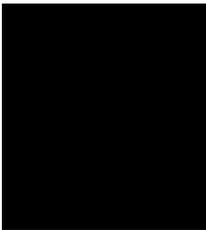




Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation



Alter und Gesellschaft

Dritter Altenbericht

Stellungnahme der Bundesregierung
Bericht der Sachverständigenkommission

Vorwort

Mit dem 3. Altenbericht liegt eine umfassende Beschreibung der Lebenssituation der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland vor.

Entsprechend ihrem Auftrag hat die Sachverständigenkommission dabei sowohl das erste Jahrzehnt nach der deutschen Einheit reflektiert als auch Empfehlungen für eine weiterführende, in die Zukunft gerichtete Politik für ältere Menschen entwickelt.

Der Bericht zeichnet ein differenziertes Bild des Alters. Ältere Menschen unterscheiden sich in ihrer körperlichen und seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit, in ihren Interessen und in der Gestaltung ihres Alltags sehr stark voneinander. Von zentraler Bedeutung für die Qualität des Lebens im Alter und die Teilhabe älterer Menschen an der Gesellschaft sind zum einen die eigenen persönlichen Fähigkeiten und zum anderen die Unterstützung der Gesellschaft im Prozess des Alterwerdens. Die Sachverständigenkommission nennt diesen Fundus die „individuellen und gesellschaftlichen Ressourcen“, die älteren Menschen zur Verfügung stehen.



Alt sein ist nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit Gebrechen und Hilfsbedürftigkeit. 80 % der Menschen im Alter von 70 Jahren oder älter sind zu einer weitgehend selbständigen Lebensführung in der Lage. Der größte Teil der älteren Bevölkerung lebt die ersten 15 – 20 Jahre nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben unabhängig von Hilfe und Pflege. Dies ermöglicht es älteren Menschen, sich auf vielfältige Weise zu engagieren, sei es in ihrem familiären Umfeld, in Vereinen oder in der Nachbarschaft. Die Bundesregierung fördert mit Programmen wie z. B. dem Multiplikatorenprogramm „Erfahrungswissen für Initiativen“ die Möglichkeiten für ältere Menschen, ihre Lebenskompetenz und ihr Wissen noch besser an andere, insbesondere jüngere Generationen weiterzugeben.

Zum realen Bild vom Alter in diesem Bericht gehört jedoch auch, dass ältere Menschen gesellschaftliche Unterstützung benötigen. So kommen auf die soziale Sicherung und die medizinischen Versorgungssysteme höhere Anforderungen zu.

Dies gilt zunehmend für das hohe Lebensalter, in dem die Risiken chronischer körperlicher Erkrankungen, der Multimorbidität sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit spürbar ansteigen. Mit ihrer Politik für ältere Menschen zielt die Bundesregierung darauf ab, auch den Schutz und die Hilfe für jene zu verbessern, die hierauf besonders angewiesen sind. Sie hat hierzu wichtige Schritte eingeleitet.

Zwischen Bundesregierung und Sachverständigenkommission besteht insgesamt ein hohes Maß an inhaltlicher Übereinstimmung in der Analyse und der Bewertung. Ich danke der Sachverständigenkommission für ihre fundierte Arbeit. Der 3. Altenbericht ist eine wertvolle Entscheidungshilfe für alle, die sich in Politik, Wissenschaft und Praxis mit der Alterung unserer Gesellschaft sowie mit der Lebenssituation älterer Menschen befassen.

Christine Bergmann

Dr. Christine Bergmann

Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

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

Inhaltsverzeichnis

Seite

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

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

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

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

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

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

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

	Seite
8.3.2.2 Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle in der Altenhilfe	271
8.3.3 Betreuungsrecht	271
8.4 Das europäische Recht als zusätzliche rechtliche Umwelt	272
8.4.1 Überlagerung des nationalen durch das supranationale Recht	272
8.4.2 Verunsicherung durch das europäische Recht	272
8.4.3 Ältere Menschen als Gegenstand multilateraler Zusammenarbeit	273
8.4.4 Rechtsvergleich als Element einer modernen Altenpolitik	274
8.4.5 Freizügigkeit innerhalb der Gemeinschaft und Export von Sozialleistungen	274
8.4.6 Europäischer Markt für Gesundheitsleistungen	275
8.5 Fazit	275
9. Empfehlungen	276
Literaturverzeichnis	289
Verzeichnis der Tabellen, Abbildungen und Übersichten	311

