch die Wertschätzung der alten und sehr alten Menschen beeinflusst.

Im Folgenden wird zunächst die materielle Situation hochaltriger Menschen dargestellt und der Frage nach spezifischen finanziellen Risiken Hochaltriger nachgegangen (Kapitel 3.2). Es folgt eine Betrachtung der Wohnsituation Hochaltriger, die gerade zur Vermeidung und zur Bewältigung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit von hoher Bedeutung ist (Kapitel 3.3). Das soziale Netzwerk ist im hohen Alter durch die immer wahrscheinlicher werdenden Verluste von Partnern, Familienmitgliedern und Freunden betroffen. Die sozialen Risiken und Potenziale sind Gegenstand des Kapitels 3.4. Die gesundheitliche Situation im hohen Alter wird anhand der Morbiditätsrisiken und der Funktionseinbußen hochaltriger Menschen in Kapitel 3.5 dargestellt, wobei dem Risiko der Demenz besondere Bedeutung zugemessen wird (Kapitel 3.6). Am Ende des Kapitels 3 wird der Frage nachgegangen, wie die mit dem Alter ansteigende Kumulation von Risiken sowie die erhöhte Vulnerabilität die Lebensqualität im hohen Alter beeinflusst (Kapitel 3.7).

3.2 Materielle Risiken des hohen Alters und Lebensqualität

Die eigenen finanziellen Ressourcen haben maßgeblichen Einfluss auf die Lebenslage von Menschen und deren Chancen für eine aktive Lebensgestaltung.⁴ Sie bestimmen wesentlich die materielle Lage. Dabei hängen die finanziellen Handlungsspielräume der Menschen entscheidend ab vom verfügbaren Einkommen und Vermögen und der Einkommensverwendung, insbesondere den fixen Kosten der Lebensführung.

Dieser Abschnitt des Berichts widmet sich daher der Einkommens- und Vermögenssituation Hochaltriger einerseits sowie der Höhe und Struktur ihrer Ausgaben andererseits. Im Vordergrund stehen dabei der Vergleich mit den jüngeren Seniorinnen und Senioren und die Unterschiede innerhalb der Hochaltrigen. Welchen Gruppen von Hochaltrigen geht es ökonomisch vergleichsweise gut, welchen eher schlecht?

Bei den Konsumausgaben sollen insbesondere Bereiche identifiziert werden, in denen Hochaltrige vergleichsweise hohe Ausgaben tätigen, die durch spezifische Bedarfslagen Hochaltriger hervorgerufen sein können. Besonderes Augenmerk wird auf die finanziellen Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit und der Verwitwung als biographischer Ereignisse gelegt, denen Hochaltrige im Vergleich mit anderen Altersgruppen in weit erhöhtem Maße ausgesetzt sind.

⁴ Vgl. Schmähl & Fachinger 1996: 93.

Abschließend wird darüber berichtet, welche Beziehung im hohen Alter zwischen der objektiven materiellen Lage und der subjektiven Bewertung besteht und welchen Einfluss dies auf die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden ausübt.

Die spezifische materielle Situation Hochaltriger hat bisher in der Forschung und Sozialberichterstattung nur wenig Beachtung gefunden. Es liegen kaum Arbeiten vor, die explizit und umfassend Daten für diese Personengruppe ausweisen. Wirtschaftswissenschaftliche Untersuchungen stellen auch heute noch im Allgemeinen die Phase der Erwerbstätigkeit ins Zentrum ihres Interesses (Schmähl & Fachinger 1996: 28). Überblickt man die einschlägige Literatur, so werden in bestimmten Teilbereichen die so genannten „jungen Alten“ als Untersuchungsgegenstand entdeckt. Die „alten Alten“ oder Hochaltrigen werden aber nach wie vor kaum als eigenständiger Untersuchungsgegenstand wahrgenommen. Die Kommission hat deshalb zur Unterstützung ihrer Arbeit einen speziellen Auftrag zur Auswertung der Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 des Statistischen Bundesamts an Uwe Fachinger vergeben. Vor allem der Abschnitt über die Einkommensverwendung und die materielle Lage Pflegebedürftiger und Verwitweter stützt sich auf seine Expertise (vgl. Fachinger 2001a).

3.2.1 Einkommen und Vermögen Hochaltriger – Höhe, Quellen, Disparitäten

3.2.1.1 Durchschnittliches Einkommen Hochaltriger und relative Einkommensposition*

Nach den Ergebnissen der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998 (EVS), einer Untersuchung des Statistischen Bundesamts, an der unter anderem fast 15 000 Privathaushalte von Rentnerinnen und Rentnern und Pensionärinnen und Pensionären teilnahmen, hatten die Haushalte, mit überwiegendem Einkommen aus Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Durchschnitt ein monatliches Nettoeinkommen in Höhe von 3 443 DM (1 760 Euro) (Statistisches Bundesamt 2001c).⁵ Dies entspricht 67 % des Durchschnittseinkommens aller Haushalte, das 5 115 DM (2 615 Euro) betrug. Allerdings sind Haushalte älterer Menschen im Durchschnitt kleiner als im mittleren Lebensalter, so dass weniger Personen mit diesem Einkommen versorgt werden müssen. Berücksichtigt man

* Anmerkung: Der Bericht wurde von der Kommission kurz vor der Währungsumstellung von DM auf Euro verfasst. Deshalb sind im gesamten Bericht die genannten DM-Beträge um die entsprechenden Euro-Beträge in dahiner stehenden Klammern ergänzt worden.

⁵ Bei einer etwas anders gefassten Definition, die zur Bestimmung der Haupteinkommensquelle nur das Renteneinkommen aufgrund eigener früherer Erwerbstätigkeit berücksichtigt, liegt das durchschnittliche Monatseinkommen der solchermaßen definierten Rentnerhaushalte mit 3 556 DM (1 818 Euro) etwas höher (Münnich 2000). Diese Differenz dürfte zum Teil dadurch verursacht sein, dass bei dieser Definition Haushalte ausgeschlossen sind, in denen die Haupteinkommensquelle des Haushaltsmitglieds mit dem höchsten Einkommensbeitrag eine Hinterbliebenenrente ist, d. h. meist Haushalte verwitweter Frauen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus dem Erhalt von Witwenrente bestreiten.

dies (durch Umrechnung in das so genannte äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen)⁶, liegt das Durchschnittseinkommen der Mitglieder von Rentnerhaushalten bei 81 % des nationalen Mittels (vgl. Tabelle 3-1).⁷

Im Dritten Altenbericht wurde bereits die allgemeine Entwicklung der Einkommenssituation älterer Menschen aufgezeigt und dabei besonders auf die beträchtliche Verbesserung der Alterseinkommen ostdeutscher Rentnerinnen und Rentner seit der deutschen Vereinigung hingewiesen. Die verfügbaren Eckrenten stiegen vom 1. Juli 1990 bis zum 1. Juli 2001 von 40,3 auf 87,1 % des Westniveaus, die laufenden Renten wegen Alters oder verminderter Erwerbsfähigkeit lagen in Ostdeutschland zum 1. Juli 2001 um 3,4 % (Männer) bzw. 33,9 % (Frauen) über den vergleichbaren Renten der Männer und Frauen in den alten Bundesländern (Mitteilung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung). Das durchschnittliche Einkommen ostdeutscher Seniorenhaushalte ist dennoch niedriger als im Westen, da sie seltener und geringere Einkünfte aus anderen Einkunftsquellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).

Von der Anhebung der ostdeutschen Renten haben im Allgemeinen auch die Hochaltrigen profitiert. Wie die Zahlen der im 5-Jahresrhythmus durchgeführten EVS zeigen, erhöhte sich zwischen 1993 und 1998 das durchschnittliche Nettoeinkommen der Haushalte von Personen im Alter von 80 und mehr Jahren von 1 665 DM (851 Euro) auf 2 338 DM (1 195 Euro), d. h. um rund 40 %.⁸ Ihr

⁶ Aufgrund ökonomischer Vorteile der gemeinsamen Haushaltsführung von Personen benötigen Mehrpersonenhaushalte nicht ein zur Zahl seiner Haushaltsmitglieder Mehrfaches des Einkommens eines Einpersonenhaushalts, um dasselbe Wohlfahrtsniveau zu erreichen. Diesem Umstand wird dadurch Rechnung getragen, dass die einzelnen Haushaltsmitglieder bei der Umrechnung des Haushalts- in ein Pro-Kopf-Einkommen unterschiedlich gewichtet werden. Die Division des Haushaltseinkommens erfolgt daher nicht durch die Zahl der Personen, sondern durch die Summe der äquivalenzgewichteten Haushaltsmitglieder (Verbrauchereinheiten). Das Statistische Bundesamt verwendet für diese Gewichtung eine von der OECD empfohlene Skala, bei der der Haupteinkommensbezieher den Faktor 1 erhält, alle weiteren Personen älter als 14 Jahre den Faktor 0,5 und Kinder bis 14 Jahre den Faktor 0,3. In der Einkommensforschung kommen auch andere Skalen zum Einsatz, die die weiteren Haushaltsmitglieder höher gewichten. Je höher die Gewichtung, desto geringer wird das Äquivalenzeinkommen (s. S. 58).

⁷ Nach Redaktionsschluss erschienen die Ergebnisse der im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung durchgeführten Untersuchung „Alterssicherung in Deutschland 1999“ mit differenzierten Daten zur Einkommenssituation älterer Menschen. Danach hatten Männer ab 65 Jahren im Jahr 1999 ein monatliches Durchschnittseinkommen in Höhe von 2 914 DM (1 490 Euro) in den alten Bundesländern und 2 269 DM (1 160 Euro) in den neuen Bundesländern. Das Einkommen der Frauen dieses Alters betrug 1 782 DM (911 Euro) im Westen und 1 714 DM (876 Euro) im Osten Deutschlands (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a).

⁸ Maßgebend ist das Alter des Haupteinkommensbeziehers im Haushalt. Der Wert für 1993 ist dem Informationssystem GeroStat des Deutschen Zentrums für Altersfragen entnommen, das die Daten der EVS 1993 in feiner Altersdifferenzierung enthält. Der Wert für 1998 entstammt eigenen Berechnungen aus Angaben in: Statistisches Bundesamt 2001c. Personen in Gemeinschaftsunterkünften ohne eigene Haushaltsführung (wie die meisten Bewohner von Pflegeheimen) sind nicht in die Erhebung einbezogen, ebenso nicht Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von mehr als 35 000 DM (17 895 Euro). Zur genauen Definition des Haushaltsnettoeinkommens vgl. Statistisches Bundesamt 2001c.

Durchschnittliches monatliches Haushaltsnettoeinkommen und äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen nach Haushaltstyp, 1998¹

Haushaltstyp (nach Haupteinkommensbezieher)	Haushaltsnettoeinkommen ²	Äquivalenzgewichtetes Personennettoeinkommen ³	bezogen auf den Durchschnitt in allen Haushalten ⁴	Haushalte mit weniger als ... Prozent des Durchschnitts ⁴			Haushalte mit dem Zwei- bis Vierfachen des Durchschnitts ^{4,5}	Haushalte mit mehr als dem Vierfachen des Durchschnitts ^{4,5}
				40	50	60		
	DM (Euro) [arithm. Mittel]			%				
Deutschland								
Haushalte insgesamt	5.115 (2.615)	3.340 (1.708)	100	5,3	12,7	22,0	5,2	0,5
von Rentnern	3.443 (1.760)	2.702 (1.382)	81	5,7	16,6	30,0	1,6	/
von Pensionären	6.783 (3.468)	4.898 (2.504)	147	/	/	/	16,3	/
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	4.269 (2.183)	3.279 (1.677)	98	/	(11,0)	(19,1)	(6,0)	/
weiblich, 80 Jahre und älter	2.594 (1.326)	2.503 (1.280)	75	(9,4)	(24,8)	41,8	/	/
Früheres Bundesgebiet								
Haushalte insgesamt	5.346 (2.733)	3.504 (1.792)	100	6,0	13,3	22,1	5,2	0,5
von Rentnern	3.593 (1.837)	2.830 (1.447)	81	6,6	13,3	22,1	1,6	/
von Pensionären	6.800 (3.477)	4.901 (2.506)	140	/	/	(1,9)	14,1	/
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	4.512 (2.307)	3.453 (1.765)	99	/	(13,7)	(21,0)	(5,8)	/
weiblich, 80 Jahre und älter	2.673 (1.367)	2.581 (1.320)	74	/	(26,7)	42,7	/	/
Neue Länder und Berlin-Ost								
Haushalte insgesamt	4.059 (2.075)	2.591 (1.325)	100	1,9	6,3	14,4	3,3	(0,2)
von Rentnern	2.921 (1.493)	2.260 (1.156)	87	/	7,3	16,9	(0,8)	/
von Pensionären	/	/	/	/	/	/	/	/
Haupteinkommensbezieher								
männlich, 80 Jahre und älter	[3.033 (1.551)]	[2.438 (1.238)]	(94)	/	/	/	/	/
weiblich, 80 Jahre und älter	[1.824 (933)]	[1.718 (878)]	(66)	/	/	/	/	/

¹ Ohne Haushalte mit einem mtl. Einkommen von mehr als 35 000 DM (17 895 Euro).

² Einschl. unterstellter Mieteinnahmen des selbstbewohnten Wohneigentums.

³ Nach neuer OECD-Skala.

⁴ Bezogen auf das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen im Durchschnitt aller Haushalte der jeweiligen Gebietsinheit.

⁵ Nach alter OECD-Skala.

/ = Keine Angabe, da Zahlenwert wegen geringer Besetzung zu unsicher; () = Aussagewert wegen statistischer Unsicherheit eingeschränkt.

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c – EVS 1998.

Einkommen stieg damit prozentual stärker als das Durchschnittseinkommen der ostdeutschen Haushalte insgesamt⁹. Dennoch liegt es weiterhin unter dem ostdeutschen Durchschnitt und unter dem Einkommen der westdeutschen Hochaltrigen.

Tabelle 3-1 enthält neben den Angaben zum Haushaltsnettoeinkommen auch die Höhen der so genannten Äquivalenzeinkommen¹⁰ und weist für die verschiedenen Haushaltstypen die Anteile der in relativer Einkommensarmut und relativem Einkommensreichtum lebenden Privathaushalte aus. Die Berechnung von Äquivalenzeinkommen dient der Ausschaltung von Struktureffekten beim Vergleich unterschiedlich zusammengesetzter Haushalte, vor allem der Kontrolle der Haushaltsgrößen.

1998 betrug das äquivalenzgewichtete monatliche Einkommen der Personen in Haushalten Hochaltriger (d. h. in Haushalten, bei denen die Person mit dem Haupteinkommensbezug 80 Jahre und älter ist) rund 2 800 DM (1 432 Euro)¹¹, allerdings bei deutlichen Unterschieden zwischen den Geschlechtern. In Haushalten mit einem männlichen Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren lag das Äquivalenzeinkommen mit durchschnittlich 3 279 DM (1 677 Euro) nur 2 % unter dem nationalen Mittel. In der Mehrzahl handelt es sich dabei um Haushalte hochaltriger Ehepaare. Hingegen liegt das äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Haushalten mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin mit 2 503 DM (1 780 Euro) um 25 % unter dem Durchschnitt aller Haushalte. Bei diesen Haushalten handelt es sich überwiegend um Einpersonenhaushalte, was auch an der nur geringen Differenz zum ungewichteten Haushaltseinkommen zu erkennen ist. Allein lebenden hochaltrigen Frauen, die die große Mehrheit der Hochaltrigen ausmachen, steht demnach ein Viertel weniger Nettoeinkommen zur Verfügung als den restlichen Hochaltrigen und der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung insgesamt. Ein geringeres Nettoäquivalenzeinkommen haben im Vergleich der Altersgruppen nur noch die Mitglieder der Haushalte mit 18- bis 24-jährigen Haupteinkommensbeziehenden und – im Vergleich der Familientypen – die in Haushalten Alleinerziehender Lebenden (2 284 DM/1 168 Euro).

Wie für die Bevölkerung insgesamt, sind auch die Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland niedriger als im Westen. Auffällig ist, dass ihr Einkommen auch weiter hinter dem ostdeutschen Durchschnittseinkommen zurückliegt als das der westdeutschen Hochaltrigen hinter dem westdeutschen Durchschnitt. Dies trifft wiederum besonders auf die Haushalte hochaltriger Frauen zu. Das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen in diesen Haushalten erreicht mit durchschnittlich 1 718 DM

(878 Euro) nur zwei Drittel des ostdeutschen Durchschnitts. Damit sind die geschlechtsspezifischen Einkommensunterschiede im hohen Alter im Osten Deutschlands ausgeprägter als im Westen. Im mittleren Erwachsenenalter ist es umgekehrt.

Zu dieser Besonderheit dürfte beitragen, dass die ostdeutschen Rentnerinnen und Rentner nicht gleichermaßen von den Rentenanpassungen der letzten Jahre profitiert haben. Wie Münnich (2001b) zeigt, konnten vor allem alleinlebende alte Frauen in den vergangenen Jahren nur unterdurchschnittliche Einkommenszuwächse erzielen. Eine Ursache hierfür ist im sukzessiven Abbau der durch den Systemwechsel bedingten, anfänglich gewährten Rentenzuschläge und Auffüllbeträge zu sehen. Seit 1996 werden diese abgeschmolzen. In der Praxis geschieht dies durch Anrechnung der jährlichen Rentenanpassungen auf diese Zuschläge und Auffüllbeträge. Dies führt dazu, dass für die Betroffenen die Renten trotz Rentenerhöhung auf Jahre hinaus konstant bleiben.¹² Da es sich bei mehr als neun von zehn Betroffenen um Frauen handelt, hat dieses „Abschmelzen“ der Rentenzuschläge und Auffüllbeträge zu einer Auseinanderentwicklung der Haushaltsnettoeinkommen in den neuen Bundesländern zwischen allein lebenden Rentnern und allein lebenden Rentnerinnen geführt. Letztere geraten zusehends ins Hintertreffen.

Wie aus Tabelle 3-1 ebenfalls zu erkennen ist, gibt es bei den Alterseinkommen neben den Ost-West-Unterschieden und den Unterschieden zwischen den Geschlechtern auch deutliche Unterschiede zwischen Rentner- und Pensionärshaushalten. Die Mitglieder der Haushalte, deren Einkommen überwiegend aus Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung besteht, erzielten 1998 ein durchschnittliches Nettoäquivalenzeinkommen in Höhe von 2 702 DM (1 382 Euro) [West: 2 830 DM (1 447 Euro), Ost: 2 260 DM (1 156 Euro)]. Dies entspricht 81 % des nationalen Durchschnitts. Besser gestellt sind jene Seniorinnen und Senioren mit überwiegendem Einkommen aus öffentlichen Pensionen. Das äquivalenzgewichtete Pro-Kopf-Einkommen in Pensionärshaushalten übertrifft mit monatlich 4 898 DM (2 504 Euro) das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung um 47 %, das der in Rentnerhaushalten Lebenden um 81 %. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in die Berechnung der Einkommen von Pensionären auch erhaltene Beihilfe zur Begleichung von Gesundheitsleistungen eingeht, die bei gesetzlich Krankenversicherten aufgrund des Sachleistungsprinzips der gesetzlichen Krankenversicherung nicht anfallen. Zudem rechnet das Statistische Bundesamt bei Haushalten, die im eigenen Wohneigentum wohnen und dadurch Miete sparen, diese Einsparung standardmäßig als fiktive Einnahme bzw. geldwerten Vorteil zum Einkommen hinzu.¹³ Da Pensionärshaushalte häufiger im

⁹ Dieses erhöhte sich von 1993 bis 1998 um 21,5% von 3 342 DM (1 709 Euro) auf 4 059 DM (2 075 Euro).

¹⁰ Siehe Fußnote 6.

¹¹ Dieser Wert wurde aus den vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Nettoäquivalenzeinkommen der Mitglieder der Haushalte hochaltriger Männer und Frauen in Verbindung mit der Anzahl der Haushalte berechnet.

¹² Die Zahl der an ostdeutsche Frauen gezahlten Renten wegen Alters, für die Rentenzuschläge/Auffüllbeträge gewährt wurden, sank zwischen 1993 und 1998 von 1,6 auf 1,1 Millionen. Der durchschnittliche Zuschlag/Auffüllbetrag ging im selben Zeitraum von 249 DM (127 Euro) auf 158 DM (81 Euro) zurück, bei einem durchschnittlichen Rentenzahlbetrag von 1 062 DM (543 Euro) (Münnich 2001b).

¹³ In gleicher Höhe wird diese unterstellte Miete dann auch bei den Ausgaben hinzu gerechnet.

eigenen Wohneigentum (insbesondere im eigenen Haus) wohnen als Rentner, schlägt sich dies bei deren Kapitaleinkünften stärker nieder (vgl. Tabelle 3-2). Ungeachtet dessen gestaltet sich die finanzielle Lage der Beamtinnen und Beamten im Ruhestand komfortabler als die der Rentnerinnen und Rentner.

Da die fernere Lebenserwartung von Pensionärinnen und Pensionären im Durchschnitt höher ist als die der Rentnerinnen und Rentner¹⁴, haben sie auch größere Chancen, ein hohes Alter zu erreichen und in die Gruppe der Hochaltrigen zu gelangen. Die Zahl der Versorgungsempfänger wird als Folge der vergangenen Expansion des öffentlichen Dienstes in den nächsten Jahren kräftig steigen. Wenn diese später das Hochaltrigenalter erreichen, wird das auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung und das Einkommen der Hochaltrigen insgesamt haben.

Bei all diesen Vergleichen zur relativen Einkommensposition ist allerdings zu beachten, dass die Bestimmung der Äquivalenzeinkommen der Mitglieder von Mehrpersonenhaushalten entscheidend von den gewählten Personengewichten abhängt. Wendet man zum Beispiel statt der neueren, modifizierten OECD-Skala die ältere OECD-Skala an, bei der die weiteren Haushaltsmitglieder (insbesondere die Kinder) ein höheres Haushaltsgewicht erhalten, verringert sich das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen der Mitglieder von Mehrpersonenhaushalten. Das Äquivalenzeinkommen in Einpersonenhaushalten

¹⁴ Anhand der im Versorgungsbericht der Bundesregierung ausgewiesenen Zahlen zum Alter der 1993 verstorbenen Ruhegehaltsempfänger der Gebietskörperschaften (Deutscher Bundestag 1996: 169) lässt sich deren durchschnittliches Sterbealter ungefähr ermitteln. Dieses lag damals für die Männer bei 78,9 Jahren, für die Ruhegehalt beziehenden Frauen bei 79,4 Jahren. Das durchschnittliche Wegfallalter der Versichertenrenten in der gesetzlichen Rentenversicherung lag demgegenüber 1993 bei 73,1 Jahren für Männer und 78,1 Jahren für Frauen (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1997: 108). Der Wegfall der Witwenrente aus der Sozialversicherung erfolgte mit durchschnittlich 81,1 Jahren, während die 1993 verstorbenen Empfängerinnen von Hinterbliebenenbezügen der Gebietskörperschaften im Durchschnitt 84,6 Jahre alt waren.

bleibt (wegen der Division des Haushaltseinkommens durch 1) jedoch konstant, das der Haushalte hochaltriger Frauen liegt bei Anwendung der alten OECD-Skala bei 2 485 DM (1 271 Euro) (Statistisches Bundesamt 2001c: 113). Es erreicht dann 83 % des nationalen Durchschnitts (statt nur 75 %). Das Äquivalenzeinkommen in Haushalten mit einem männlichen Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren liegt dann mit 3 049 DM (1 559 Euro) sogar um 2 % über dem Durchschnitt der in Privathaushalten lebenden Bevölkerung.

3.2.1.2 Einkommensverteilung und Einkommensarmut Hochaltriger

Die Gegenüberstellung der Durchschnittseinkommen Hochaltriger mit anderen sozialen Gruppen vermittelt nur einen allgemeinen Überblick über deren Einkommenssituation und -position. Im Dritten Altenbericht wurde bereits auf die Heterogenität der ökonomischen Lagen im Alter hingewiesen. Höhe und Struktur des Einkommens von Seniorinnen und Senioren hängen wesentlich ab von Ausmaß, Art und Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit, von der Sparfähigkeit und -bereitschaft im Lebensverlauf sowie von rechtlichen Regelungen, insbesondere denen, die die eigenen Ansprüche auf Leistungen der Alterssicherungssysteme und der zu entrichtenden Steuern und Abgaben bestimmen. Die während des Erwerbslebens ungleichen Möglichkeiten der Einkommenserzielung und Vermögensanhäufung und des Erwerbs von Anwartschaften auf Alterseinkommen bestimmen weitgehend das im Alter verfügbare regelmäßige Einkommen. Der kumulative Effekt der sozialen Ungleichheit über den Lebensverlauf bedingt eine hohe Variabilität der Alterseinkommen, die durch die Ausgestaltung des Sozialversicherungs- und Steuerrechts nur wenig abgemildert wird.¹⁵

¹⁵ Zum Beispiel durch nicht beitragsbezogene Rentenanwartschaften und Höherbewertung geringer Einkünfte am Beginn des Erwerbslebens, der Anrechnung eigener Einkünfte auf die Hinterbliebenenrente, der bisherigen Ausgestaltung der Zusatzrenten im öffentlichen Dienst.

Tabelle 3-2

Einnahmen aus Vermögen (einschl. fiktiver Mieteinnahmen aus selbstbewohntem Wohneigentum), 1998

Haushaltstyp (nach Haupteinkommensbezieher)	Einnahmen aus Vermögen	darunter: fiktive Mieteinnahmen	
	DM (Euro)	DM (Euro)	in %
Haushalte insgesamt	763 (390)	510 (261)	66,8
von Rentnern	650 (332)	418 (214)	64,3
von PensionärInnen	1.206 (617)	765 (391)	63,4
Haupteinkommensbezieher			
Männlich, 80 Jahre und älter	824 (421)	472 (241)	57,3
Weiblich, 80 Jahre und älter	374 (191)	207 (106)	55,3

Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c – EVS 1998.

Auch die geringere Lebenserwartung der unteren Einkommensgruppen ändert an der Heterogenität der Einkommen im hohen Alter nur wenig.

Einkommensstreuung und -verteilung

Wie aus Tabelle 3-3 zu entnehmen ist, streut das Einkommen nach Erreichen der Regelaltersgrenze zwar etwas weniger als zuvor, was hauptsächlich daran liegen dürfte, dass die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen eine Mischgruppe aus noch Erwerbstätigen, Renten-/Pensionsbeziehenden und Nicht-Erwerbstätigen ohne Rentenbezug ist. Unter den 65-Jährigen und Älteren ist dann jedoch keine klare altersspezifische Änderung der Einkommensstreuung mehr festzustellen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind ebenso ausgeprägt wie unter den jüngeren Alten. Einzige Ausnahme ist die größere Homogenität der Einkommenslagen unter den Ostdeutschen im Alter von 80 bis 84 Jahren, wobei die Einkommensspreizung in Ostdeutschland generell nicht so stark ist wie im Westen Deutschlands.

Tabelle 3-3

Variationskoeffizient der gewichteten ausgabefähigen Einnahmen (ohne Mietwert) im Monat, 1998

Alter der Bezugsperson des Haushalts	Variationskoeffizient*	
	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
85 und älter	0,61	0,37
80 bis 84	0,58	0,24
75 bis 79	0,63	0,34
70 bis 74	0,58	0,32
65 bis 69	0,61	0,33
60 bis 64	0,68	0,45

Quelle: Fachinger 2001a – EVS 1998.

* Variationskoeffizient = Standardabweichung in Prozent des Mittelwerts.

Einen genaueren Eindruck von den Einkommensunterschieden zwischen den Geschlechtern vermittelt deren Verteilung auf die einzelnen Einkommensklassen (vgl. Abbildung 3-3). Der Anteil der Haushalte mit einem Nettoäquivalenzeinkommen der Haushaltsmitglieder unter 1 000 DM (511 Euro) ist bei den Haushalten hochaltriger Frauen mehr als drei Mal so hoch wie bei den Haushalten hochaltriger Männer, und zweieinhalb mal so häufig finden sie sich in den Einkommensklassen zwischen 1 200 DM (614 Euro) und 1 800 DM (920 Euro). In 41 % der Haushalte hochaltriger Frauen gegenüber nur 19 % in den Haushalten hochaltriger Männer liegt das äquivalenzgewichtete Personennettoeinkommen der Haushaltsmitglieder unter 1 800 DM (920 Euro). Umgekehrt steht 61 % der Haushalte hochaltriger Männer gegenüber nur 38 % der Haushalte von Frauen ab 80 Jahren ein bedarfs-

gewichtetes Pro-Kopf-Einkommen in Höhe von mehr als 2 200 DM (1 125 Euro) zur Verfügung. Ein Fünftel der Haushalte mit einem Mann, aber nur ein Zwölftel derer mit einer Frau als Haupteinkommensbezieher liegt in der Einkommensklasse über 3 500 DM (1 790 Euro).

Relative Einkommensarmut

Angesichts dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Einkommensverteilung verwundert es nicht, dass die Einkommenssituation hochaltriger Frauen häufiger als die der Männer unter der Schwelle liegt, die vom Statistischen Bundesamt als Indikator für relative Einkommensarmut herangezogen wurde und – neben anderen Maßen – ebenfalls im Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung verwendet wurde (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d). Bei einem Viertel der Haushalte mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin lag 1998 das äquivalenzgewichtete Einkommen der Haushaltsmitglieder unter der Schwelle von 50 % des Durchschnittseinkommens (vgl. Abbildung 3-3). Die Quote relativer Einkommensarmut der Haushalte hochaltriger Frauen beträgt damit das Doppelte des nationalen Durchschnitts, der bei 12,7 % liegt. Von den Hochaltrigenhaushalten mit einem männlichen Einkommensbeziehenden sind 11 % als einkommensarm zu bezeichnen, von den Renten beziehenden Privathaushalten insgesamt nur 5,7 %, pensionierte Staatsbedienstete sind davon praktisch nicht betroffen. Relative Einkommensarmut unter Hochaltrigen ist zudem im Westen Deutschlands weiter verbreitet als im Osten. Insgesamt liegt das Äquivalenzeinkommen bei 19,5 % der Hochaltrigenhaushalte unter der 50 %-Schwelle, gegenüber 12,7 % im Durchschnitt aller Privathaushalte.

Sozialhilfebezug

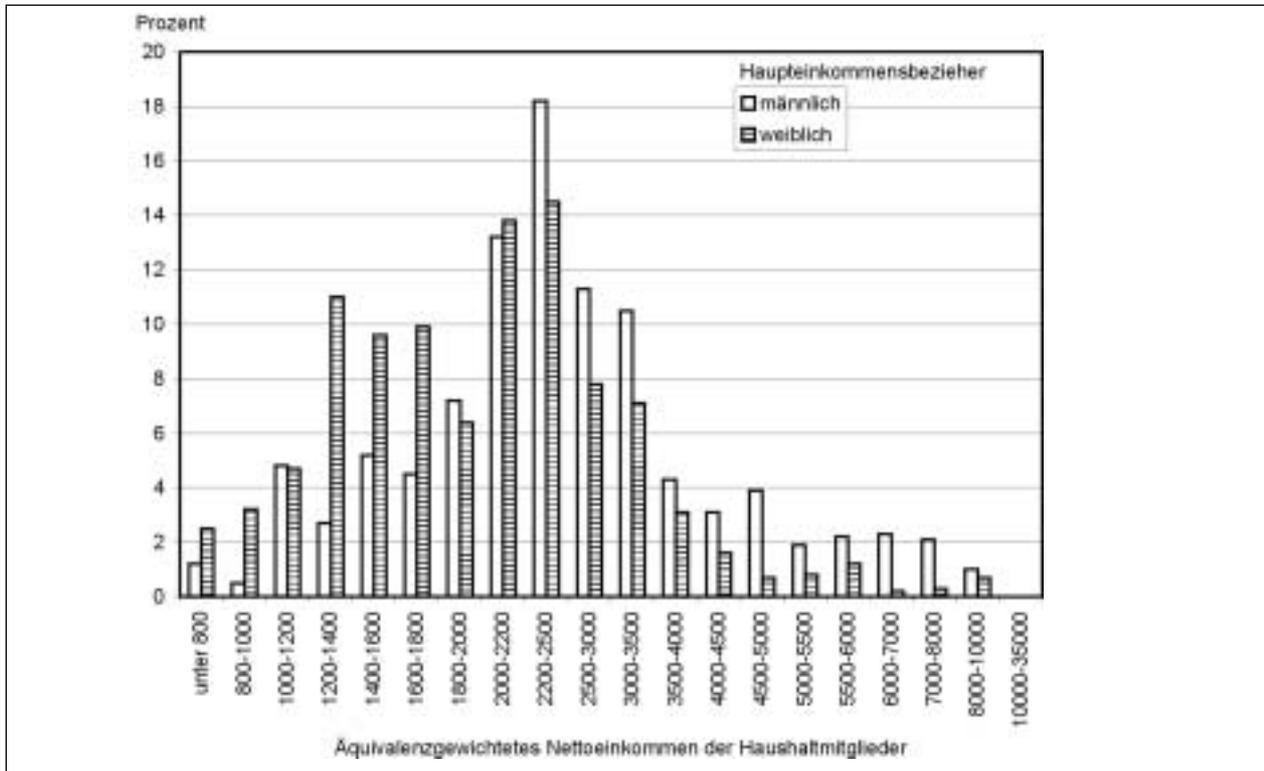
Obwohl der Anteil der Haushalte mit Niedrigeinkommen unter den Hochaltrigen damit über dem nationalen Durchschnitt liegt, sind sie vergleichsweise selten auf Sozialhilfe angewiesen. Ende 1999 erhielten nur 0,7 % der Männer und 1,7 der Frauen ab 80 Jahren vom Sozialamt Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Tabelle 3-4, Seite 58). In der Bevölkerung insgesamt lag diese Quote bei 3,4 %, bei einer mit dem Alter sinkenden Rate. Von den Kindern unter zehn Jahren erhielten 7,6 % laufende Hilfe zum Lebensunterhalt (vgl. Abbildung 3-4).

Fast neun von zehn hochaltrigen Hilfeempfängern sind Frauen. Die große Mehrheit der hochaltrigen Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt lebt in Einpersonenhaushalten. Bei den auf diese Unterstützung angewiesenen Hochaltrigen handelt es sich also hauptsächlich um allein lebende alte Frauen.

Zwar beziehen – wie gezeigt – relativ wenig Hochaltrige Sozialhilfe im engeren Sinne. Diejenigen jedoch, die darauf angewiesen sind, benötigen diese Unterstützung meist dauerhaft. Anders als Jüngere haben sie kaum mehr die Chance, finanziell unabhängig zu werden. Ende 1999 erhielten die Betroffenen im Alter von 85 und mehr Jahren im Durchschnitt bereits seit 70 Monaten Hilfe zum Lebensunterhalt, die 80- bis 84-Jährigen seit 65 Monaten.

Abbildung 3-3

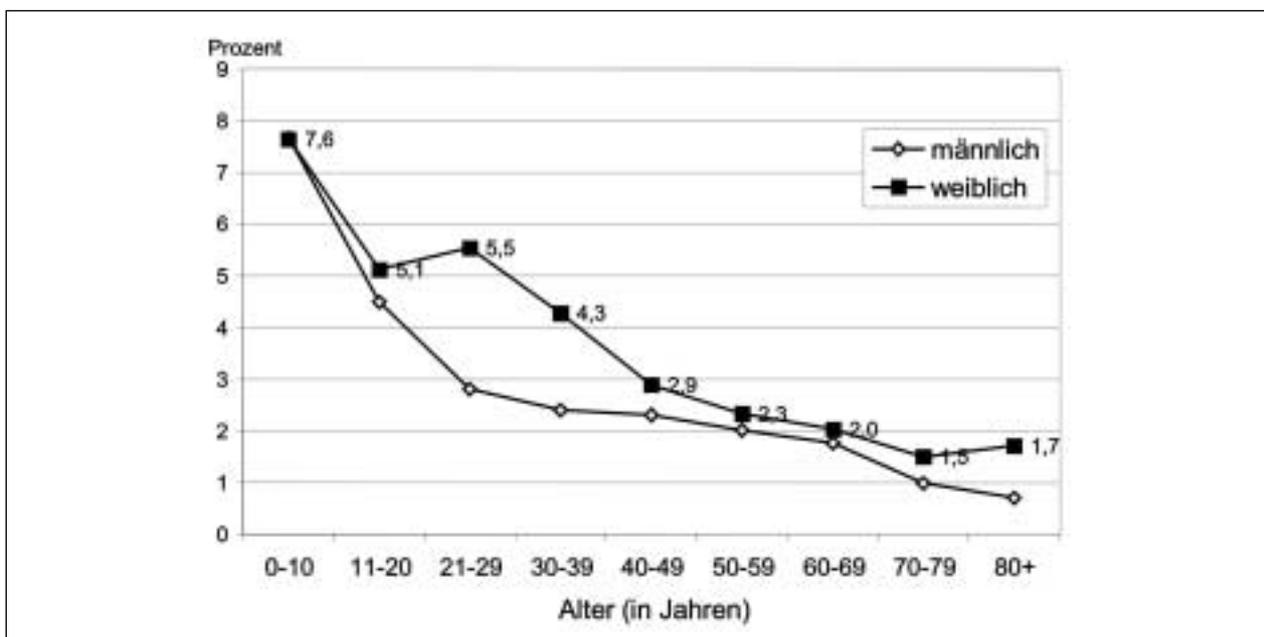
Schichtung der Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 80 und mehr Jahren nach dem äquivalenzgewichteten Nettoeinkommen der Haushaltsmitglieder, 1998



Quelle: Eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 2001c: 50 – EVS 1998.

Abbildung 3-4

Altersspezifische Quoten des Bezugs von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999



Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001g und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Tabelle 3-4

Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 1999

Zahl der Hilfeempfänger:	
– insgesamt	2.811.809
– im Alter von 80 und mehr Jahren (Hochaltrige)	42.461
darunter: Frauen	37.051 (87,3 %)
Männer	5.410 (12,7 %)
Hochaltrige außerhalb von Einrichtungen	35.691 (84,1 %)
Hochaltrige in Einrichtungen	6.770 (15,9 %)
Hilfeempfängerquote:	
– insgesamt	3,4 %
– bei Hochaltrigen (80 Jahre und älter)	1,4 %
– bei hochaltrigen Frauen	1,7 %
– bei hochaltrigen Männern	0,7 %
Bisherige Bezugsdauer der Hilfeempfänger außerhalb von Einrichtungen:	
– insgesamt	26,1 Monate
– der Empfänger im Alter von 80 bis 84 Jahren	65,1 Monate
– der Empfänger im Alter von 85 und mehr Jahren	70,1 Monate
Bedarfsgemeinschaften von Hilfeempfängern im Alter von 75 und mehr Jahren:	
– insgesamt	62.777
darunter: 1-Personen-Haushalte	49.788 (79,3 %)

Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001g, Deutscher Bundestag 2001 und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Verdeckte Armut

Es stellt sich die Frage, ob die relativ niedrige Sozialhilfequote älterer Menschen zum Teil dadurch bedingt ist, dass alte Menschen eher als andere die ihnen im Falle der Bedürftigkeit zustehenden Sozialhilfeansprüche nicht geltend machen. Unter dem Schlagwort der „verschämten Armut“ wird oft argumentiert, dass insbesondere ältere Menschen den Gang zum Sozialamt scheuen, da sie den Unterhaltsrückgriff auf ihre Kinder befürchten oder moralische Vorbehalte gegen das Angewiesensein auf diese Transferleistung haben. Diese Vermutungen haben dazu beigetragen, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Altersvermögensgesetzes 2000 zum 1. Januar 2003 eine Grundversicherung für bedürftige Menschen ab 65 Jahren (und für dauerhaft voll Erwerbsgeminderte) auf Sozialhilfeniveau unter Ausschluss des Unterhaltsrückgriffs auf ihre Kinder eingeführt hat, sofern deren Jahreseinkommen 100 000 Euro nicht übersteigt.