Mitglieder der Sachverständigenkommission für den Dritten Altenbericht

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Universität Bielefeld
Institut für Pflegewissenschaft

Prof. Dr. Winfried Schmähl
Universität Bremen
Zentrum für Sozialpolitik

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

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

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

Geschäftsstelle der Kommission

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

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

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

Monika Engelke, bis Oktober 1999 (Sachbearbeitung)

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

Anschrift der Geschäftsstelle

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

12101 Berlin

Tel.: 030/786 042 – 75 o. –76

Fax: 030/785 43 50

E-Mail: engstler@dza.de

adolph@dza.de

Liste der Expertisen und Anhörungen zum Dritten Altenbericht

Schriftliche Expertisen:

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

Backes, Gertrud:

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

Behrend, Christoph:

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

Fachinger, Uwe:

Materielle Ressourcen älterer Menschen – Struktur, Entwicklung und Perspektiven.

Förstl, Hans; Lauter, Hans; Bickel, Horst:

Ursachen und Behandlungskonzepte der Demenzen. Entwicklungen, Gegenwart und Zukunft.

Haupt, Hanna:

Die subjektive Wohlfahrt älterer Menschen in Ostdeutschland – Entwicklungen im Spiegel der subjektiven Reflexion älterer Menschen.

Helmchen, Hanfried; Kanowski, Siegfried:

Gerontopsychiatrie in Deutschland – Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen.

Heuft, Gereon; Schneider, Gudrun:

Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie – Gegenwärtige Entwicklung und zukünftige Anforderungen.

Kohli, Martin; Künemund, Harald:

Partizipation und Engagement älterer Menschen – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven.

Lempp, Reinhart:

Kompetenzförderung für ältere Menschen mit geistiger Behinderung.

Martin, Karl:

Krankheitskosten im Alter.

Mollenkopf, Heidrun; Gäng, Karin; Mix, Stefan; Kwon, Sunkyo:

Alter und Technik.

Schwarzer, Ralf; Knoll, Nina:

Personale Ressourcen im Alter.

Staudinger, Ursula; Greve, Werner:

Resilienz im Alter.

Tews, Hans Peter:

Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung.

Wacker, Elisabeth:

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

Walter, Ulla; Schwartz, Friedrich Wilhelm:

Gesundheit der Älteren und Potenziale der Prävention und Gesundheitsförderung.

Zeman, Peter; Schmidt, Roland:

Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien.

Anhörungen:

Prof. Dr. Maria Dietzel-Papakyriakou, Universität Gesamthochschule Essen:

Zur Lebenssituation älterer Migranten in Deutschland.

Dr. Klaus Leistner, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen:

Zur Pflegebedürftigkeit und Pflegeversicherung in Deutschland.

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

Workshop „Altern im ländlichen Raum“.