Die Forschungsergebnisse zum Ausmaß der verdeckten Armut in Deutschland und den Gründen der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe trotz bestehenden Anspruchs sind sehr heterogen. Dies rührt auch daher, dass die Studien sich hinsichtlich der Methodik, der Datenquellen und der gewählten Indikatoren stark von einander unterscheiden (vgl. hierzu Engels & Sellin 2000, Engels 2001, Schöning & Ruiss 2000). Aus den neuesten Untersuchungen lässt sich entnehmen, dass ältere Menschen

zwar mit ihrem Einkommen (vor Erhalt von Sozialhilfe) unterdurchschnittlich oft unter der Sozialhilfeschwelle liegen, also seltener anspruchsberechtigt sind, diejenigen alten Menschen mit einem Einkommen unter der Sozialhilfeschwelle jedoch seltener als Jüngere Sozialhilfe in Anspruch nehmen (siehe Tabelle 3-5).

Bei der Interpretation der ausgewiesenen Quoten ist allerdings Vorsicht geboten. Mangels vorhandener Daten gelingt in den Studien nicht zwangsläufig eine perfekte Simulation des nach dem BSHG bestehenden Einkommensbedarfs und des vor einem Hilfebezug einzusetzenden Vermögens sowie der Geltendmachung vorrangiger Leistungsansprüche gegenüber Unterhaltspflichtigen. Deshalb kann man davon ausgehen, dass der tatsächliche Kreis der Sozialhilfeberechtigten und die Quote der Nichtinanspruchnahme geringer ist. Einer vergleichenden Betrachtung des Ausmaßes verdeckter Armut zwischen den Altersgruppen tut dies allerdings keinen Abbruch, sofern die Ungenauigkeiten in den Berechnungen nicht vom Alter abhängen.

Die Befunde von Neumann und Hertz sowie von Riphahn weisen im Übrigen darauf hin, dass der Anteil verdeckt Armer und die Quote der Nichtinanspruchnahme von Sozialhilfe bei Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen überdurchschnittlich hoch ist. Verdeckte Armut ist kein Problem, das vor allem ältere Menschen betrifft.

Tabelle 3-5

Altersspezifisches Ausmaß verdeckter Armut

Untersuchung (Datenquelle)	Altersgruppe	Anspruchsberechtigte ¹	Verdeckt Arme	
		in % der Bevölkerung/Haushalte		in % der Anspruchsberechtigten
Neumann & Hertz 1998 (SOEP 1995)	Insgesamt ²		3,4	52,3
	unter 6		2,6	
	7 bis 17		5,4	
	18 bis 59		3,4	
	60 und älter		2,5	
Kayser & Frick 2001 (SOEP 1996)	Insgesamt ³	6,5	4,1	63,1
	unter 50	7,6	4,7	61,6
	50 und älter	5,2	3,4	65,6
	60 und älter	5,3	4,1	77,5
	70 und älter	5,3	4,1	77,5
Riphahn 2000 (EVS 1993)	Insgesamt ²			62,7
	unter 30			68,3
	unter 40			53,3
	unter 50			54,1
	unter 60			63,6
	70 und älter			72,9

¹ Personen oder Haushalte mit einem Einkommen (vor Erhalt von Sozialhilfe) unterhalb der berechneten Sozialhilfeschwelle.

² Alter der in Privathaushalten lebenden Personen.

³ Haushalte nach dem Alter des Haushaltsvorstands.

Hilfe in besonderen Lebenslagen

Neben der als Sozialhilfe im engeren Sinn bekannten Hilfe zum Lebensunterhalt gibt es finanzielle Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz auch für Menschen in besonderen Lebenslagen mit erhöhtem Bedarf. Diese so genannte Hilfe in besonderen Lebenslagen richtet sich in nicht unerheblichem Maße an alte und hochaltrige Menschen. Insgesamt erhielten Ende 1999 118,9 Tausend bzw. 4,1 % der Hochaltrigen ab 80 Jahren Hilfe in besonderen Lebenslagen. Das Risiko, auf diese Leistung der Sozialhilfeträger angewiesen zu sein, ist für Hochaltrige um ein Vielfaches höher als für Jüngere. In neun von zehn Fällen handelt es sich um Frauen und acht von zehn Empfänger befinden sich in Einrichtungen.

Vor allem stationär Pflegebedürftige waren vor Einführung der Pflegeversicherung häufig auf diese Sozialhilfeleistung angewiesen, um die Heimkosten bezahlen zu können. Die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege betrug Ende 1994 noch 268,4 Tausend, verringerte sich dann bis Ende 1998 auf 160,2 Tausend, zweifellos ein Verdienst der Pflegeversicherung (Deutscher Bundestag 2001: 45). Im Jahr darauf stieg die Empfängerzahl jedoch kräftig, sodass Ende 1999

190,9 Tausend Heimbewohner auf diese Sozialhilfeleistung angewiesen waren. Bezieht man diese Zahl auf die Gesamtzahl der stationär Pflegebedürftigen nach SGB XI, erhalte ein Drittel ergänzende Hilfe zur Pflege (vgl. Tabelle 3-6, Seite 60). Allerdings sind nicht alle Empfänger von Hilfe zur Pflege pflegebedürftig nach SGB XI.

Eine der Ursachen dieses Wiederanstiegs liegt in der wachsenden Schere zwischen den ansteigenden Heimentgelten und den seit ihrer Einführung im Wesentlichen unverändert gebliebenen Leistungssätzen der Pflegeversicherung für die einzelnen Pflegestufen im stationären Bereich.

Wie Tabelle 3-7, Seite 61 zeigt, haben die Heimentgelte nach der Preisfreigabe zum Ende des Jahres 1998 (siehe Artikel 49b Pflegeversicherungsgesetz) einen deutlichen Preissprung vollzogen. In nur zwei Jahren stiegen die Heimentgelte (ohne Investitionskosten) – je nach Pflegeklasse und Landesteil – um 13,3 bis 20,5 %. Im Jahr 2000 mussten die in Heimen lebenden Pflegebedürftigen der Pflegestufe 3 im Durchschnitt ein monatliches Heimentgelt in Höhe von 5 517 DM (2 821 Euro) in den alten Bundesländern und 4 370 DM (2 234 Euro) in den neuen

Tabelle 3-6

Empfänger von Hilfe in besonderen Lebenslagen am 31. Dezember 1999

Zahl der Hilfeempfänger:	
– insgesamt	963.327
– im Alter von 80 und mehr Jahren (Hochaltrige)	118.863
darunter: Frauen	106.463 (89,6 %)
Männer	12.400 (10,4 %)
Mit gleichzeitigem Erhalt von Hilfe zum Lebensunterhalt	24.967 (21,0 %)
Hochaltrige in Einrichtungen	96.592 (81,3 %)
Hilfeempfängerquote:	
– insgesamt	1,2 %
– bei Hochaltrigen (80 Jahre und älter)	4,1 %
– bei hochaltrigen Frauen	4,9 %
– bei hochaltrigen Männern	1,6 %
Bisherige Dauer der Gewährung von Hilfe zur Pflege an deutsche Personen im Alter von ... Jahren:	
– 75 bis 84 Jahren	4,0 Jahre
– 85 und mehr Jahren	3,3 Jahre
Wichtigste Arten der Hilfgewährung an Hochaltrige (80+):	
– Hilfe zur Pflege	106.130 (89,3 %)
darunter: vollstationär	93.829
– Krankenhilfe	6.926 (5,8 %)
– Eingliederungshilfe für Behinderte	4.641 (3,9 %)
Ergänzender Sozialhilfebezug bei Pflegebedürftigen:	
– in Einrichtungen: Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen (191 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Einrichtungen (578 Tsd.)	33 %
– in Privathaushalten: Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen (57 Tsd.) je 100 Pflegebedürftige nach SGBXI in Privathaushalten (1351 Tsd.)	4 %

Quellen: Eigene Zusammenstellung aus Daten in Statistisches Bundesamt 2001f, Deutscher Bundestag 2001 und vom Statistischen Bundesamt erhaltenen Zahlen zur Altersstruktur der Bevölkerung.

Bundesländern begleichen.¹⁶ Abzüglich des – seit Einführung der Pflegeversicherung nicht erhöhten – Zuschusses der sozialen Pflegeversicherung in Höhe von 2 800 DM (1 432 Euro)¹⁷ mussten Heimbewohner der Pflegestufe 3 von den monatlichen Heimentgelten (ohne Investitionskosten) im Westen durchschnittlich 2 717 DM (1 389 Euro), im Osten 1 570 DM (830 Euro) aus eigener Tasche begleichen bzw. bei nicht ausreichenden eigenen Ressourcen die finanzielle Unterstützung durch Angehörige oder den Sozialhilfeträger in Anspruch nehmen. Der durch die Pflegeversicherung gedeckte Teil der

Heimkosten verringerte sich zwischen 1998 und 2000 bei Pflegestufe 3 im Westen von 57,5 auf 50,8 %, im Osten von 74,3 auf 64,1 %.

Da die Heimentgelte zudem stärker gestiegen sind als die Alterseinkommen (vgl. Rothgang 2001), sind mehr Heimbewohner wieder auf die ergänzende Hilfe zur Pflege der Sozialhilfeträger angewiesen. Binnen eines Jahres (zwischen Ende 1998 und Ende 1999) erhöhte sich ihre Zahl von 160 Tausend auf 191 Tausend (+ 19 %). Rund die Hälfte dieser Hilfeempfänger (94 Tausend) sind Hochaltrige. Die von der Bundesregierung geäußerte Befürchtung „Ohne eine Dynamisierung der Leistungen unter Berücksichtigung der Entgeltentwicklung muss mit einer Zunahme des Anteils der Sozialhilfeempfänger gerechnet werden“ (Deutscher Bundestag 2000: 12) wird zusehends Realität.

¹⁶ In einzelnen Bundesländern kommt noch die Beteiligung der Heimbewohner an den Investitionskosten des Heimes hinzu.

¹⁷ In Härtefällen (1999 ca. 2 % der stationär Pflegebedürftigen der Stufe 3) können bis zu 3 300 DM (1 687 Euro) Leistungen gewährt werden.

Bezogen auf die Zahl der in Heimen lebenden Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ist jeder dritte pflegebedürftige Heimbewohner mangels ausreichender finanzieller Ressourcen auf ergänzende Hilfe zur Pflege des Sozialhilfeträgers angewiesen (siehe Tabelle 3-7). Wenn

rund ein Drittel der pflegebedürftigen Heimbewohner nicht in der Lage ist, aus eigenen Mitteln und den erhaltenen Leistungen der Pflegeversicherung die Kosten des Heimaufenthalts zu bestreiten, gerät stationäre Pflegebedürftigkeit zu einem Armutsrisiko ersten Ranges.

Tabelle 3-7

Entwicklung der Heimentgelte und der Differenz zu den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung, 1998 bis 2000

Pflegeklasse/ -stufe	Höhe des Heimentgelts ¹ :			Zunahme		
	1998	1999	2000	1998→1999	1999→2000	1998→2000
Westdeutschland						
I	3.193 DM (1.633 €)	3.283 DM (1.679 €)	3.847 DM (1.967 €)	+2,8 %	+17,2 %	+20,5 %
II	3.914 DM (2.001 €)	3.980 DM (2.035 €)	4.626 DM (2.365 €)	+1,7 %	+16,2 %	+18,2 %
III	4.870 DM (2.490 €)	4.866 DM (2.488 €)	5.517 DM (2.821 €)	-0,1 %	+13,4 %	+13,3 %
Ostdeutschland						
I	2.554 DM (1.306 €)	2.677 DM (1.369 €)	2.982 DM (1.525 €)	+4,8 %	+11,4 %	+16,8 %
II	3.014 DM (1.541 €)	3.175 DM (1.623 €)	3.560 DM (1.820 €)	+5,3 %	+12,1 %	+18,1 %
III	3.769 DM (1.927 €)	3.977 DM (2.033 €)	4.370 DM (2.234 €)	+5,5 %	+9,9 %	+15,9 %
Pflegeklasse/ -stufe	Differenz zwischen dem Heimentgelt und den Pauschalleistungen der Pflegeversicherung bei vollstationärer Dauerpflege ² :					
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
DM (Euro)			in Prozent des Heimentgelts			
Westdeutschland						
I	1.193 DM (610 €)	1.283 DM (656 €)	1.847 DM (944 €)	37,4 %	39,1 %	48,0 %
II	1.414 DM (723 €)	1.480 DM (757 €)	2.126 DM (1.087 €)	36,1 %	37,2 %	46,0 %
III	2.070 DM (1.058 €)	2.066 DM (1.056 €)	2.717 DM (1.389 €)	42,5 %	42,5 %	49,2 %
Ostdeutschland						
I	554 DM (283 €)	677 DM (346 €)	982 DM (502 €)	21,7 %	25,3 %	32,9 %
II	514 DM (263 €)	675 DM (345 €)	1.060 DM (542 €)	17,1 %	21,3 %	29,8 %
III	969 DM (495 €)	1.177 DM (602 €)	1.570 DM (803 €)	25,7 %	29,6 %	35,9 %

¹ Pflegesatz zuzüglich Entgelt für Unterkunft und Verpflegung. Investitionskosten sind in den Angaben nicht enthalten.

² Höhe der Pauschalleistungen: 2 000 DM (1 023 Euro) (bei Stufe I), 2 500 DM (1 279 Euro) (bei Stufe II), 2 800 DM (1 432 Euro) (bei Stufe III). Der Erhalt höherer Leistungen (bis max. 3 300 DM/1 688 Euro) für Härtefälle in Stufe III bleibt unberücksichtigt. Circa 2 % der stationären Pflegebedürftigen in Stufe III sind solche Härtefälle (vgl. Deutscher Bundestag 2001: 27).

Quelle: Rothgang 2001: 121 und eigene Berechnungen.

3.2.1.3 Vermögenssituation im Alter

Die zentrale Datenbasis mit Informationen zum Vermögen der Privathaushalte unterschiedlicher Größe und Zusammensetzung in Deutschland ist die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe des Statistischen Bundesamts (vgl. Statistisches Bundesamt 2001c). Die verfügbaren Publikationen mit Ergebnissen der EVS 1998 zur Vermögenssituation weisen als oberste Altersgruppe meist die Gruppe der 70-Jährigen und Älteren aus.

Privathaushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 70 und mehr Jahren hatten 1998 im Durchschnitt ein Nettogeldvermögen in Höhe von 62,8 Tausend DM (32,1 Tausend Euro) im Westen und 24,4 Tausend DM (12,5 Tausend Euro) im Osten der Republik (vgl. Tabelle 3-8). Sie haben damit rund 8 (West) bzw. 18 % (Ost) weniger auf der „hohen Kante“ als der Durchschnitt aller Privathaushalte. Die Verteilung des Vermögens ist allerdings weit ungleicher als die Einkommensverteilung. So reicht etwa bei den Einpersonenhaushalten von 75-Jährigen und Älteren nach den Ergebnissen des Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung die Spanne des Nettogesamtvermögens (einschl. Immobili-

envermögen) von nur 1 000 DM (511 Euro) beim untersten Fünftel dieser Altersgruppe bis 580 000 DM (296 500 Euro) beim obersten Fünftel (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 58)¹⁸. Die erhebliche Streuung wird auch daran ersichtlich, dass innerhalb der Haushalte mit einem Haupteinkommensbezieher im Alter von 70 und mehr Jahren 13 % sowohl einkommens- als auch vermögensmäßig das unterste Fünftel und 5 % das oberste Fünftel bilden (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001c: 99).

Wenig bis gar kein Geldvermögen haben innerhalb der Bevölkerung ab 70 Jahren vor allem die Rentnerinnen und Rentner in Einpersonenhaushalten, insbesondere in Ostdeutschland. In den neuen Bundesländern verfügen rund 11 % der allein lebenden Rentnerinnen und Rentner ab 70 Jahren über keine finanziellen Rücklagen, in den alten Bundesländern trifft dies auf 9 % der allein lebenden Rentnerinnen und 12,6 % der allein lebenden Rentner

¹⁸ Tatsächlich dürften die Unterschiede noch größer sein, da in der EVS Heimbewohner und Haushalte mit einem monatlichen Nettoeinkommen von über 35 000 DM (17 895 Euro) nicht enthalten sind.

Tabelle 3-8

Vermögen und Schulden privater Haushalte, 1998

Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
Durchschnittliches Nettogeldvermögen ¹ :			
– insgesamt	61.304 DM (31.344 €)	68.111 DM (34.825 €)	29.622 DM (13.612 €)
– der 65- bis 69-Jährigen		83.077 DM (42.477 €)	32.924 DM (16.834 €)
– der 70-Jährigen und Älteren		62.840 DM (32.130 €)	24.367 DM (12.459 €)
darunter: allein lebende Rentnerinnen		38.821 DM (19.849 €)	16.195 DM (8.280 €)
allein lebende Rentner		59.720 DM (30.534 €)	10.524 DM (5.381 €)
allein lebende Pensionärinnen		74.229 DM (37.953 €)	
allein lebende Pensionäre		107.729 DM (55.081 €)	
Anteil der Haushalte ohne Geldvermögen:			
– insgesamt	7,7 %	7,7 %	7,4 %
– bei 65- bis 69-Jährigen		6,6 %	7,1 %
– bei 70-Jährigen und Älteren		7,4 %	8,7 %
darunter: allein lebende Rentnerinnen		9,1 %	11,5 %
allein lebende Rentner		12,6 %	11,2 %
allein lebende Pensionärinnen		5,3 %	
allein lebende Pensionäre		3,3 %	

noch Tabelle 3-8

Merkmal (Haushaltstyp nach Alter und sozialer Stellung des Haupteinkommensbeziehers)	Deutschland	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder und Berlin-Ost
Haushalte mit Haus- und Grundbesitz:			
– insgesamt	45,1 %	47,8 %	33,3 %
darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum ²	40,3 %	43,6 %	25,9 %
– bei Rentnern	41,0 %	45,7 %	24,3 %
– bei Pensionären		63,4 %	/
– bei 65- bis 69-Jährigen	49,4 %	53,9 %	28,2 %
– bei 70-Jährigen und Älteren	39,3 %	43,7 %	19,8 %
darunter: mit selbstbewohntem Wohneigentum ²	36,6 %	41,4 %	15,4 %
Durchschnittlicher Verkehrswert des Besitzes:			
– insgesamt		467.057 DM (238.802 €)	231.268 DM (118.245 €)
– bei Rentnern		181.424 DM (92.761 €)	161.201 DM (82.421 €)
– bei Pensionären		290.176 DM (148.365 €)	/
– bei 65- bis 69-Jährigen		232.237 DM (118.741 €)	158.825 DM (81.206 €)
– bei 70-Jährigen und Älteren		175.107 DM (89.531 €)	144.875 DM (74.073 €)
Mit (Rest)Schulden belastete Immobilien ³ :			
– insgesamt	53,7 %	54,3 %	50,2 %
– bei Rentnern	21,6 %	21,1 %	24,7 %
– bei Pensionären		33,1 %	/
– bei 65- bis 69-Jährigen	26,1 %	26,1 %	[25,5 %]
– bei 70-Jährigen und Älteren	14,5 %	14,3 %	[16,6 %]
Durchschnittliche Höhe der Restschuld ⁴ :			
– insgesamt		154.322 DM (78.904 €)	111.902 DM (57.215 €)
– bei Rentnern		86.371 DM (44.161 €)	44.877 DM (22.945 €)
– bei Pensionären		92.740 DM (47.417 €)	/
– bei 65- bis 69-Jährigen		91.520 DM (46.793 €)	[50.451 DM] (25.795 €)
– bei 70-Jährigen und Älteren		90.550 DM (46.297 €)	[36.959 DM] (18.897 €)

¹ Im Durchschnitt aller Haushalte, unter Abzug vorhandener Schulden aus Konsumentenkrediten.

² Der Haushalte.

³ Der Haushalte mit Haus- und Grundbesitz.

⁴ Je Haushalt mit Restschuld.

[] = Angaben in Klammern wegen geringer Fallzahl in der Stichprobe.

/ = Keine Angaben wegen zu geringer Fallzahl.

Quellen: Münnich 2001a, 2001b und eigene Zusammenstellung aus Statistisches Bundesamt 1999 – EVS 1998.

diesen Alters zu. Nur selten ohne Ersparnisse sind hingegen Pensionärshaushalte, die zudem im Mittel vermögenter sind als der Durchschnittshaushalt.

39 % der Haushalte von 70-Jährigen und Älteren sind im Besitz von Immobilien, 37 % wohnen im eigenen Wohneigentum. Aufgrund der in der Vergangenheit unterschiedlichen Gesellschaftssysteme mit ihrer je eigenen Wohnungspolitik ist Wohneigentum in Ostdeutschland weniger verbreitet als in Westdeutschland. In den neuen Bundesländern wohnen 85 % der Privathaushalte dieser Altersgruppe zur Miete, in den alten Bundesländern nur 63 %.

Der Verkehrswert der im Besitz der Altenhaushalte (ab 70 Jahren) befindlichen Immobilien beträgt durchschnittlich 175 107 DM (89 531 Euro) im Westen und 144 875 DM (74 073 Euro) im Osten. Im Unterschied zum Wohneigentum Jüngerer sind die Immobilien alter Menschen größtenteils schuldenfrei.

3.2.2 Einkommensverwendung im hohen Alter

In diesem Abschnitt soll der Frage nachgegangen werden, wie hoch die Ausgaben Hochaltriger für den privaten Konsum im Vergleich zu jüngeren Seniorinnen und Senioren sind, in welchen Konsumbereichen sie möglicherweise höhere oder niedrigere Aufwendungen haben und wie es um ihr Sparverhalten steht. Die Hauptdatenquelle ist wiederum die Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

Die Zahlen in Tabelle 3-9 zeigen, dass die Konsumausgaben der älteren Menschen absolut und in % ihres Einkommens umso geringer sind, je höher ihr Alter ist. Sie betragen bei den Haushalten mit einer hochaltrigen Bezugsperson in West- und Ostdeutschland absolut annähernd nur die Hälfte dessen, was Haushalte mit einer jüngeren Bezugsperson im Alter beispielsweise von 60 bis 64 Jahren ausgeben. Der auf den privaten Verbrauch entfallende Anteil des Einkommens (Konsumquote) ist bei Hochaltrigen allerdings nicht im selben Ausmaß geringer, da ihnen im Durchschnitt weniger Einkommen als den jüngeren Seniorinnen und Senioren zur Verfügung steht.

Die westdeutschen Hochaltrigenhaushalte verwendeten 1998 durchschnittlich 2 042 DM (1 044 Euro) bzw. 70,7 % ihres Einkommens für den Erwerb von Gütern und Dienstleistungen. Bei den 60- bis 64-Jährigen lagen diese Ausgaben bei 3 748 DM (1 916 Euro) bzw. 79,7 %. Dieser Unterschied dürfte sowohl Ausdruck einer allgemeinen Verringerung der Konsumausgaben im Verlauf des Alters sein als auch Ausdruck der unterschiedlichen Generationenzugehörigkeit.¹⁹

Auffällig ist zudem, dass die Ausgaben Älterer und Hochaltriger für den privaten Verbrauch in den neuen Bundesländern zwar absolut niedriger sind als im Westen, jedoch

einen höheren Anteil ihres Einkommens in Beschlag nehmen. Dies hängt mit ihrem geringeren Einkommen zusammen. Es ist eine altbekannte ökonomische Erkenntnis, dass der Anteil des Einkommens, der für die alltägliche Lebensführung aufgewendet wird bzw. werden muss, umso höher ist, je weniger Einkommen zur Verfügung steht. Im Extrem übersteigen die Konsumausgaben gar das Einkommen, was zum Abbau von Ersparnissen (sofern vorhanden) oder zur Verschuldung führt. Wie München (2001b) zeigt, sind die Konsumausgaben des untersten Einkommensfünftels der Rentnerhaushalte in Deutschland höher als ihr Einkommen.

Dennoch ist erstaunlich, dass auch Hochaltrige im Allgemeinen noch einen Teil ihres Einkommens zurücklegen bzw. einen positiven Saldo aus Vermögenszu- und -abgängen aufweisen (vgl. Tabelle 3-10). Nur denjenigen in Ostdeutschland, die mit 85 Jahren oder älter – noch – einen eigenen Haushalt führen, gelingt dies nicht mehr. Auch im hohen Alter scheint der Wunsch zu bestehen, die eigenen Ersparnisse noch etwas zu mehren oder zumindest konstant zu halten. Die mit dem Alter rückläufige Konsumquote erleichtert dies. Allerdings gehen die Beträge und die Sparquote deutlich zurück.

Nicht nur die Höhe, auch die Struktur der Konsumausgaben ändert sich mit dem Alter.

Insbesondere bei den Gütergruppen „Wohnen“ und „Gesundheitsgüter“ zeigt sich, dass Personen im hohen Alter hierfür anteilmäßig mehr aufwenden. Diesen höheren Ausgaben stehen überproportional niedrigere Ausgaben für die Gruppe „Verkehr“ gegenüber.

Die strukturellen Unterschiede in den Ausgaben von Haushalten älterer Menschen ergeben im Prinzip drei Arten von Ausgabenkategorien (vgl. Tabelle 3-11, Seite 66):

1. Gütergruppen, bei denen die Ausgaben in allen Altersgruppen anteilmäßig in etwa die gleiche Bedeutung haben. Zu diesen gehören die Ausgaben für Nahrungs- und Genussmittel, für Nachrichtenübermittlung, für Bildungswesen und für Übernachtung und Speisen außer Haus.
2. Gütergruppen, bei denen die Ausgaben anteilmäßig bei Haushalten mit einer jeweils älteren Bezugsperson höher sind. Zu diesen zählen die Ausgaben für Wohnen und Wohnungsinstandsetzung, für Haushaltsenergie, für Gesundheitspflege und für andere Waren und Dienstleistungen.
3. Gütergruppen, bei denen die Anteilswerte der Ausgaben bei Haushalten mit jeweils älteren Bezugspersonen niedriger sind. Hierzu sind die Ausgaben für Bekleidung und Schuhe, für Güter für die Haushaltsführung, für Verkehr sowie für Freizeit, Unterhaltung und Kultur zu rechnen.

Hochaltrige sind wegen ihres geringeren finanziellen Spielraums und ihres geringeren Vermögens vulnerabler gegenüber plötzlichen Verschlechterungen ihrer Einkommenssituation oder beim Entstehen zusätzlicher Ausgabenerfordernisse. Aufgrund ihres hohen Alters sind sie

¹⁹ Die Tatsache der mit steigendem Alter sinkenden Konsumausgaben bestätigt sich auch unter Kontrolle der mit zunehmendem Alter abnehmenden Haushaltsgröße (vgl. Fachinger 2001a).

Tabelle 3-9

Mittelwert der monatlichen Ausgaben für den privaten Verbrauch und des ausgabefähigen Einkommens sowie Konsumquoten der Haushalte Äterer, 1998¹

	Alterskategorie					
	60 bis 64	65 bis 69	70 bis 74	75 bis 79	80 bis 84	85 und älter
Westdeutschland						
Privater Verbrauch in DM (Euro)	3.748 (1.916)	3.366 (1.721)	2.910 (1.488)	2.642 (1.351)	2.381 (1.217)	2.042 (1.044)
Ausgabefähiges Einkommen in DM (Euro)	4.703 (2.405)	4.064 (2.078)	3.561 (1.821)	3.365 (1.720)	3.083 (1.576)	2.887 (1.476)
Konsumquote ² (%)	79,7	82,8	81,7	78,5	77,2	70,7
Ostdeutschland						
Privater Verbrauch in DM (Euro)	2.911 (1.488)	2.780 (1.421)	2.341 (1.197)	2.106 (1.077)	2.122 (1.085)	1.603 (820)
Ausgabefähiges Einkommen in DM (Euro)	3.390 (1.733)	3.224 (1.648)	2.672 (1.366)	2.611 (1.335)	2.467 (1.261)	1.994 (1.020)
Konsumquote ² (%)	85,9	86,2	87,6	80,7	86,0	80,4

¹ Jeweils ohne Mietwert des selbst genutzten Wohneigentums.

² Konsumquote = Privater Verbrauch in % des ausgabefähigen Einkommens.

Quelle: Fachinger 2001a.

Tabelle 3-10

Sparquote und Höhe der Ersparnis der Haushalte Äterer, 1998

Alter des Haupteinkommens- beziehers	Ersparnis ¹		Sparquote ²
	Mittelwert	Median	
	in DM (Euro) pro Monat		in % des Einkommens
	Westdeutschland		
85 und älter	294 (150)	58 (30)	2,4
80 bis 84	254 (130)	85 (43)	3,3
75 bis 79	297 (152)	100 (51)	3,7
70 bis 74	195 (100)	111 (57)	3,8
65 bis 69	115 (79)	142 (73)	4,2
60 bis 64	353 (180)	240 (123)	6,3
	Ostdeutschland		
85 und älter	-20 (-10)	0	0
80 bis 84	155 (79)	84 (43)	3,6
75 bis 79	272 (139)	67 (34)	2,7
70 bis 74	146 (75)	29 (15)	1,2
65 bis 69	201 (103)	150 (77)	4,9
60 bis 64	244 (125)	167 (85)	5,5

¹ Saldo aus Vermögenszu- und -abgängen.

² Quotient aus dem Median der Ersparnis und dem Median des ausgabefähigen Einkommens.

Quelle: Fachinger 2001a.

Tabelle 3-11

Struktur des privaten Verbrauchs der Haushalte Älterer, 1998¹

Gütergruppe	Alter des Haupteinkommensbeziehers (in Jahren)					
	60 bis 64	65 bis 69	70 bis 74	75 bis 79	80 bis 84	85 und älter
	in % der Ausgaben für den privaten Verbrauch					
Früheres Bundesgebiet:						
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	13,8	16,5	19,3	21,3	23,8	26,6
Haushaltsenergie	5,5	6,0	6,3	6,6	6,8	7,6
Gesundheitspflege	6,0	6,2	6,6	7,6	7,6	8,9
Nahrungs- und Genussmittel	15,5	15,8	15,4	14,5	14,5	15,8
Nachrichtenübermittlung	2,6	2,7	2,9	2,9	3,0	3,1
Güter für die Haushaltsführung	8,4	8,5	7,8	7,8	8,0	6,8
Bildungswesen	0,4	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0
Bekleidung und Schuhe	6,6	6,2	6,0	5,8	5,3	3,9
Übernachtung, Speisen außer Haus	6,5	5,6	5,5	5,0	5,5	5,2
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	14,2	14,3	13,6	13,6	12,3	10,8
Verkehr	15,7	13,1	11,2	8,6	6,8	3,8
Andere Waren und Dienstleistungen	4,7	4,8	5,3	6,1	6,2	7,4
Privater Verbrauch insg. in DM (Euro) [=100 %]	3.748 (1.916)	3.366 (1.721)	2.910 (1.488)	2.642 (1.351)	2.381 (1.217)	2.042 (1.044)
Neue Länder und Berlin-Ost:						
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	20,6	21,4	23,5	24,3	31,2	27,3
Haushaltsenergie	5,5	5,8	5,9	6,6	5,9	9,4
Gesundheitspflege	3,4	3,9	4,2	4,6	5,7	7,5
Nahrungs- und Genussmittel	17,1	17,1	15,7	17,0	15,0	18,2
Nachrichtenübermittlung	2,6	2,6	2,8	3,0	3,1	2,8
Güter für die Haushaltsführung	9,8	9,7	10,9	8,0	6,5	8,0
Bildungswesen	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Bekleidung und Schuhe	5,8	5,6	5,6	5,7	5,1	4,4
Übernachtung, Speisen außer Haus	3,9	4,1	3,7	4,0	3,7	4,1
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	15,3	14,9	15,2	13,6	13,4	9,2
Verkehr	11,4	10,5	7,8	7,6	4,3	2,6
Andere Waren und Dienstleistungen	4,4	4,2	4,5	5,6	5,9	6,6
Privater Verbrauch insg. in DM (Euro) [=100 %]	2.911 (1.488)	2.780 (1.421)	2.341 (1.197)	2.106 (1.077)	2.122 (1.085)	1.603 (820)

¹ Ausgaben für die einzelnen Gütergruppen in % der Gesamtausgaben für den privaten Verbrauch (Mittelwerte).
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben in Fachinger 2001a – EVS 1998.

dabei zwei Risiken stärker ausgesetzt als Jüngere, die neben tief greifenden sozialen Veränderungen auch spürbare bis erhebliche materielle Einschränkungen zur Folge haben können: dem Verwitwungsrisiko und dem Risiko, pflegebedürftig zu werden oder von der Pflegebedürftigkeit der Partnerin bzw. des Partner betroffen zu sein. Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit den Auswirkungen dieser kritischen Lebensereignisse auf die materielle Lage im hohen Alter.

3.2.3 Spezifische Bedarfslagen und materielle Risiken Hochaltriger²⁰

Generell betrachtet ist nach dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben der Übergang vom 3. ins 4. Lebensalter, also

²⁰ Dieser Abschnitt stützt sich stark auf die Expertise von Dr. Uwe Fachinger für den 4. Altenbericht „Einnahmen und Ausgaben Hochaltriger“ (2001a).

zur Hochaltrigkeit, von einer Stabilität der Einkommenslage gekennzeichnet. Führt man sich die einzelnen Einkunfts- und Ausgabearten vor Augen, kann man im Prinzip davon ausgehen, dass sich die materielle Situation mit dem Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit neu bestimmt und sich dann im Großen und Ganzen nicht mehr entscheidend verändert. Die dominierende Einkunftsart von Haushalten älterer Menschen sind die Einkünfte aus einem Regelalterssicherungssystem – in der Mehrzahl der Fälle handelt es sich hierbei um Rentenzahlungen der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) und um Ruhestandsbezüge von Beamten (Pensionen) –, und diese werden nach der Ermittlung beim Erstbezug im Zeitablauf dynamisch angepasst. Es existieren jedoch auch in der Nacherwerbsphase einige Prozesse, die zu einer Veränderung der materiellen Lage und zu einer Differenzierung zwischen Haushalten älterer Menschen führen.

Zum einen ist dafür schon die Heterogenität der Altersvorsorge für die verschiedenen Gruppen von Erwerbstätigen verantwortlich. Hier ist auf die unterschiedlichen Anpassungsmechanismen von Leistungen in den Regelalterssicherungssystemen, in der betrieblichen Altersversorgung sowie bei Systemen, die eine Gesamtversorgung gewährleisten, und auf die unterschiedlichen Entwicklungen bei Einkommen aus Vermögen und Vermietungen hinzuweisen, die zu einer Differenzierung der Einkommensstruktur beitragen.

Zusätzlich wird die materielle Situation von Haushalten älterer Menschen im Zeitverlauf durch die akkumulierten Vermögen und die Kumulation von GRV-Renten und Betriebsrenten beeinflusst. Bekannt ist die starke Ungleichverteilung der Betriebsrenten zwischen Ost- und Westdeutschland. Während in den alten Bundesländern bei den Männern unter den 65-Jährigen und Älteren 28 % und den 85-Jährigen und Älteren 22 % und bei den Frauen 6 % (65+) bzw. 2 % (85+) eine eigene Betriebsrente beziehen, sind es in den neuen Bundesländern in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren und bei den 85-Jährigen und Älteren jeweils nur 1 % der Männer und jeweils weniger als ein halbes % der Frauen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1015 u. 2015). Die Vermögenssituation kann sich im Zeitablauf durch Schenkungen, Erbschaften, die Auflösung von Vermögensbeständen – beispielsweise zur Finanzierung von durch Pflegebedürftigkeit bedingten Ausgaben –, aber auch allein durch Zinserträge, Spekulationsgewinne oder -verluste sowie Inflation verändern.

Neben den unterschiedlichen Anpassungsmechanismen und Leistungsveränderungen der gesetzlichen bzw. der privaten Altersversorgung und den anderen genannten Möglichkeiten wird die finanzielle Situation von Haushalten Hochaltriger vor allem durch kritische Lebensereignisse beeinflusst. Im Folgenden sollen Bedarfslagen betrachtet werden, die aufgrund von spezifischen Risiken der Hochaltrigkeit besondere materielle Belastungen mit sich bringen. Neben Änderungen der Einkommenssituation ist dabei eine mit diesen Ereignissen sich wandelnde Ausgabenhöhe und -struktur entscheidend für die Wohlfahrtssituation der betroffenen Haushalte.

Belastungen gehen vor allem mit dem Eintritt sozialer Risiken wie Krankheit und Pflegebedürftigkeit oder Veränderungen in der Haushaltszusammensetzung einher, die durch den Tod eines Haushaltsmitgliedes, den Umzug in ein Heim oder das (Wieder-)Zusammenziehen von Hochaltrigen mit ihren Kindern ausgelöst werden. Es werden nun exemplarisch einige Risiken des hohen Alters auf ihre ökonomischen Implikationen hin untersucht.

3.2.3.1 Verwitwung

Von den über 80-jährigen Frauen waren 1999 circa 80 % verwitwet. Bei Männern dieser Altersgruppe lag der Anteil der Witwer bei etwa 40 % (siehe Abbildung 3-5, Seite 68). Auch das kritische Lebensereignis der Verwitwung hat für die Gruppe der Hochaltrigen noch eine große Bedeutung, obwohl der größte Teil der Verwitwungen bereits in der Altersgruppe zwischen 60 und 80 Jahren stattfindet. Da die Scheidungsraten bei den über 80-Jährigen vernachlässigbar gering sind, stellt sich bei allen Ehepaaren in der letzten Lebensphase die Aufgabe für die überlebenden (meist weiblichen) Partner, mit den neuen Anforderungen des Alleinlebens umzugehen. Die Verwitwung stellt im Leben der Betroffenen einen einschneidenden Verlust dar. Es gehen damit in der Regel eine Vielzahl psychischer, sozialer und auch materieller Belastungen einher. Die ökonomischen Aspekte spielen dabei in der Wahrnehmung der Betroffenen zunächst häufig nur eine untergeordnete Rolle. Auf längere Sicht gewinnt aber auch für Witwen und Witwer die Frage an Bedeutung, welche Folgen dieses Ereignis für die Einnahmen und Ausgaben hat. Außerdem ist dies für die Bewertung der Funktion der Alterssicherungssysteme von Bedeutung.