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

A. **Einleitung**

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

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

Umfassender Bericht

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

Tradition der
Altenberichterstattung

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

Ältere als
gesellschaftliche
Ressourcen

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

Neubestimmung
der Politik der
Bundesregierung

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

B. Die Stellung älterer Menschen in der Gesellschaft

1. Demographische Entwicklung

Neue
demographische Daten

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

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

Anstieg der
Lebenserwartung

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

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

Hochaltrigkeit

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

Veränderung
der Altersstruktur

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

Bedeutung
der Zuwanderung

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

Umkehr des
Altersaufbaus

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

2. Chancen und Anforderungen an eine älter werdende Gesellschaft

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

Bedeutungswandel des
Alters

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

Differenziertes
Altersbild

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

Schwerpunkte der
Altenpolitik

Engagement
von Älteren

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

Teilhabe Älterer in
Familie und Gesellschaft

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

Versorgungserfordernisse

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

Perspektiven der Generationensolidarität

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

C. Erfordernisse in Politik und Gesellschaft

1. Die gesundheitliche und medizinische Versorgung älterer Menschen

Gesundheit im Alter

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

1.1 Gesundheitliche Lage, Prävention und Rehabilitation

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

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

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

Sozial gerechte
Gesundheitspolitik

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

Stärkung
hausärztlicher
Versorgung

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

Krankheitsvorbeugung

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

Eigenverantwortung
und Prävention

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

Gesundheit
älterer Migrantinnen
und Migranten

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

Prävention vor
Rehabilitation –
Rehabilitation vor
Rente und Pflege

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

Neue Formen
institutioneller
Zusammenarbeit

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

1.2 Versorgung erkrankter älterer Menschen

1.2.1 Psychische Versorgung

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

Wachsende
Bedeutung von
Demenzkrankungen

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

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

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

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

Problem der
Tabuisierung

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

Überwiegende
Versorgung
durch Angehörige

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

Engmaschige
Hilfenetze knüpfen

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

Weiterentwicklung
der Tagespflege

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

Die Sachverständigenkommission kennzeichnet in ihrem Bericht die Verknüpfung der geriatrischen Versorgung mit gerontopsychosomatischer, alterspsychotherapeutischer und gerontopsychiatrischer Kompetenz als wichtige Voraussetzung für erfolgreiche Pflege und Betreuung dementer älterer Menschen. Die Bundesregierung bekräftigt diese Facheinschätzung, indem sie noch einen Schritt weiter geht und sich für diese Kompetenz – durch-

Vernetzung der
Versorgungsangebote

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

Vierter Altenbericht

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

1.2.2 Geriatrische Versorgung

Geriatrische Versorgung

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

Würde des alten Menschen

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

Sterbebegleitung

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

Weitere Untersuchung des Suizidrisikos

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

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

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

Ärzteausbildung

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

1.2.3 Ältere behinderte Menschen

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

Ältere Behinderte

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

Erhöhte Effektivität von Hilfsangeboten und Baumodelle

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

1.3 Strukturfragen der Altenhilfe

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

Ziele der Vernetzung struktureller Angebote

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

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

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

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

1.3.1 Struktur- und qualitätsfördernde Programme der Bundesregierung

Modellprogramm
„Altenhilfestrukturen
der Zukunft“

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

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

Modellprogramm
„Verbesserung der
Versorgung
Pflegebedürftiger“

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

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

Case-Management-
Projekte

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

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

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

Personalbemessungsverfahren PLAISIR

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

1.3.2 Bauliche Infrastruktur

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

Modellhafte Einrichtungen der Altenhilfe

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

Aspekt der Wirtschaftlichkeit

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

Baumodell für
ältere Migrantinnen
und Migranten

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

1.3.3 Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Positive
Zwischenbilanz der Pflege-
versicherung