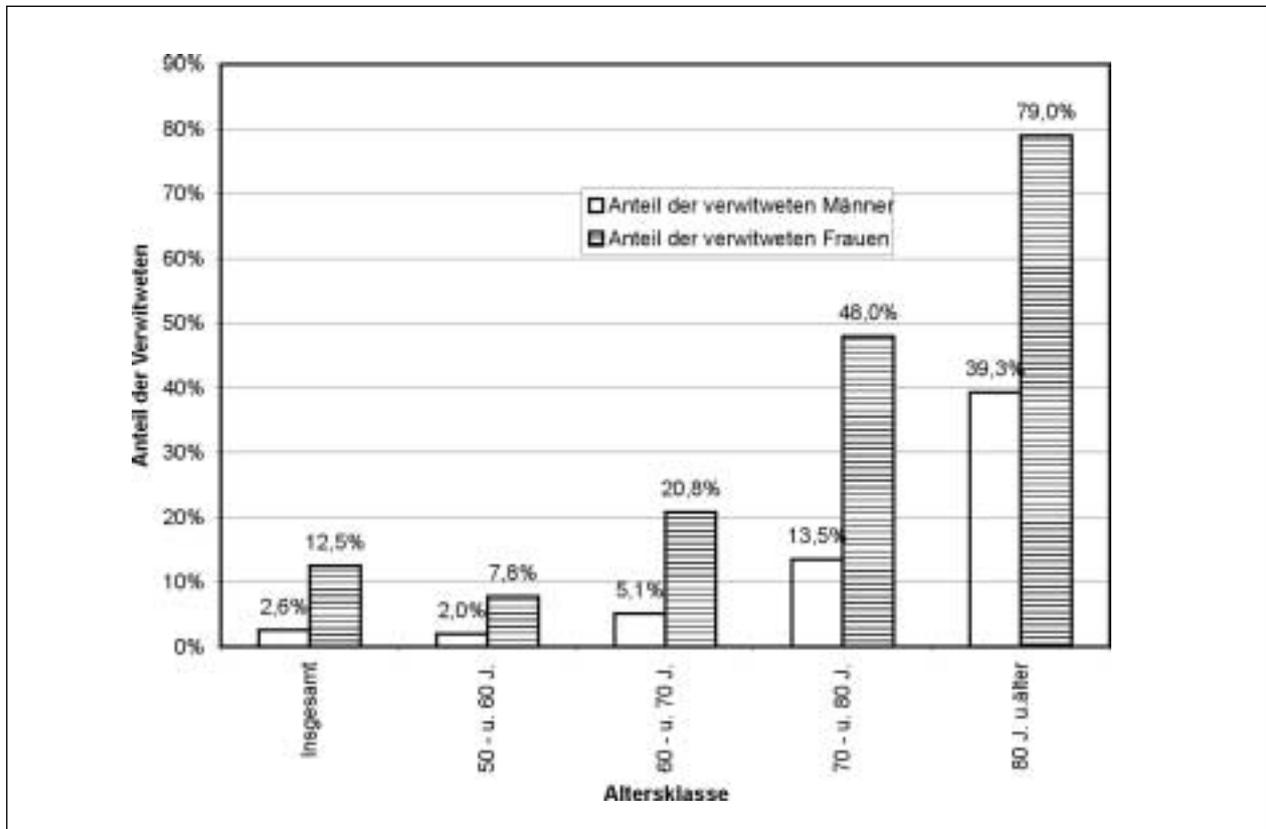
In der Literatur werden die ökonomischen Auswirkungen der Verwitwung unterschiedlich diskutiert. Zum einen gilt Verwitwung traditionell als Armutsrisiko für Frauen (vgl. Backes 1993), zum anderen wird häufig auf durchschnittliche Einkommensvorteile Verwitweter gegenüber verheirateten Paaren oder ledigen und geschiedenen Frauen hingewiesen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998).

Zunächst existiert in Westdeutschland bei Verwitweten ebenso wie in anderen Gruppen ein starkes Einkommensgefälle zwischen Männern und Frauen. Während ältere verwitwete Männer (65 und älter) in Westdeutschland 1999 über ein durchschnittliches Nettoeinkommen von 2 788 DM (1 425 Euro)/Monat und in Ostdeutschland von 2 382 DM (1 218 Euro)/Monat verfügten, lag das durchschnittliche Nettoeinkommen von verwitweten älteren Frauen bei 2 200 DM (1 125 Euro)/Monat in den alten bzw. 2 166 DM (1 107 Euro)/Monat in den neuen Bundesländern (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1234 u. 2234).

Betrachtet man die Höhe der persönlichen Nettoeinkommen von hochaltrigen Witwern und Witwen im Alter von 85 Jahren und älter, so liegen sie nach den Daten der ASID '99 in den alten Bundesländern bei durchschnittlich 2 753 DM (1 408 Euro)/Monat bzw. 2 041 DM (1 044 Euro)/Monat. In den neuen Bundesländern liegt ihr Durchschnittseinkommen bei 2 231 DM (1 141 Euro)/Monat bzw. 1 925 DM (984 Euro)/Monat.

Abbildung 3-5

Anteil der verwitweten Frauen und Männer in der jeweiligen Altersklasse



Quelle: DZA – GeroStat; Datenbasis Bevölkerungsfortschreibung 1999.

Abbildung 3-6 zeigt, dass bei den hochaltrigen Witwen eine breite Spreizung der Einkommensverteilung vorliegt. Diese weist nach neuen und alten Bundesländern unterschieden die typische Charakteristik der größeren Einkommensungleichheit im Westen gegenüber einer weniger ausgeprägten Einkommensdifferenzierung im Osten auf.

Der finanzielle Handlungsspielraum der Hochaltrigen ist insgesamt prinzipiell geringer als der anderer älterer Menschen. Dabei haben innerhalb der Gruppe der Hochaltrigen die geschiedenen sowie – in Westdeutschland – die verwitweten Frauen z. T. deutlich niedrigere Einkommensdurchschnittswerte. Im Detail zeigt ein Vergleich auf Basis der EVS (Einkommens- und Verbrauchsstichprobe) der äquivalenzgewichteten Werte der Haushalte mit einer allein stehenden Person mit denen aller Haushalte für Westdeutschland, dass die verwitweten und die geschiedenen Frauen grundsätzlich in allen Altersgruppen über durchschnittlich geringere Bruttoeinkommen verfügen, wohingegen die Männer – ob ledig, verwitwet oder geschieden – in der Regel im Durchschnitt höhere Einkommen beziehen. In Ostdeutschland ist die Situation deutlich anders. Hier erreichen die verwitweten Frauen sowie die verwitweten und die geschiedenen Männer überdurch-

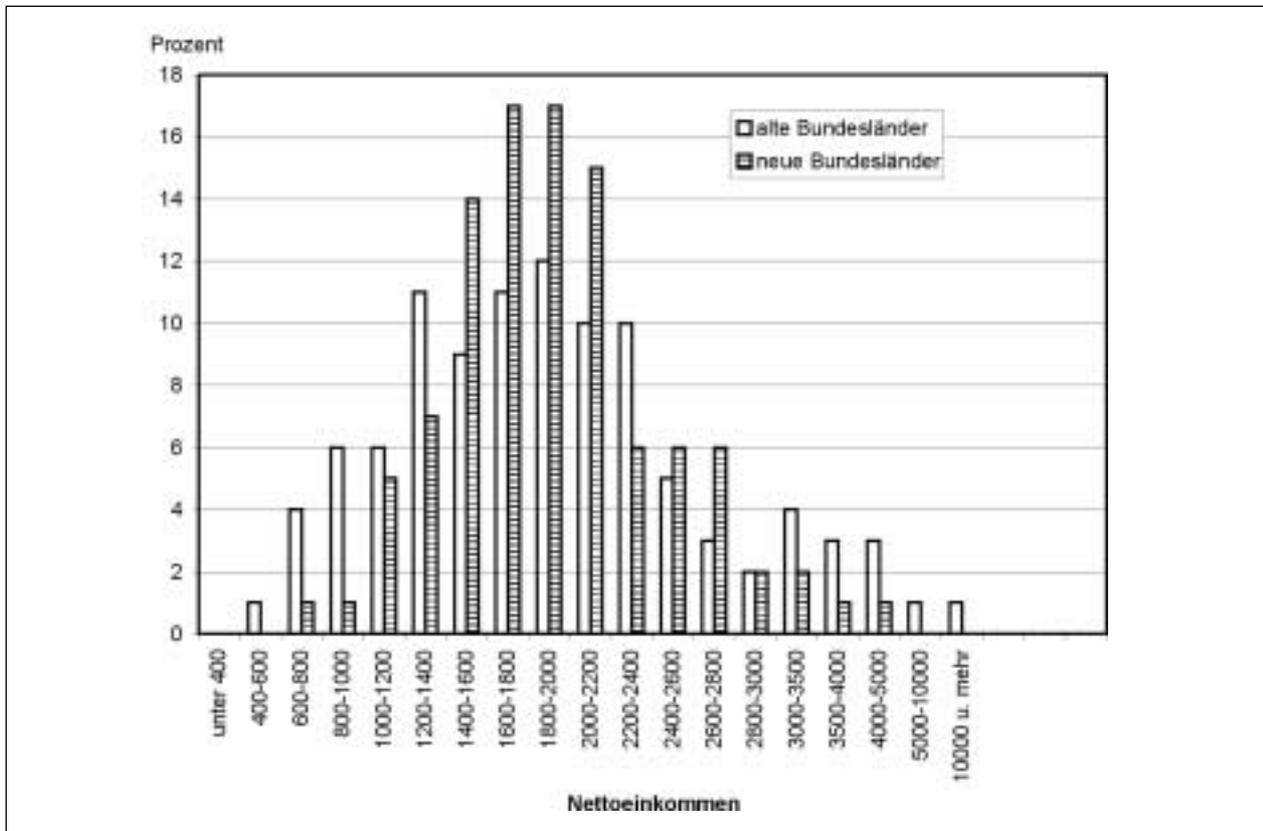
schnittlich hohe Einkommen, während die ledigen und die geschiedenen Frauen z. T. erheblich unter dem Durchschnittswert liegende Einkommen beziehen. Dabei lässt sich, bis auf einige wenige Ausnahmen, auch für diese Gruppen konstatieren, dass die jeweils älteren Haushalte im Durchschnitt geringere Einkommen erhalten (Fachin-ger 2001a 2001, Zusammenfassung).

Die Haushalte Hochaltriger zeichnen sich hinsichtlich der Struktur und Höhe ihrer Einkommen und Ausgaben durch eine große Heterogenität aus. Zur Bewertung von Risiken, denen Gruppen am Rande des Einkommensspektrums unterliegen, und der Abschätzung ihrer Folgen wie z. B. durch Verwitwung ist bislang weder theoretisch noch empirisch eine gesicherte Wissensgrundlage gelegt worden.

Sowohl die Daten der ASID als auch der Berliner Altersstudie und des Alters-Surveys lassen sich bei Anwendung der BSHG-Äquivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet (s. u.), dahin gehend interpretieren, dass Verwitwete beiderlei Geschlechts im Durchschnitt über ein höheres Äquivalenzeinkommen verfügen als Verheiratete und Geschiedene. Dabei ist die Differenz zwischen den Verwit-

Abbildung 3-6

Schichtung des Nettoeinkommens von Witwen, 85 Jahre und älter



Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001a: Tabellen 1234 u. 2234.

weten und Nicht-Verwitweten bei den Männern höher als bei den Frauen, sodass die materielle Ungleichheit zwischen den Geschlechtern, wie sie in Kapitel 3.2.3 beschrieben wird, durch diesen Effekt noch einmal verstärkt wird. Auch im Längsschnitt zeigt sich, dass die Äquivalenzeinkommen von Männern und Frauen nach dem Eintritt der Verwitwung ansteigen (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1998; Wagner & Motel 1998; Motel 2000)

Es ist aber fraglich, ob es sich bei den nominalen Veränderungen der Äquivalenzeinkommen im Zuge der Verwitwung tatsächlich um Steigerungen der realen Wohlfahrtsposition handelt. Ob man bei der Untersuchung der Verwitwungsfolgen positive oder negative durchschnittliche finanzielle Auswirkungen der Verwitwung, in Form der Veränderung der relativen Wohlfahrtsposition von Verwitwetenhaushalten feststellt, hängt entscheidend von den Vorannahmen der Berechnungen ab.

Bei einem Vergleich der materiellen Situation von Haushalten sind die Ausgaben-Ersparnisse, die mehrere Haushaltsmitglieder durch das gemeinsame Wirtschaften erzielen, in Betracht zu ziehen. Üblicherweise erfolgt dies durch die Verwendung von Äquivalenzziffern, durch die

zusätzlichen Haushaltsmitgliedern ein geringeres Gewicht als 1 zugewiesen wird. Hierzu werden die entsprechenden Haushaltseinkommen mit einem Faktor gewichtet, der die Nutzenvorteile oder Wohlfahrtsgewinne eines Mehrpersonenhaushalts gegenüber einem Einpersonenhaushalt durch das gemeinsame Wirtschaften bzw. die gemeinsame Nutzung derselben Gegenstände – beispielsweise einer Küche und deren Einrichtungsgegenstände, wie Herd, Spülmaschine oder Kühlschrank – berücksichtigt. Es gibt allerdings keinen allgemeinen Konsens über den Einsatz unterschiedlicher Gewichtungsfaktoren, im Allgemeinen als Äquivalenzkala bezeichnet, für die jeweilige Anzahl und das Alter der Personen pro Haushalt.

Eine Untersuchung von Motel (2000) zeigt am Beispiel des Alters-Surveys, dass je nach der Gewichtung der Vorteile des gemeinsamen Wirtschaftens in Mehrpersonenhaushalten sich der häufig konstatierte Einkommensvorteil durch Verwitwung in einen Nachteil umkehrt. Je höher die Gewichtung der weiteren Personen in Mehrpersonenhaushalten bei der Umrechnung der Haushaltseinkommen in bedarfsgewichtete Pro-Kopf-Einkommen, desto höher wird die relative Wohlfahrtsposition. So lässt sich bei Zugrundelegung der

BSHG-Äquivalenzskala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere erwachsene Personen mit 0,8 bewertet, eine relative Besserstellung der materiellen Situation nach Verwitwung aufzeigen. Dies gilt, wenn auch in geringerem Maße, ebenso für die alte OECD-Skala, die den Haushaltsvorstand mit 1 und weitere Erwachsene mit 0,7 gewichtet. Bei Verwendung der neuen OECD-Skala (Haushaltsvorstand 1, weitere Erwachsene 0,5) kehrt sich der Effekt um und Verwitwung stellt sich hier als Risiko der Verschlechterung der Wohlfrhortsposition dar. Betrachtet man nur die Veränderungen bei verwitweten Frauen, ist dieses Phänomen wesentlich markanter vorhanden. Legt man die neue OECD-Skala zugrunde, so stellt sich Verwitwung als starkes Einkommensrisiko dar (Motel 2000: 179). Bei Hochaltrigen scheinen die Vorteile des gemeinsamen Wirtschaftens bzw. die Verluste durch den Wegfall der Vorteile des gemeinschaftlichen Wirtschaftens bei Verwitwung oder wegen Umzugs eines Ehegatten in ein Pflegeheim in einzelnen Einkommensgruppen höher zu sein als es die häufig verwendete BSHG-Skala suggeriert.

Der Tod des Lebenspartners ist insbesondere für die materielle Situation verheirateter westdeutscher Frauen von Relevanz, da diese häufig auf die Einkommen aus den vom Ehepartner abgeleiteten Leistungsansprüchen angewiesen sind. Es erfolgt daher durch eine Verwitwung in der Regel eine erhebliche Reduzierung des ausgabefähigen Einkommens, da eine Substitution des fehlenden Einkommens insbesondere bei Haushalten mit einer hochaltrigen Bezugsperson prinzipiell nur sehr eingeschränkt möglich ist. Somit können die Haushalte im Prinzip nur mit einer Umstrukturierung ihrer Ausgaben reagieren.

Inwieweit die Ausgaben angepasst werden, kann anhand der vorliegenden Querschnittserhebungen nicht beantwortet werden. Der Vergleich von Haushalten von Verwitweten mit anderen Haushaltstypen lässt aber den Schluss auf einige spezifische Risiken zu. Ein Problem bei der Neustrukturierung der Ausgaben nach Verwitwung besteht insbesondere bei den mit dem Wohnen verbundenen Aufwendungen. Hier besteht die Möglichkeit Kosten zu sparen in der Regel nur darin, die bisherige Wohnung aufzugeben und in ein billigere umzuziehen. Umzüge beanspruchen aber nicht nur selbst erhebliche finanzielle Mittel, sondern sind zum Teil auch mit hohen sozialen Kosten wie Kontaktverlust verbunden. Insofern hat die Versorgung Hochaltriger und insbesondere kürzlich Verwitweter mit geeignetem Wohnraum einen bedeutenden Einfluss auf deren Wohlfrhortslage. Hier geht es aber nicht allein um das abstrakte Vorhandensein von Wohnraum auf dem Wohnungsmarkt, sondern ggf. darum, Hochaltrigen durch Beratung einen Zugang zu geeigneten Wohnungen zu verschaffen und über evtl. notwendig werdende Umbau- und Anpassungsmaßnahmen eine langfristigen Verbleib in diesen Wohnungen zu ermöglichen (vgl. hierzu die Abschnitte über Wohnberatungsstellen in Kapitel 3.3 und 4.8)

Um einen Eindruck von der Ausgabenstruktur zu vermitteln, sind in der Abbildung 3-7 die Ausgabenstrukturen für

Haushalte mit einer verwitweten älteren Bezugsperson angegeben.

Es liegen Anzeichen dafür vor, dass die Ausgaben für Unterkunft durch eine Verwitwung dominanter werden. Fasst man die Ausgaben für Wohnen, Wohnungsinstandhaltung und für Haushaltsenergie zusammen, so sind diese bei den Haushalten mit einer jeweils älteren Bezugsperson höher und liegen in der Alterskategorie der 85-jährigen und älteren Witwen bei annähernd 40 %.

Verwitwung stellt heute durch die Ausgestaltung und das zurzeit existierende Leistungsniveau der Hinterbliebenenversorgung nicht per se ein materielles Risiko dar, Witwen und Witwer sind unterproportional von Armut betroffen. Die vorliegenden Untersuchungen sprechen zum einen dafür, dass die existierende Hinterbliebenenversorgung die materiellen Auswirkungen der Verwitwung für große Teile der Betroffenen ausreichend abfedert. Zum anderen liegen starke geschlechtsspezifische Unterschiede bei den finanziellen Auswirkungen der Verwitwung vor. Während eine Verwitwung für Männer in der Regel nicht mit finanziell negativen Folgen einhergeht, sondern häufig nach der Verwitwung ein höheres persönliches Einkommen zur Verfügung steht als in der Ehe, ist die Situation bei Frauen anders. Hier finden sich sowohl relative finanzielle Besserstellungen nach der Verwitwung als auch negative finanzielle Auswirkungen für Witwen nebeneinander.

Die referierten Ergebnisse zeigen aber deutlich, mit welchen methodischen Unsicherheiten die Aussagen über Verwitwungsfolgen bei Hochaltrigen behaftet sind. Stellt Verwitwung für Frauen bei Berechnungen von Armutsmaßen auf Grundlage der neuen OECD-Äquivalenzskala auch heute noch ein hohes Armutsrisiko dar, so erscheint es bei Berechnungen mit der häufig verwendeten BSHG-Skala, als existiere kein Zusammenhang zwischen Verwitwung und Armut. Doch ist die Veränderung der Wohlfrhortslagen infolge von Verwitwung als Ergebnis veränderter Einkommens- und Ausgabenhöhe und -strukturen ein deutlich dynamischeres Geschehen als reine Untersuchungen von Einkommenslagen und Durchschnittseffekten suggerieren.

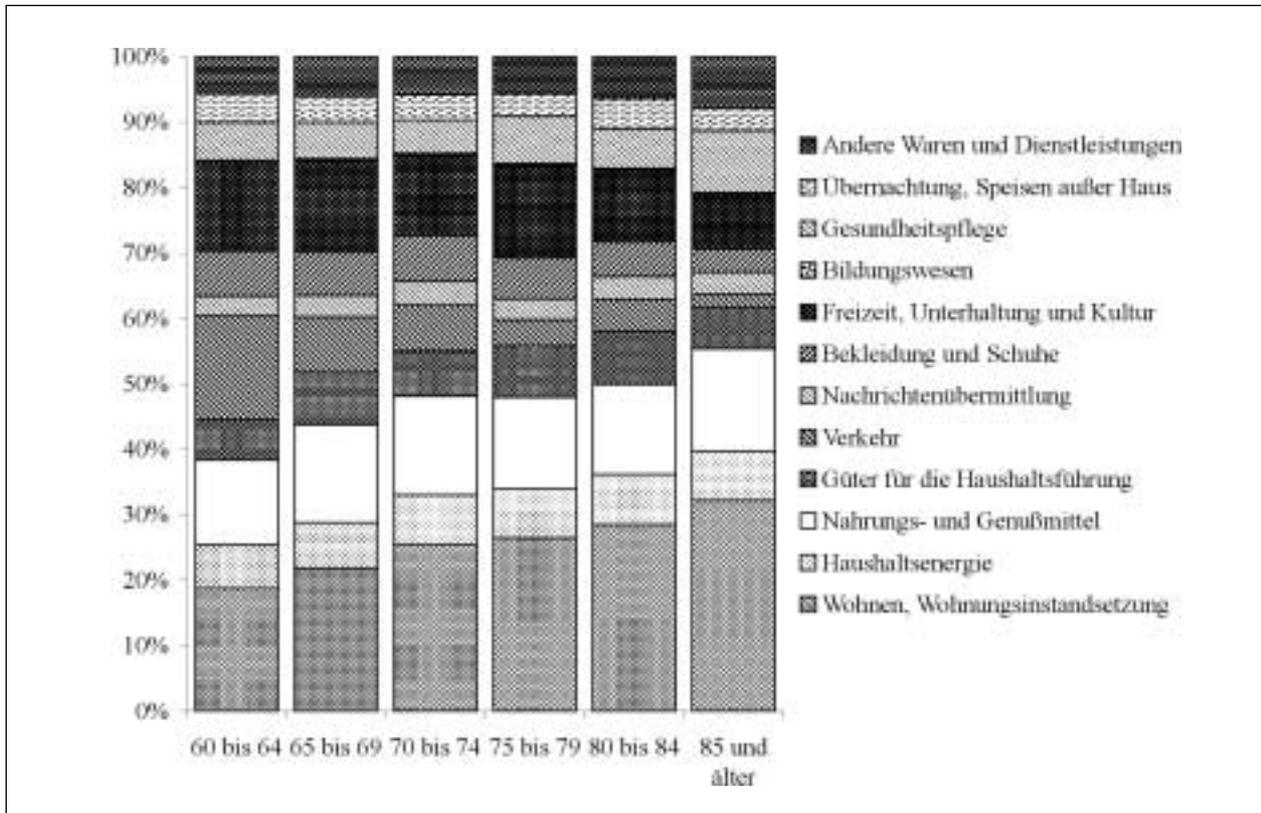
3.2.3.2 Pflegebedürftigkeit

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit steigt nach dem Erreichen des 80. Lebensjahrs auf rund 32 %. Pflegebedürftigkeit bedeutet trotz Einführung der Pflegeversicherung auch heute noch teilweise hohe finanzielle Belastungen für Betroffene und Angehörige. Für dieses Kapitel des Altenberichts ist von besonderem Interesse, ob und wie sich die durchschnittliche finanzielle Situation von Haushalten hochaltriger Pflegebedürftiger von der durchschnittlichen Situation in Haushalten Hochaltriger unterscheidet.

Die wissenschaftliche Diskussion über die Pflegebedürftigkeit bezüglich der Einnahmen und Ausgaben von privaten Haushalten war in den letzten Jahren vor allem auf den Aspekt der Reduzierung der Sozialhilfeabhängigkeit und damit auf die Einnahmenseite der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person fokussiert. Mittlerweile liegen

Abbildung 3-7

Anteile einzelner Warengruppen an den Ausgaben der privaten Haushalte verwitweter älterer Frauen in Gesamtdeutschland im Jahr 1998 (in %)*



* Ohne fiktive Mietzahlungen bei Haushalten im eigenen Wohneigentum.
Quelle: Fachinger 2001a.

mehrere aktuelle Studien vor, die die Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes untersuchen.²¹ Auch der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung widmet den Auswirkungen der Pflegebedürftigkeit ein eigenes Unterkapitel (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 182 ff.). Allerdings wird nur sehr eingeschränkt auf die spezifische Lage von Haushalten mit hochaltrigen Pflegebedürftigen eingegangen. Eine umfassende Analyse der materiellen Situation, d. h. der Einnahmen und Ausgaben, dieser Haushalte wurde bisher nicht vorgelegt. Im Folgenden wird, basierend auf einer Expertise von Uwe Fachinger (2001a), getrennt nach häuslicher und stationärer Pflege, auf den Forschungsstand zu diesem Thema eingegangen.

Pflegebedürftige in Privathaushalten

Einen Einblick in die Einkommensverteilung von Privathaushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern – allerdings

nicht differenziert für Hochaltrige – vermittelt die Infratest-Repräsentativerhebung 1998 (Schneekloth & Müller 2000: 34 ff.). Sie zeigt, dass die Verteilung der Nettoeinkommen der Haushalte mit Pflegebedürftigen sich nicht gravierend von denen der Gesamtbevölkerung unterscheidet, wenn man berücksichtigt, dass die so genannten Pflegehaushalte im Durchschnitt eine ältere Bezugsperson haben und daher durchschnittlich über niedrigere Einkommen verfügen. Die Erhebung ergab die in Tabelle 3-12, Seite 72 aufgeführten haushaltsspezifischen Netto- sowie Nettoäquivalenzeinkommen von Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern. Dabei blieben die Leistungen der Pflegeversicherung unberücksichtigt.

Ein Anteil von 14 % der Haushalte von Pflegebedürftigen in den alten und 12 % in den neuen Bundesländern verfügt über ein Nettoäquivalenzeinkommen²² von unter 1 000 DM (511 Euro). Schneekloth und Müller kommen

²¹ Vgl. Deutscher Bundestag 2001; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2001; Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001c, 2001d; Rothgang & Vogler 1998; Rothgang 2001 sowie Schneekloth & Müller 2000.

²² In der Analyse von Schneekloth und Müller wurden die folgenden Gewichte verwendet (Schneekloth & Müller 2000: 37): 1,00 für einen Einpersonenhaushalt, 1,69 für einen Zweipersonenhaushalt, 2,30 für einen Dreipersonenhaushalt, 2,86 für einen Vierpersonenhaushalt und 3,67 für einen Haushalt mit fünf oder mehr Personen.

Tabelle 3-12

Schichtung des haushaltsspezifischen Netto- und Nettoäquivalenzeinkommens bei Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern (ohne die Leistungen der Pflegeversicherung)

Einkommensklasse in DM (Euro)	Westdeutschland		Ostdeutschland	
	Einkommen	Äquivalenzeinkommen	Einkommen	Äquivalenzeinkommen
	<i>Anteil der Haushalte in der jeweiligen Einkommensklasse (in %)</i>			
Unter 1 000 (unter 511)	4	14	1	12
1 000 bis unter 1 500 (511 bis unter 767)	7	25	10	31
1 500 bis unter 2 000 (767 bis unter 1 023)	9	30	9	33
2 000 bis unter 3 000 (1 023 bis unter 1 534)	22	17	25	20
3 000 bis unter 5 000 (1 534 bis unter 2 556)	40	5	45	1
5 000 und mehr (2 566 und mehr)	13	1	6	0
Keine Angabe	6	8	3	3

Quelle: Fachinger 2001a nach Daten von Schneekloth & Müller 2000: 36 f. sowie Berechnungen.

zu dem Ergebnis, dass die Anteile von Pflegehaushalten mit Niedrigeinkommen nur geringfügig höher als im Gesamtdurchschnitt ausfallen. Sie weisen aber darauf hin, dass „weitere 25 % der Pflegehaushalte in den alten sowie 31 % in den neuen Ländern über ein Nettoäquivalenzeinkommen zwischen 1 000 DM und 1 500 DM (zwischen 511 Euro und 767 Euro) verfügen“ (Schneekloth & Müller 2000: 38). Dadurch werden die potenziellen finanziellen Risiken, die sich bei Eintritt bzw. durch eine länger andauernde Pflegebedürftigkeit ergeben, deutlich.

Stellt man diese Einkommensangaben denen von Fachinger (2001a) auf der Basis der EVS'98 gewonnenen gegenüber, zeigen sich deutliche Unterschiede, die auf eine schlechtere finanzielle Situation der Haushalte von Pflegebedürftigen hindeuten. Für Westdeutschland ergibt sich gemäß EVS'98, dass insgesamt 5 % der Haushalte mit einer 85 Jahre oder älteren und 3 % derjenigen mit einer 65- bis 74-jährigen Bezugsperson ein äquivalenzgewichtetes Einkommen unter 1 000 DM (511 Euro) aufweisen, im Gegensatz zu 14 % unter den Haushalten mit pflegebedürftigen Mitgliedern in der Infratest-Erhebung. Beträchtliche Abweichungen gibt es auch für den Bereich der Einkommen zwischen 1 000 DM und 2 000 DM (zwischen 511 Euro und 1 023 Euro). Hier betragen die Anteile für die beiden Altersgruppen 39 % bzw. 36 % gegenüber 55 %. Für Ostdeutschland betragen die Anteile für die unterste Einkommensklasse 25 % bei den Haushalten mit einer 85-jährigen oder älteren Bezugsperson bzw. 1 % für die jüngere Gruppe im Gegensatz zu 12 % der Infratest-Repräsentativerhebung 1998, und für die Einkommen zwischen 1 000 DM und 2 000 DM (zwischen 511 Euro und 1 023 Euro) liegen die Werte bei 44 % respektive 47 % im Vergleich zu 64 %. Insgesamt gesehen weist somit die Infratest-Erhebung in den unteren Einkommensklassen eine erheblich höhere Besetzung auf.

Von diesem Einkommen – zuzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung – müssen die mit einer Pflegebedürftigkeit einhergehenden Ausgaben bestritten werden. Da es sich hierbei um – im Vergleich zu den privaten Haushalten ohne pflegebedürftige Mitglieder – zusätzliche Ausgaben handelt, reduziert sich zwangsläufig die Höhe des frei disponiblen Einkommens.

Neben den Informationen zur Einkommensverteilung enthält der von Schneekloth und Müller (2000: 79) vorgelegte Bericht auch Angaben zu den Kosten, die die Haushalte insgesamt im Rahmen der Pflege, Betreuung und Versorgung regelmäßig zahlen.

Um einen Eindruck zu vermitteln bezüglich der strukturellen Unterschiede in den Ausgaben privater Haushalte zwischen denjenigen, die Leistungsempfänger der GPV sind, in denen somit mindestens ein Haushaltsmitglied pflegebedürftig nach Stufe 1, 2 oder 3 ist, und denjenigen, die nicht über diese Einkunftsart verfügen, sind in der Tabelle 3-13 die Ausgabenstrukturen dieser beiden Haushaltstypen einander gegenübergestellt.

Zunächst ist zu konstatieren, dass die Ausgaben für den privaten Verbrauch der Pflegegeld beziehenden Haushalte um 202 DM (103 Euro) höher sind. Dabei beträgt die durchschnittliche Höhe des Pflegegeldes 637 DM (326 Euro), d. h. dass das Gesamtausgabenniveau und die Ausgabenstruktur von diesen Leistungen relativ stark beeinflusst wird. So belaufen sich die Ausgaben für den Güterbereich „Andere Waren und Dienstleistungen“, in dem auch die Ausgaben für Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen enthalten sind, auf 307 DM (157 Euro) monatlich gegenüber 159 DM (81 Euro) bei den Haushalten, die kein Pflegegeld erhalten.

Betrachtet man die Struktur der Ausgaben, so zeigt sich eine Dreiteilung: Für die Kategorie „Andere Waren und

Tabelle 3-13

Struktur der Ausgaben für den privaten Verbrauch von Haushalten, die Pflegegeld beziehen, und von denjenigen, die kein Pflegegeld beziehen, Westdeutschland 1998

Ausgabengruppen	Haushalte mit Pflegegeld	Haushalte ohne Pflegegeld
	<i>in % der Ausgaben für den privaten Verbrauch</i>	
Nahrungs- und Genussmittel	17,3	15,3
Bekleidung und Schuhe	5,3	6,1
Wohnen, Wohnungsinstandsetzung	17,6	17,8
Haushaltsenergie	6,6	6,1
Güter für die Haushaltsführung	10,0	8,1
Gesundheitspflege	6,7	6,6
Verkehr	8,7	12,2
Nachrichtenübermittlung	2,6	2,8
Freizeit, Unterhaltung und Kultur	11,0	13,8
Bildungswesen	0,2	0,2
Übernachtung, Speisen außer Haus	4,6	5,8
Andere Waren und Dienstleistungen	9,3	5,2
Privater Verbrauch insgesamt (= 100%)	3.285 DM (1.680 €)	3.083 DM (1.576 €)

Quelle: Fachinger 2001a auf der Basis der Grunddaten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 1998.

Dienstleistungen“ wenden die Haushalte, die ein Pflegegeld beziehen, anteilmäßig um 4,1 Prozentpunkte mehr Einkommen auf. Ein Grund dafür ist wohl, dass in dieser Gütergruppe die Ausgaben der Unterkategorie Dienstleistungen für die Betreuung von Alten, Behinderten und Pflegebedürftigen mit enthalten sind. Die Anteilswerte für Ausgaben, die auf Güter für die Haushaltsführung entfallen, sind um 1,9 Prozentpunkte und die für Nahrungs- und Genussmittel um 2,0 Prozentpunkte höher – aber dies mag eine Substitution für die Kategorie Übernachtung, Speisen außer Haus sein, da hier der Anteilswert um 1,2 Prozentpunkte niedriger ausfällt. Anteilsmäßig geringer sind ebenfalls die Ausgaben für Freizeit, Unterhaltung und Kultur – um 2,8 Prozentpunkte – und für die Ausgaben für die Güter der Gruppe Verkehr um 3,5 Punkte. Bemerkenswert ist ferner, dass die Ausgaben für Gesundheitspflege und für Wohnen bei beiden Haushaltsgruppen anteilmäßig annähernd gleich hoch sind.

Die Einnahmen und pflegebedingten Ausgaben einander gegenüberstellend kommen Schneekloth und Müller (2000: 80) zu dem Schluss: „Die Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen in Privathaushalten ist demnach bei der überwiegenden Mehrheit mit Zusatzkosten verbunden, die von den Privathaushalten selbstständig erbracht werden. Insgesamt hat sich die Kostenbelastung mit der Einführung der Pflegeversicherung jedoch soweit reduziert, dass eine daraus resultierende Sozialhilfeabhängigkeit in aller Regel vermieden wird.“

Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen hat sich nach Ein-

führung der Pflegeversicherung zunächst tatsächlich deutlich reduziert. Sie ging von ca. 189 000 im Jahr 1994 auf ca. 57 000 im Jahr 1999 zurück. Dies entspricht einem Rückgang von ca. 70 %. Unter den 57 000 Sozialhilfempfängern waren etwa 12 000 80-Jährige und Ältere. Nur etwa 4 % der Pflegebedürftigen in Privathaushalten beziehen ergänzend die Sozialhilfeleistung „Hilfe zur Pflege“.

Die vorliegenden Erhebungen zeigen aber grundsätzlich, dass die Betreuung und Versorgung von Pflegebedürftigen eine erhebliche zeitliche und monetäre Eigenleistung der anderen Haushaltsmitglieder mit sich bringen.

Pflegebedürftige in vollstationärer Pflege

Bezüglich der Informationen zu der Verteilung der Einkommen von stationär untergebrachten Pflegebedürftigen und den entsprechenden Heimentgelten ist vorweg zu schicken, dass Mikrodaten von Heimbewohnern für eine tiefer gehende Analyse nicht zur Verfügung standen.

In der Studie von Schneekloth und Müller (2000) werden lediglich Informationen über die Einkommen der Pflegebedürftigen in Privathaushalten dargestellt; es fehlen entsprechende derartige Informationen für die Pflegebedürftigen in Heimen.

Es lassen sich aber Angaben zur Entwicklung des Sozialhilfebezugs von Pflegebedürftigen in Einrichtungen machen. Zum Jahresende 1994 lag die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen noch bei ca. 268 000. 1998 hatte sie sich um mehr

als 40 % auf ca. 160 000 verringert (Rothgang 2001: 115). Von 1998 auf 1999 konnte aber bereits wieder ein Anstieg beim Sozialhilfebezug der Pflegebedürftigen in Einrichtungen festgestellt werden und die Zahl stieg auf ca. 191 000, worunter sich ca. 95 000 80-Jährige und Ältere befanden.

Die Verminderung der Fallzahlen fiel allerdings in den Bundesländern sehr unterschiedlich aus und die Spanne des Rückgangs zwischen den Jahren 1994 bis 1998 liegt zwischen 7 % und 73 % (Rothgang 2001: 114).

Insgesamt sind an der Finanzierung der Leistungen für die stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen fünf Kostenträger beteiligt: die Pflegekassen, die Pflegebedürftigen, die Bundesländer, die zuständigen Sozialhilfeträger sowie die Krankenkassen. Die bei stationärer Unterbringung entstehenden Kosten sowie deren Träger sind in der Übersicht 3-2 angegeben.

Für den Pflegebedürftigen sind, wie Übersicht 3-2 verdeutlicht, die Kosten für pflegebedingte Leistungen, für Investitionen, für Unterkunft und Verpflegung sowie für die Zusatzleistungen relevant. Während die Leistungshöhen der Pflegekassen bundeseinheitlich sind, treten bei der Übernahme der Investitionskosten Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern auf. Grundsätzlich erfolgt eine Objektförderung, die allerdings in einigen Bundesländern ergänzt wird durch eine subjektbezogene Förderung²³. Diese unterschiedliche Ausgestaltung macht es im Prinzip erforderlich, die materielle Situation im Bereich der stationären Pflege bundeslandspezifisch zu analysieren. Umfassend ist dies für die Bundesrepublik Deutschland bisher nicht erfolgt²⁴. Es liegen lediglich für die Bundesländer Bremen und Nordrhein-Westfalen detaillierte Analysen zu den Wirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Ausgaben der Sozialhilfeträger vor.

²³ Siehe für einen Überblick Deutscher Bundestag (2001: Anlage 10).

²⁴ Die Analyse von Schneekloth und Müller (2000) gibt allerdings einen Überblick über die Situation im Jahre 1998.

Rothgang (2001: 117) führt den unterschiedlichen Rückgang der Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zur Pflege in Einrichtungen u. a. auf die unterschiedlichen Pflegewohngeldregelungen bzw. Regelungen der Deckung der Investitionskosten in den einzelnen Bundesländern zurück. Es gibt darüber hinaus aber auch erhebliche Defizite bei der Deckung der Pflegekosten. „Bei rund drei Viertel der Pflegebedürftigen in Einrichtungen, die weiterhin Sozialhilfe beziehen, sind die Leistungen geringer als die in Rechnung gestellten Pflegeaufwendungen, wobei sowohl die Anteile als auch die Fehlbeträge ansteigen“ (Rothgang 2001: 119).

Aufseiten der Pflegebedürftigen kann eine Sozialhilfeabhängigkeit prinzipiell dadurch verursacht werden, dass der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, die pflegebedingten Leistungen, die Kosten für Unterkunft und Verpflegung oder die Investitionskosten in voller Höhe aus den Leistungen der Pflegekassen in Verbindung mit dem eigenen Einkommen zu tragen.

Ob Pflegebedürftige auch in Zukunft zum größeren Teil ohne Sozialhilfeleistungen auskommen werden oder der Anteil der Hilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen wieder ansteigen wird, hängt entscheidend davon ab, wie sich die Alterseinkommen, die Heimentgelte und die bislang nicht dynamisierten Leistungen der Pflegeversicherung entwickeln werden. Rothgang prognostiziert in einer Expertise für die Enquete-Kommission „Demografischer Wandel“, dass sich bei einer Nicht-Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung „die Schere zwischen den eigenen Einkommen zuzüglich der Pflegekassenleistungen auf der einen und den Heimentgelten auf der anderen Seite weiter öffnet“ (Rothgang 2001: 122).