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

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

Entlastung
pflegender
Angehöriger

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

Stabilität des
Beitragssatzes

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

Begriff der
Pflegebedürftigkeit

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

Begutachtung

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

Leistungen
erreichen
Zielgruppen

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

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

Verbesserte
Versorgung
Dementer
angestrebt

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

Vergütung im Heim

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

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

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

1.3.4 Zukunftssicherung in der Altenpflege

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

Reformstau in der
Altenpolitik beseitigt

a) *Altenpflegegesetz*

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

Meilenstein für
die Altenpflege

Ausbildungsziele der Altenpflegeausbildung	Die im Gesetz enthaltenen Ausbildungsziele für die Altenpflegeausbildung sind auf eine ganzheitliche Pflege ausgerichtet. Um die notwendigen Qualifikationen vermitteln zu können, wird die Ausbildung zur Altenpflegerin bzw. zum Altenpfleger drei Jahre dauern. Eine Teilzeitausbildung ist möglich. Wegen der auch von der Kommission aufgezeigten zunehmenden Bedeutung der ambulanten Pflege wird – neben der Ausbildung in stationären Einrichtungen – ein Ausbildungsabschnitt in einer ambulanten Pflegeeinrichtung verpflichtend sein. Damit die Pflegekompetenz auch auf der Helferebene gestärkt wird, enthält das Gesetz Rahmenvorgaben für die Ausbildung zur Altenpflegehelferin und zum Altenpflegehelfer. Die Berufsbezeichnungen werden geschützt.
Steigenden Bedarf befriedigen	Das Altenpflegegesetz soll dazu beitragen, dass auch in Zukunft der Bedarf an qualifizierten Fachkräften, der sich aufgrund der zunehmenden Zahl alter pflegebedürftiger Menschen voraussichtlich weiter erhöhen wird, gedeckt werden kann. Bereits von 1993 bis 1998/99 stieg die Zahl der Auszubildenden in der Altenpflege um 45 Prozent.
Öffnungsklauseln für integrierte Ausbildungsangebote	Mit der Neuregelung der Altenpflegeausbildung, die wegen des hohen Anteils von Frauen in diesem Beruf auch ein wichtiges frauenpolitisches Anliegen darstellt, werden nach vielen Jahren des Stillstands die Weichen für die von der Bundesregierung beabsichtigte und von der Kommission ebenfalls geforderte Weiterentwicklung der Pflegeberufe gestellt. Sowohl in das Krankenpflegegesetz als auch in das Altenpflegegesetz sind Öffnungsklauseln aufgenommen worden, die es ermöglichen, integrierte Ausbildungsangebote unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen zeitlich befristet zu erproben. Die Bundesregierung wird in den kommenden Jahren ein entsprechendes Modellprojekt durchführen.
Fort- und Weiterbildung	Ein auch von der Kommission angesprochener wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung in der Pflege ist neben der Berufsausbildung die ständige Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals. Es ist Angelegenheit der Länder, entsprechende Angebote zur Verfügung zu stellen. Der Bund hat hier keine Regelungskompetenz. Darüber hinaus misst die Bundesregierung der Akademisierung der Pflegeberufe besondere Bedeutung bei. Die hierin bestehende fachwissenschaftliche Fundierung der Pflege ist für die Qualitätssicherung, aber auch zur Profilierung des Berufsfeldes Pflege, von hoher Bedeutung. Doch fällt auch dieses Anliegen in die ausschließliche Zuständigkeit der Bundesländer.
Betreuungsqualität und Bewohnerschutz verbessern	<i>b) Heimgesetz</i> Am 1. November 2000 hat das Bundeskabinett den Entwurf eines dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes verabschiedet, dessen Ziel die Sicherung und Weiterentwicklung der Betreuungsqualität in den Heimen sowie die Verbesserung des Schutzes und der Rechtsstellung der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Überdies werden die Eingriffsmöglichkeiten der Heimaufsicht gestärkt und Heimaufsicht, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Pflegekassen und Sozialhilfeträger zur Zusammenarbeit verpflichtet. Auch die Heimbeiräte als Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner können künftig eine größere Mitbestimmung ausüben.
Menschenwürdiges Leben im Heim	Mit der Heimgesetznovelle geht es der Bundesregierung um die Schaffung einer modernen, den Anforderungen der Praxis entsprechenden gesetzlichen Grundlage für die Betreuung älterer und behinderter Menschen in Heimen. Oberste Maxime ist es, im Heim ein an den Grundsätzen der Menschenwürde ausgerichtetes Leben zu sichern.
Eigenverantwortlichkeit stärken	Im Mittelpunkt der Überlegungen steht darum der betroffene Mensch. Er ist nicht Objekt des Handelns anderer, sondern hat auch im Heim den unveräußerbaren Anspruch, sein Leben selbstbestimmt und selbstverantwortlich zu gestalten. Im Entwurf zur Novellierung des Heimgesetzes wird deshalb ausdrücklich auf die Verwendung des Begriffs „Unterbringung“ verzichtet. Das Heimgesetz will vielmehr sicherstellen, dass auch Bürgerinnen und Bürger, die im Rahmen ihrer Lebensführung auf die Hilfe anderer angewiesen sind, möglichst eigenverantwortlich über ihr Leben bestimmen können. Auch für Schwerstpflegebedürftige sind Heime vorrangig Orte des Wohnens.
Bessere Stellung des Heimbeirats	Die Novellierung des Heimgesetzes trägt ebenfalls der von der Kommission empfohlenen Stärkung der Position älterer Menschen als Nutzerinnen und Nutzer des Gesundheitswesens und dem Aufbau von Strukturen zur Teilhabe und Mitsprache von Laieneinrichtun-