In Prognoseszenarien, die die Auswirkungen unterschiedlicher Dynamisierungsmechanismen untersuchen, wird deutlich, dass es bei einer am Inflationsindex orientierten Dynamisierung der Pflegeversicherung zu einem starken Anstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen kommen würde. Bis zum Jahr 2040 könnte der Anteil der Sozialhilfeempfänger wieder auf etwa 66 % steigen „und die gesamte durch Einführung der Pflegeversicherung erzielte Reduktion der pflegebeding-

Übersicht 3-2

Finanzierung der Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Kostenblock	Kostenträger
Pflegebedingte Leistungen	Pflegekassen bis zur vorgesehenen Leistungshöhe und Pflegebedürftige bzw. Sozialhilfeträger für darüber hinausgehende Kosten
Investitionskosten	Bundesländer und Pflegebedürftige, falls keine oder keine ausreichende Investitionsförderung durch die Länder existiert
Kosten für Unterkunft und Verpflegung	Pflegebedürftige
Zusatzleistungen	Pflegebedürftige
Krankenkassenleistungen	Krankenkassen

Quelle: Rothgang 1997: 151.

ten Sozialhilfeabhängigkeit wäre durch die unzureichende Leistungsdynamisierung wieder verloren gegangen“ (Rothgang 2001: 134).

Im Zusammenhang mit der Entwicklung der Pflegeversicherung existieren konfligierende politische Ziele. Das Primat der Beitragssatzstabilität widerspricht langfristig den Zielen einer qualitativ guten pflegerischen Versorgung beziehungsweise dem ursprünglichen Anspruch der Pflegeversicherung, den Anteil der Sozialhilfeempfänger unter den Pflegebedürftigen deutlich zu senken. „Wird darauf verzichtet, die Leistungen der Pflegeversicherung an die Preisentwicklung für Pflegeleistungen anzulehnen, ist langfristig mit einem deutlichen Wiederanstieg des Anteils der Sozialhilfeempfänger unter den Heimbewohnern zu rechnen“ (Rothgang 2001: 155).

Finanzielle Auswirkungen der Demenz

Die steigende Anzahl Demenzkranker bedeutet für das deutsche Gesundheitswesen nicht nur eine Herausforderung im Hinblick auf die Qualität der Behandlung und Versorgung, sondern auch für die Finanzierung. Die gesundheitsökonomischen Implikationen des zu erwartenden Anstiegs der Anzahl der Demenzkranken werden inzwischen in der Gesundheitspolitik diskutiert und werden auch in den Kapiteln 4 und 6 dieses Altenberichts angesprochen. Die Frage, welche materiellen Belastungen eine Demenzerkrankung für Betroffene und Angehörige bedeutet, ist weit weniger im Blick von Politik und Öffentlichkeit. In einer Untersuchung von Hallauer et al. (2000) wurde versucht, die aus der Erkrankung resultierenden Kosten für Demenzkranke und Angehörige zu quantifizieren und ins Verhältnis zu den Kosten von gesetzlicher Krankenversicherung und Pflegeversicherung zu stellen. Dafür wurden retrospektiv unterschiedliche, an der Versorgung Demenzkranker beteiligte, Institutionen, Hausärztinnen und Hausärzte und Familien befragt. Die Pflegeleistung der Familien wurde fiktiv mit einem Stundenlohn bewertet (ohne einen möglichen höheren Verdienstaustausch zu berücksichtigen), der sich am Durchschnittslohn orientiert.

Die Untersuchung bestätigt zunächst den hohen zeitlichen Einsatz, den Familien von Demenzkranken für die Pflege aufbringen (vgl. auch Kapitel 4.2. und 4.7), der bei der Pflege und Betreuung von schwer Demenzkranken (MMSE < 10) im Durchschnitt 14 Stunden erreicht aber auch bereits im frühen Krankheitsstadium (MMSE 15 bis 20) annähernd drei Stunden pro Tag beträgt. Bewertet man diese Leistungen mit einem Geldbetrag und setzt sie zu den Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Pflegeversicherung ins Verhältnis, so zeigt sich, dass der überwiegende Anteil der Gesamtaufwendungen von den Familien getragen wird. Hallauer et al. (2000) geben deren Anteil im frühen Stadium der Demenz mit etwa 50 % und im Spätstadium mit etwa 75 % an. Die von den Autoren ermittelten absoluten DM-Beträge für die Pflege- und Betreuungsleistungen der Familien liegen bei ca. 2 100 DM (1 074 Euro) pro Monat bei Demenzkranken mit einem MMSE-Wert von 15 bis 20, bei ca. 7 600 DM (3 886 Euro) pro Monat bei Demenzkranken

mit einem MMSE von zehn bis 14 und bei ca. 11 400 DM (5 829 Euro) pro Monat bei Demenzkranken im Spätstadium mit einem MMSE-Wert von unter 10.

Auch der Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung bestätigt, dass für Menschen mit niedrigem Einkommen die finanziellen Risiken der Pflegebedürftigkeit, bei einer Versorgung im Heim, beträchtlich sind. Die Pflegeversicherung unterstützt aber mit ihren Leistungen die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen bei der Erbringung persönlicher und finanzieller Leistungen. „Aus Sicht der Betroffenen hat die Einführung der Pflegeversicherung zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebenssituation sowie zu einer spürbaren Entlastung der pflegenden Angehörigen geführt“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001d: 188).

Die Altenberichtscommission schließt sich dieser Einschätzung an, möchte aber auf die steigenden finanziellen Risiken für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen hinweisen, die aus der fehlenden Dynamisierung der Leistungen der Pflegeversicherung entstehen. Bei der jetzigen Regelung, die keine dynamische Anpassung der Leistungshöhe vorsieht, wird es in Zukunft aufgrund der steigenden Preise für Pflegeleistungen zu stärkeren Belastungen für die Pflegebedürftigen und eine wieder häufiger werdende Notwendigkeit der Unterstützung durch Sozialhilfeleistungen kommen. Pflegebedürftigkeit würde damit wieder zu einem bedeutenden Armutsrisiko.

Hinsichtlich des aktuellen Einflusses einer Pflegebedürftigkeit auf die finanziellen Ressourcen der Haushalte mit pflegebedürftigen Mitgliedern ist festzuhalten, dass dieser sowohl auf die Einnahmen- als auch auf die Ausgabenseite der betroffenen Haushalte beträchtlich ist. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, als insbesondere Haushalte mit einer hochaltrigen Bezugsperson überproportional stark vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit betroffen werden, die im Vergleich zum Durchschnitt aller Haushalte älterer Menschen eine relativ niedrige Einkommensposition innehaben. Bezogen auf die finanziellen Ressourcen der Pflegebedürftigen allgemein lässt sich auf der Grundlage der vorliegenden Analysen festhalten, dass mit der Einführung der sozialen Pflegeversicherung das Ausmaß der Sozialhilfeabhängigkeit dieses Personenkreises insbesondere im ambulanten Bereich mit den dort vorliegenden – im Vergleich zu denen einer stationären Unterbringung – niedrigeren Kosten von Pflegeleistungen reduziert werden konnte. Die maßgebliche Veränderung nach Einführung der Pflegeversicherung ist somit die Verbesserung der materiellen Situation dieser Haushalte.

3.2.4 Materielle Lage und Lebensqualität Hochaltriger

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, welchen Einfluss die materielle Lage im hohen Alter auf das subjektive Wohlbefinden bzw. die individuelle Wahrnehmung von Lebensqualität nimmt. Zunächst werden empirische Befunde zur Zufriedenheit mit dem Lebensstandard und dem Leben allgemein vorgestellt und in einen Alterszusammenhang gebracht. Im zweiten Teil geht es dann um den Zusammenhang von ökonomischer Lage

und Wohlbefinden, der zunächst allgemein und dann bezogen auf hochaltrige Menschen ausgeführt wird. Zentrale Fragestellungen sind hier: Welchen Stellenwert hat die materielle Ausstattung im Geflecht der unterschiedlichen Faktoren zur Bestimmung von Lebensqualität? Kann man altersspezifische Unterschiede bei der subjektiven Bewertung von Einkommen und Lebensstandard beobachten bzw. welche Besonderheiten treten diesbezüglich bei Hochaltrigen auf? Ändern sich Bewertungsmaßstäbe in Abhängigkeit vom Alter oder von den objektiven Lebensbedingungen? Im dritten Teil werden schließlich mögliche Ansätze zur Erklärung der These diskutiert, dass sich mit zunehmendem Alter der Zusammenhang von Einkommenslage und Lebenszufriedenheit abschwächt.

3.2.4.1 Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Alter

Empirische Studien bestätigen das durchschnittlich hohe Niveau, das im Hinblick auf die Lebenszufriedenheit und den Lebensstandard in Deutschland erreicht worden ist. Ein deutlich niedrigeres unterdurchschnittliches subjektives Wohlbefinden äußern in erster Linie mehrfach belastete Problemgruppen.

Die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation – insbesondere mit dem Lebensstandard – stellt einen statistisch stabilen und bedeutungsvollen Einflussfaktor für das subjektive Wohlbefinden dar, der bei der Frage nach der Lebensqualität eine wichtige Rolle spielt. Tabelle 3-14 gibt Auskunft zur Zufriedenheit alter Menschen mit verschiedenen Lebensbereichen und dem Leben allgemein. Deut-

lich wird auch hier – wie in anderen Studien –, dass die Zufriedenheit mit dem Einkommen und dem Lebensstandard im Querschnittsvergleich der Altersgruppen mit dem Alter ansteigt (George 1992: 73).

Bei der differenzierteren Betrachtung der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen treten auch Unterschiede zwischen West- und Ostdeutschland v. a. bei den materiellen Lebensbereichen zutage; so sind die Ostdeutschen im Schnitt weniger zufrieden mit dem Haushaltseinkommen, dem Lebensstandard und den allgemeinen Lebensbedingungen. Im Zuge der Wiedervereinigung haben sich jedoch für die älteren und insbesondere für die sehr alten Menschen in Ostdeutschland die stärksten Verbesserungen ergeben. Dies kann man sowohl am Anstieg des Einkommens als auch der Einkommenszufriedenheit dieser Altersgruppen ablesen, die im Vergleich von 1993 und 1998 stark zugenommen hat (vgl. Tabelle 3-14).

Es ist bekannt, dass die Mehrheit alter Menschen trotz teilweiser Einschränkungen und Problemlagen über ein relativ hohes Maß an Lebenszufriedenheit berichtet. Es stellt sich nun die Frage, wie sich das Wohlbefinden mit dem sehr hohen Alter verändert, das noch viel stärker mit einem negativen Stereotyp belastet ist und die Menschen z. T. mit erheblichen Funktionseinbußen und Verlusten konfrontiert.

Die Ergebnisse der Berliner Altersstudie (BASE) zum subjektiven Wohlbefinden Hochaltriger liefern ein insgesamt positives Bild, auch wenn es beträchtliche individuelle Unterschiede gibt. Die Mehrheit der Teilnehmenden (63 %) gibt an, mit dem Leben in der Vergangenheit und in der Gegenwart zufrieden zu sein und relativ sorgenfrei in

Tabelle 3-14

Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen nach Altersgruppen

Altersgruppen	Zufriedenheit mit ...								
	dem Leben allgemein			Einkommen		Lebensstandard		Wohnung	
	1988/90	1993	1998	1993	1998	1993	1998	1993	1998
	Mittelwerte ¹								
	Westdeutschland								
18 bis 34 Jahre	7,9	8,0	7,7	6,9	6,7	7,5	7,1	7,7	7,8
35 bis 59 Jahre	7,9	7,9	7,7	7,2	7,0	7,5	7,3	8,3	8,2
60 Jahre und älter	7,9	7,8	7,8	7,1	7,4	7,4	7,7	8,6	8,8
70 Jahre und älter	–	7,9	7,7	7,2	7,6	7,4	8,0	8,6	8,9
	Ostdeutschland								
18 bis 34 Jahre	6,8	7,1	7,3	5,4	7,1	6,3	6,5	6,3	7,1
35 bis 59 Jahre	6,4	6,7	7,1	5,7	7,5	6,2	6,4	7,0	7,5
60 Jahre und älter	6,7	6,9	7,6	6,2	8,1	6,5	7,4	7,5	8,1
70 Jahre und älter	–	6,6	7,6	6,4	7,4	6,4	7,5	7,1	8,2

¹ Mittelwerte einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden).
Quelle: Statistisches Bundesamt 2000b und Noll & Schöb 2001.

die Zukunft zu blicken (Smith, J. et al. 1996: 518). Einzelne Aspekte zeigen jedoch im fortgeschrittenen Alter auch negative Veränderungen, wie z. B. das allgemeine subjektive Wohlbefinden, die erwartete zukünftige Lebenszufriedenheit sowie insbesondere die positive emotionale Befindlichkeit. Keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen konnten bezüglich der Lebenszufriedenheit und des allgemeinen Wohlbefindens festgestellt werden. Mit anderen Worten: Das hohe Alter bedeutet offenbar nur ein geringes Risiko in Bezug auf allgemeines Wohlbefinden, wohl aber geht es mit dem selteneren Erleben positiver Gefühle einher (Smith, J. et al. 1996: 510 bis 512).

Die Autoren der Berliner Altersstudie weisen aber zugleich auf die Grenzen hin, die ein höheres Risiko der Gebrechlichkeit, des Funktionsverlustes und der schlechten Gesundheit im sehr hohen Alter (ab 85 Jahre) der Lebenszufriedenheit zu setzen vermag.

3.2.4.2 Der Zusammenhang zwischen ökonomischer Lage und Wohlbefinden

Die Verbindung von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden ist aus zahlreichen Untersuchungen bekannt und bildet eine Grundannahme der Zufriedenheits- und Wohlfahrtsforschung. Gute Lebensbedingungen führen – zumindest tendenziell – zu höherem subjektivem Wohlbefinden (Delhey & Böhnke 1999: 16). Einkommen gilt jedoch, wie aus den bisherigen Ausführungen deutlich geworden sein sollte, nur als ein – wenn auch ein bestimmender – Indikator von Lebensqualität, da ein hoher Lebensstandard nicht automatisch mit hoher Lebenszufriedenheit einher geht bzw. schlechte materielle Ausstattung bei den Betroffenen nicht immer zu Unzufriedenheit mit den Lebensbedingungen führt. Die Erklärung dieser Tatsache, dass Menschen – und dies trifft auf Hochaltrige in noch stärkerem Maße zu –, die unter objektiv schlechten Bedingungen leben, häufig trotzdem eine hohe Lebenszufriedenheit äußern, hat zur These der „inkonsistenten Wohlfahrtsdimensionen“ geführt (Habich 1996: 170; Diener & Suh 1997).

Nach den Ergebnissen einer aktuellen repräsentativen Umfrage unter älteren Menschen in den neuen Bundesländern entscheidet vor allem die Gewissheit oder Ungewissheit eines regelmäßigen Einkommens und die damit verbundene Möglichkeit, die Bedürfnisse befriedigen zu können, wesentlich über die Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit eines jeden. Das Einkommen gewährleistet oder begrenzt maßgeblich die Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, Selbstbestimmung und soziale Partizipation der Menschen (Sozialwissenschaftliches Forschungszentrum Berlin-Brandenburg e.V. 2000).

3.2.4.2.1 Ökonomische Lage und Wohlbefinden bei Hochaltrigen

Die in empirischen Beiträgen vorfindbaren altersspezifischen Darstellungen zum Zusammenhang von materieller Lage und subjektivem Wohlbefinden weisen in der Regel keine differenzierten Alterskategorien innerhalb der Gruppe alter Menschen auf. Eine Ausnahme bezogen auf

die deutsche Situation bildet die Berliner Altersstudie, die allerdings regional auf Berlin beschränkt ist. Daher wurden für diesen Bericht Sonderauswertungen des Wohlfahrtsurveys für die Alterskategorie der über 70-Jährigen durchgeführt (siehe Noll & Schöb 2001). Diese Analysen bestätigen eindeutig, dass die über 70-Jährigen ein hohes Wohlstandsniveau aufweisen, das sich gleichzeitig in einer ausgeprägten Zufriedenheit mit dem Lebensstandard niederschlägt (Noll & Schöb 2001: 49).

Ob der erworbene Lebensstandard, einschließlich der Wohnsituation und der Freizeitgestaltung, auch im Alter aufrechterhalten werden kann oder es zu materiellen Einschränkungen kommt, ist vor allem abhängig von der Höhe des Alterseinkommens sowie eventuell vorhandener Vermögensbestände. Auch wenn in einer Meta-Analyse festgestellt wurde, dass der positive Zusammenhang von Einkommen und subjektivem Wohlbefinden bei jüngeren Menschen stärker ausgeprägt ist als bei alten (George 1992: 77), wird auch im Alter das Denken und Handeln in hohem Maße von der Einkommenssicherheit und den individuellen Möglichkeiten der Befriedigung der Bedürfnisse bestimmt.

Die Einkommenszufriedenheit steigt, wie aus zahlreichen Untersuchungen deutlich wird, bei älteren Altersgruppen an, und zwar unabhängig vom tatsächlichen Einkommen (vgl. z. B. Glatzer & Zapf 1984; Diener & Suh 1997). Befunde des Alters-Surveys verweisen beispielsweise darauf, dass die über 70-Jährigen ihren Lebensstandard häufiger als andere mit „gut“ oder „sehr gut“ bewerten (Motel-Klingebiel 2000: 239). Hinter dieser Feststellung verbirgt sich jedoch die Gefahr, dass die tatsächlichen, objektiven finanziellen Bedarfe alter Menschen aufgrund ihrer hohen, teilweise sogar „unrealistischen“ (George 1992: 75) Zufriedenheit mit ihrer materiellen Lage unterschätzt werden.

Allgemein nimmt mit zunehmendem Alter, insbesondere nach Eintritt in den Ruhestand, die Unstetigkeit des Einkommenspfades und damit auch das Einkommensrisiko, ab. Dies schlägt sich wiederum in den Einschätzungen Hochaltriger hinsichtlich ihrer Einkommensstabilität nieder. In der Berliner Altersstudie gaben 70-Jährige und Ältere im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen seltener an, dass sie sich um ihre gegenwärtigen und zukünftigen materiellen Ressourcen sorgen (Smith, J. et al. 1996: 515). Eine Tendenz zur Konstanzerwartung bei alten Menschen war auch im Alters-Survey nicht zu übersehen: Personen im Ruhestand aus den alten wie den neuen Bundesländern erwarten offensichtlich bezüglich der Entwicklung ihres Lebensstandards überwiegend Konstanz, da sie ihre Alterseinkommen als sicher ansehen. „Zugleich sehen sie kaum Möglichkeiten, ihren Lebensstandard noch nennenswert zu verbessern“ (Motel-Klingebiel 2000: 242).

Im Alter haben Menschen zunehmend weniger Möglichkeiten, aktiv auf ihr Alterseinkommen einzuwirken und müssen mit ihren bis dahin erworbenen Ressourcen auskommen bzw. sich auf Altersvorsorgeprogramme (wie Renten) oder ähnliche Maßnahmen verlassen. „Diese heikle Beziehung zwischen Ressourcen und Unabhängigkeit scheint im Alter eine besonders schwierige Rolle zu

spielen, in einer Lebensphase, in der Menschen mit der sehr realistischen Möglichkeit des körperlichen und geistigen Verfalls konfrontiert werden“ (Smith, J. et al. 1996: 503). Die Hauptsorge alter Menschen in Bezug auf ihre finanzielle Sicherheit speist sich daher vor allem aus der Angst, dass die Ressourcen nicht den im Alter steigenden finanziellen Bedarfen, z. B. durch Krankheit oder Verwitwung, genügen.

Die in der Berliner Altersstudie erhobenen Daten zur Vorhersage des allgemeinen subjektiven Wohlbefindens konnten als wichtigstes Ergebnis festhalten, dass die subjektiven Bewertungen bestimmter Bereiche – wie eben auch die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen finanziellen Situation – stärkere Prädiktoren für Wohlbefinden sind als die objektiven Messwerte in den einzelnen Bereichen (Smith, J. et al. 1996: 512). Mit anderen Worten: Allgemeines subjektives Wohlbefinden ist also vor allem durch subjektive Bewertungen einzelner Lebens- und Funktionsbereiche (wie dem Einkommen) zusammengesetzt. Dies zeigt sich auch daran, wie unterschiedlich die Mechanismen sind, mit denen Menschen verschiedener Altersgruppen ihre finanzielle Lage beurteilen. Während die Einkommenszufriedenheit bei Jüngeren die Diskrepanz zwischen den Einkommenszielen und -möglichkeiten widerspiegelt, ist sie bei Älteren eher das Ergebnis von individuellen Beurteilungsprozessen. Hier geht es vor allem darum, ob sich die alten Menschen benachteiligt fühlen, entweder in Bezug auf andere Altersgruppen oder in Bezug auf ihre vorherige Lebenssituation, und ob sie ihre Einkommenssituation als gerecht im Vergleich zu der in ihrem Leben geleisteten Arbeit empfinden (George 1992: 88).

Signifikante Altersunterschiede zwischen alten und sehr alten Menschen konnten im Hinblick auf den Einfluss des „objektiven“ finanziellen Status in der Berliner Altersstudie kaum festgestellt werden. Dies ist vor allem deshalb interessant, weil die finanzielle Situation als einer der primären Vorhersagefaktoren für das subjektive Wohlbefinden gilt und die geringen altersabhängigen Tendenzen auch mit jenen für das Wohlbefinden übereinstimmen (Smith, J. et al. 1996: 517). Der Grund hierfür wird zum einen in den insgesamt sehr ähnlichen objektiven Lebensbedingungen für alte und sehr alte Menschen gesehen. Zum anderen findet man hier die These bestätigt, dass sich objektive Lebensbedingungen hauptsächlich indirekt auf das subjektive Wohlbefinden auswirken.

3.2.4.2.2 Indirekte Einflüsse der ökonomischen Lage auf das Wohlbefinden

Noch deutlicher als der direkte Einfluss, den Einkommen auf das Wohlbefinden ausübt, hat die finanzielle Lage auch indirekte Auswirkungen auf die subjektiv empfundene Lebensqualität.

Das Gefühl der Einkommenssicherheit steuert bei alten Menschen erheblich zu ihrem positiven subjektiven Wohlbefinden bei, wie weiter oben besprochen. Auch die Art der Einkommensquelle übt einen Einfluss auf das Wohlbefinden aus. Dies wird am Beispiel des Sozialhilfeanspruchs deutlich: Allein die Tatsache, dass es eine „verschämte Armut“ gibt und alte Menschen mit Niedrigein-

kommen nicht selten auf den Bezug von Sozialhilfe verzichten (vgl. Tabelle 3-14), ist ein Indikator dafür, dass die Abhängigkeit von Sozialhilfe das subjektive Wohlbefinden einschränkt. Gerade bei alten Menschen hängt das subjektive Wohlbefinden erheblich vom Gefühl der finanziellen Unabhängigkeit ab.

Eine wesentliche Rolle spielt für alte Menschen dabei auch die – zumindest im subjektiven Verständnis empfundene – Legitimität des eigenen Rentenanspruchs aufgrund der vorher erbrachten Leistungen. Wird diese Legitimität ihres Alterseinkommens infrage gestellt, beeinträchtigt dies auch die Einkommenszufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden.

Neben der finanziellen Kontrolle kommt im hohen Alter der Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung und der erfolgreichen Bewältigung des Alltags eine besondere Bedeutung zu, die ebenfalls in engem Zusammenhang mit den finanziellen Ressourcen alter Menschen steht. Hier bilden Wohnung und Wohnumfeld eine wesentliche Grundlage für Unabhängigkeit, Lebenszufriedenheit und schließlich Lebensqualität im Alter. Der Einfluss der materiellen Lage auf die Wohnzufriedenheit wird v. a. bei einkommensschwachen Haushalten alter Menschen offensichtlich, wo es häufig zu einer Kumulation von Versorgungsproblemen z. B. im Hinblick auf den vorhandenen Wohnraum (Größe und Lage), die Ausstattung sowie die Realisierung von Wohneigentum kommt. So kann u. a. mit den entsprechenden technischen Hilfsmitteln die Bewältigung des Alltags sowie grundlegender Alltagsaktivitäten wesentlich erleichtert werden und zur Aufrechterhaltung von Autonomie im Leben hochaltriger Menschen führen. Auch die Möglichkeiten von Hilfe und Pflege durch andere Personen sind oft an die Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und die Ausstattung der Wohnung (z. B. sanitäre Anlagen) gebunden. Für einen Teil der Pflegehilfsmittel übernimmt zwar die Pflegeversicherung die Kosten. Besteht jedoch darüber hinaus die Möglichkeit, weitergehende private Investitionen in hochwertige Gebrauchsgüter oder bauliche Veränderungen zu tätigen, kann dies den Grad der Selbstständigkeit für alte Menschen wesentlich erhöhen.

Auch die Aufrechterhaltung sozialer Netzwerke und damit verbundener Hilfe- und Unterstützungsbeziehungen ist zum Teil abhängig von den verfügbaren finanziellen Ressourcen. Sparen alte Menschen mit unzureichender materieller Ausstattung zudem an Ausgaben für die persönliche Mobilität (Bus-, Bahn-, Taxifahrten) oder dem Telefonieren, geht dies ebenfalls auf Kosten der Lebensqualität. Die Beteiligung an verschiedenen sozialen und Freizeitaktivitäten (z. B. Vereine, Sport, Reisen und kulturelle Veranstaltungen) dient als wichtige Quelle positiver Lebenserfahrungen, die im Alter die unvermeidlichen negativen Erfahrungen, wie gesundheitliche Beeinträchtigungen und persönliche Verluste, ausgleichen und den Grad an gesellschaftlicher Teilnahme erhöhen können (Smith, J. et al. 1996: 503). Ist das Freizeitverhalten alter Menschen jedoch durch geringe finanzielle Ressourcen eingeschränkt, ist ein indirekter negativer Effekt auf das subjektive Wohlbefinden wahrscheinlich.

3.2.4.3 Mögliche Erklärungsbestandteile für den im höheren Alter vergleichsweise geringeren Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und ökonomischer Lage

Wiederholt konnte in empirischen Untersuchungen beobachtet werden, dass die subjektive Einkommenszufriedenheit, unabhängig vom tatsächlichen Einkommen, bei älteren Altersgruppen ansteigt. Über diesen Effekt ist viel spekuliert worden. Im nun folgenden Teil werden Erklärungsansätze für den mit höherem Alter abschwächenden Zusammenhang von materieller Lage und subjektivem Wohlbefinden diskutiert. Folgende Anhaltspunkte spielen bei der Erklärung eine Rolle:

Es ist bekannt, dass das Sicherheitsbedürfnis, auch im Hinblick auf die materielle Sicherheit, bei alten Menschen stark zunimmt. Im hohen Alter hat sich die Einkommenslage in aller Regel stabilisiert und das Alterseinkommen (z. B. eine Rente) ist im Allgemeinen bis an das Lebensende gesichert. Das gesetzliche Rentensystem entspricht damit dieser Sicherheitsorientierung. Eine ergänzende private Altersvorsorge kann zusätzlich dazu beitragen, die Gewissheit zu stärken, im Alter einmal angemessen versorgt zu sein. Dass diese zusätzliche Vorsorge jedoch entsprechende finanzielle Ressourcen voraus setzt, zeigt sich an der ungleichen Verbreitung privater Lebensversicherungen zwischen den Einkommensgruppen (Bulmahn 1999: 311).

Bezüglich der gewonnenen Einkommenssicherheit geht aus den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) hervor, dass der Einfluss des Alters auf die Einkommenszufriedenheit insbesondere dann zurück geht, wenn neben dem aktuellen Einkommen auch die zukünftig erwartete Einkommensentwicklung und insbesondere das Einkommensrisiko bei den Analysen mit berücksichtigt wird. Daraus wird die Schlussfolgerung gezogen, dass sich ein Teil des Zusammenhangs zwischen Alter und Einkommenszufriedenheit offensichtlich durch die Berücksichtigung des Einkommensrisikos erklären lässt (Schwarze 1996: 361).

Die Mehrheit der heute hochaltrigen Menschen hat bereits ein gewisses Wohlstandsniveau erreicht. Ebenso hat sich die allgemeine Lebenszufriedenheit, die in Westdeutschland bereits auf einem sehr hohem Niveau ist, in den letzten Jahren kaum mehr positiv verändert. Veenhoven konnte zudem beobachten, dass in reichen Nationen der Zusammenhang von Einkommen und Zufriedenheit sinkt (Veenhoven 1993). Daran wird deutlich, „dass die immer weitere Verbesserung der Lebensbedingungen einen sinkenden Grenznutzen hat: Mehr Einkommen, mehr Freizeit und mehr Konsum lassen die Menschen nicht immer zufriedener werden“ (Statistisches Bundesamt 2000b: 423).

Der Hintergrund für diese Feststellung ist, dass es bei gestiegenem Lebensstandard häufig zu Relevanzverschiebungen zu Gunsten immaterieller Werte, wie z. B. dem Gesundheitszustand insbesondere bei Hochaltrigen, kommt, wogegen für Menschen mit unzureichendem Einkommen eher die Befriedigung materieller Grundbedürfnisse Vorrang hat.

Es muss zudem generell beachtet werden, dass das Wohlstandsniveau nicht allein von der Einkommenshöhe, son-

dern auch von den unterschiedlichen Ausgabenerfordernissen abhängt. Bei ähnlicher Einkommens- und Vermögenssituation kommt es auch bei einem stabilen Alterseinkommen zu sehr unterschiedlichen Zufriedenheitsniveaus, je nach dem, welche zusätzlichen Aufwendungen anfallen.

Unter diesem Gesichtspunkt sei auch an die höheren Fixkosten der Einpersonen-Rentnerhaushalte gegenüber den Zweipersonenhaushalten erinnert, die oftmals zu erheblichen konsumptiven Einschränkungen führen.

Ein ganz wesentlicher Aspekt für die Erklärung altersabhängiger Unterschiede bei der Verknüpfung von objektiven Lebensbedingungen mit subjektivem Wohlbefinden sind die unterschiedlichen Bewertungsprozesse. Eine wichtige Annahme in diesem Zusammenhang betrifft die individuellen altersabhängigen Veränderungen von Bewertungsmaßstäben sowie Verschiebungen von persönlichen Wertorientierungen und Prioritätensetzungen, wie z. B. die Änderung von Ansprüchen oder Vergleichszielen, die zur Aufrechterhaltung des Wohlbefindens beitragen. Je größer die Lücke zwischen Anspruch und Wirklichkeit für die alten Menschen ist, desto eher sinkt ihre Zufriedenheit. Dabei wird jedoch vermutet, dass Menschen mit dem Alter ihre Ansprüche und Erwartungen entsprechend ihren abnehmenden Handlungsmöglichkeiten reduzieren. Zudem wird angenommen, dass Menschen mit zunehmendem Alter ihre Ansprüche besser mit ihren persönlichen Lebensumständen in Einklang bringen können (Noll & Schöb 2001: 16). Solche selbstregulativen Anpassungsprozesse („Adaptionen“) des eigenen Anspruchsniveaus helfen alten Menschen, trotz unabwendbarer Verluste, sowohl auf objektiver als auch auf subjektiver Ebene, ein hohes Wohlbefinden aufrechtzuerhalten und z. B. das Schicksal eines Lebens in Armut zu bewältigen bzw. als weniger gravierend anzusehen (Filipp 2001: 41).

Neben Bewältigungsprozessen wurden in der Berliner Altersstudie auch Veränderungen in Vergleichsprozessen bei den alten und sehr alten Studienteilnehmern beobachtet: Man hat festgestellt, dass alte Menschen sich nicht mehr mit anderen Alten, sondern eher mit sich selbst in der Vergangenheit vergleichen, um herauszustellen, dass ihr Leben eine Wendung zum Besseren genommen hat. Vor allem der Vergleich mit schlechten Zeiten wie den Kriegsjahren lässt für die Hochaltrigen die Gegenwart in einem besseren Licht erscheinen, auch wenn finanzielle Probleme offensichtlich sind (Smith, J. et al. 1996: 505).

Hinzu kommen gewisse soziale und altersentsprechende Normen, an die sich besonders alte Menschen stark anpassen. Oft ist z. B. die Auffassung verinnerlicht, nicht über das Leben zu klagen, sondern eine positive Darstellung von Lebenszufriedenheit im Sinne von „mein Leben ist schön“ nach außen zu tragen. In der Berliner Altersstudie wurde hierzu allerdings kritisch bemerkt, dass das eher negativ gefärbte Altersstereotyp des hohen Alters die Vermutung nahe legt, „dass es für sehr alte Menschen sozial akzeptabler ist, eingeschränktes Wohlbefinden anzugeben, und dass möglicherweise der soziale Druck, der Norm ‚mein Leben ist schön‘ zu entsprechen, nicht so stark wie im jüngeren Alter empfunden wird“ (Smith, J. et al. 1996: 500).

Die Betonung der Zufriedenheit kann darüber hinaus Ausdruck sein für das Bedürfnis, sich und anderen gegenüber keine Defizite einzugestehen, was wiederum negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl haben könnte. Ähnliches wurde bereits im Zweiten Altenbericht im Zusammenhang mit der Wohnzufriedenheit diskutiert, wobei die Betonung der Erhaltung ihrer Selbstständigkeit das Bemühen der alten Menschen um die Aufrechterhaltung ihres positiven Selbstbildes ausdrückt (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998: 167).

Die Gruppe der heute Hochaltrigen zeichnet sich durch spezifische Werthaltungen und Orientierungen aus. Der gemeinsame Erfahrungshintergrund besteht beispielsweise im Erleben zweier Weltkriege, mehrerer Wirtschaftskrisen und materieller Notzeiten. Bei den ostdeutschen Hochaltrigen gehören zudem die Erfahrung der Systemtransformation im hohen Alter zur eigenen Biografie (Glatzer 1992: 138). Es ist offensichtlich, dass diese Erlebnisse auch die Einstellung gegenüber materiellen Ressourcen geprägt und beispielsweise zu einem anderen Spar- und Konsumverhalten bei den heute hochaltrigen Menschen geführt hat. Bei der nachfolgenden Kohorte der jüngeren Alten, die den größten Teil ihres Lebens unter den Bedingungen einer modernen Industriegesellschaft gelebt hat, haben sich andere Werte und Ziele herausgebildet, die nun ihr Denken und Handeln – auch in finanzieller Hinsicht – prägen.

Nicht nur sozioökonomische, sondern auch politische und wirtschaftliche Veränderungen führen zu Unterschieden in den Werthaltungen verschiedener Altersgruppen, wie dies am Beispiel der ostdeutschen Hochaltrigen deutlich wird. So hat die DDR-Sozialisation mit ihrer Betonung von Gleichheit und sozialer Gerechtigkeit andere Wertvorstellungen vermittelt als die Sozialisation in Westdeutschland. Die vermittelten normativen Vorgaben sind auch heute noch in der Wertestruktur vieler Ostdeutscher präsent (Delhey & Böhnke 1999: 22).

Die wachsende Relevanz anderer Lebenslagemerkmale als der Einkommenssituation darf keinesfalls vergessen werden, wenn man über die subjektive Lebenszufriedenheit hochaltriger Menschen im Zusammenhang mit objektiven Lebensbedingungen spricht. Hier spielen vor allem die sozialen, insbesondere die familiären Netzwerke eine immer wichtigere Rolle, genauso wie das Gefühl, weiterhin in die Gesellschaft integriert zu sein.

3.2.5 Fazit

Die in den vorangegangenen Abschnitten präsentierten Ergebnisse haben gezeigt, dass die finanzielle Lage Hochaltriger im Durchschnitt nicht Besorgnis erregend ist, es jedoch deutliche soziale Unterschiede gibt und einzelne Gruppen von Hochaltrigen mit relativ geringen finanziellen Ressourcen auskommen müssen und durchaus dem Risiko der ökonomischen Deprivation ausgesetzt sind. Der kumulative Effekt der sozialen Ungleichheit über den Lebensverlauf führt zu einer hohen Variabilität der Alters-einkommen. Die Einkommensunterschiede im hohen Alter sind daher ebenso ausgeprägt wie im mittleren Erwachsenen- und jüngeren Seniorenalter. So haben etwa die Beamten und Beamtinnen im Ruhestand ein um durch-

schnittlich 81 % höheres Äquivalenzeinkommen als die Haushalte von Rentnerinnen und Rentnern, und das Einkommen der Hochaltrigen in Ostdeutschland erreicht trotz etwas höherer Rentenzahlungen nicht das westdeutsche Niveau, da sie seltener und geringere Einkünfte aus anderen Quellen haben (Betriebsrenten, Kapitaleinkünfte etc.).

Auffallend ist die vergleichsweise schlechte Einkommensposition allein stehender Rentenempfängerinnen im Alter von 80 und mehr Jahren. Deren Einkommen liegt in Westdeutschland ein Viertel, in Ostdeutschland ein Drittel unter dem jeweiligen durchschnittlichen Äquivalenzeinkommen der Haushalte insgesamt und auch deutlich unter dem Einkommen hochaltriger Männer.²⁵ Ein Viertel der Haushalte mit einer hochaltrigen Frau als Haupteinkommensbezieherin lebte 1998 in relativer Einkommensarmut, d. h. sie hatten weniger als die Hälfte des Durchschnittseinkommens zur Verfügung. Ihre Quote relativer Einkommensarmut ist damit doppelt so hoch wie im Bundesdurchschnitt aller Privathaushalte (1998: 12,7 %). Hochaltrige Frauen besitzen zudem weniger Vermögen. Ein Zehntel der Haushalte der Frauen ab 70 Jahren hat keinerlei Ersparnisse. Für die große Gruppe der verwitweten hochaltrigen Frauen lässt sich hinsichtlich Ihrer materiellen Situation kein einheitliches Fazit ziehen. Zum einen lässt sich feststellen, dass die existierende Hinterbliebenenversorgung die materiellen Auswirkungen der Verwitwung für große Teile der Betroffenen ausreichend abfedert. Witwen sind unterdurchschnittlich von Armut betroffen. Dies gilt in noch stärkerem Maße für Witwer. Die Ausführungen in Kapitel 3.2.3.1 weisen aber auch darauf hin, dass die Einschätzungen der finanziellen Folgen von Verwitwung stark von den zugrunde gelegten methodischen Annahmen bestimmt sind. Je nach benutzter Äquivalenz-Skala kann die Verwitwung als ein hohes Armutsrisiko oder als Ereignis ohne negative finanzielle Folgen bewertet werden. Die Analyse der Ausgaben von Haushalten verwitweter Frauen zeigt deutlich, dass der Anteil, der für fixe Ausgaben verwendet werden muss, insbesondere für Wohnen und Haushaltsenergie, mit zunehmendem Alter deutlich ansteigt.

Insgesamt hatten nach den Ergebnissen der EVS 1998 19,5 % der Haushalte von Hochbetagten (ab 80 Jahren) ein Einkommen unter der 50 %-Schwelle und sind daran gemessen als einkommensarm zu bezeichnen.

Dennoch sind Hochaltrige mit einer Empfängerquote von 1,4 % (1999) vergleichsweise selten auf Sozialhilfe im engeren Sinn, d. h. auf laufende Hilfe zum Lebensunterhalt angewiesen. Auch der Anteil verdeckt Armer (d. h. mit einem Einkommen unter dem Bedarfssatz nach BSHG) scheint bei alten Menschen unterdurchschnittlich zu sein, entgegen der populären Annahme, dass das Phänomen der „verschämten“ Armut vor allem bei alten Menschen vorkomme. Die relativ wenigen hochaltrigen Sozialhilfeempfänger benötigen diese Hilfe allerdings meist dauerhaft.

²⁵ Die Bestimmung der Einkommenspositionen anhand gewichteter Pro-Kopf-Einkommen bzw. so genannter Äquivalenzeinkommen zur Kontrolle der unterschiedlichen Haushaltsgrößen hängt allerdings nicht unerheblich vom Gewichtungsansatz ab.