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

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

Stärkung der Rechtsposition älterer Menschen

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

Betreuungs- und Pflegebedarf ermitteln

c) *Heimmindestbauverordnung*

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

Heimmindestbauverordnung an Bewohnerbedürfnisse anpassen

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

Bewohnerwünschen Rechnung tragen

d) *Pflege-Qualitätssicherungsgesetz*

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

Weiterentwicklung der Pflegequalität und Stärkung der Verbraucherrechte

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

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

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

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

Qualität der
pflegerischen
Infrastruktur

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

Transparenz durch
Pflegeheimvergleich

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

- die Beteiligung der Pflegekassen an kommunalen Beratungsangeboten.
- die stärkere Verpflichtung zur Durchführung von Pflegeschulung im häuslichen Umfeld,
- die Pflicht zum Abschluss und zur Aushändigung eines schriftlichen Pflegevertrages bei häuslicher Pflege sowie die probeweise Inanspruchnahme des Pflegedienstes,
- Rückzahlungspflichten bei Schlechtleistung oder
- die verbesserte Beteiligung der Pflegebedürftigen, der Behinderten und der Berufsverbände an bundesweiten Qualitätsvereinbarungen, an landesweiten Rahmenempfehlungen sowie an der geplanten Verordnung über Beratungs- und Prüfvorschriften.

e) *Qualitätssicherung in ambulanten Diensten*

Pflegequalität
ambulanter Dienste

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

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

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

Untersuchung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

1.4 Finanzierungsfragen der Alten- und Krankenhilfe

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

Finanzielle Lage der Pflegeversicherung

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

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

Steigende Anzahl von Leistungsberechtigten

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

Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

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

DRG-System

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

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

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

2. Ältere Menschen in der Arbeitswelt

2.1. Erwerbsbeteiligung im Wandel

Ältere
Arbeitnehmerschaft

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

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

Absehbare
Veränderung der
Beschäftigungssituation

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

Erfordernis zu
vorausschauender
betrieblicher
Personalpolitik

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

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

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

Moderne
Arbeitszeitgestaltung

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

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

2.2. Bedeutung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus betrieblicher Sicht

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

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

Ausgrenzung Älterer
entgegenzutreten

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

Forschungs- und Entwicklungsprogramm
„Arbeit und Technik“

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

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

Projekt „Öffentlichkeits- und Marketingstrategie demographischer Wandel“

Arbeitsschutz als
Präventivinstrument

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

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

2.3. Ausscheiden aus dem Erwerbsleben/Rentenzugang

Frühverrentung
entgegen wirken

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

Anhebung
vorgezogener
Altersgrenzen

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

Gleitender Übergang
in den Ruhestand –
Altersteilzeit

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

Tarifverträge
zur Altersteilzeit

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

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

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

3. Wirtschaftliche Lage im Alter

3.1. Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung

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

Gesetzliche
Rentenversicherung
bleibt Hauptsäule
der Alterssicherung

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

Bedeutung der
abgeleiteten
Hinterbliebenenversi-
cherung

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

Aufbau ergänzender
Altersvorsorge

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

Dauer der
Erwerbsphase

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

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

3.2. Weitere Einkommen und Vermögen

Armuts- und
Reichtumsbericht-
erstattung

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

Differenzierte
Analyse der
sozialen Wirklichkeit

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

Erhebung von Daten
zur Altersvorsorge

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

Umfassende
Betrachtung der
Einkommenslage

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

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

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

Ungleiche Verteilung
des Privatvermögens

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

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

3.3. Sozialhilfebezug im Alter

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

Sozialhilfe
bekämpft Armut

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

Fortentwicklung
des Sozialhilferechts

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

Ältere
allein lebende Frauen

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

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

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

4. Teilhabe älterer Menschen am familiären und sozialen Leben

4.1. Innerfamiliäre Generationen- und Solidarbeziehungen

Vielfältige
Familienformen

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

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

Dynamische
Familiennetze

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

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

Ambivalenz der
Familienbeziehungen

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

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

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

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

Haushaltübergreifende
Familienzusammenhänge

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

Lebensvorstellungen
im Wandel

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

Ergebnisse des
Projekts
„Familiensurvey“

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

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

Innere Nähe bei
äußerer Distanz

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

Persönliche
Verlässlichkeit trotz
Mobilitätsanforderungen

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

Vielfältige
Alt-Jung-Beziehungen

4.1.2 Hilfe- und Unterstützungsleistungen zwischen den Generationen

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

Innerfamiliare
Solidarität

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

Generationenübergreifende
Hilfebeziehungen

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

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

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

Frauen besonders eingebunden

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

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

4.1.3. Bedeutung der Generationsbeziehungen für die Kultur

Familienkultur

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

Bildung von Humanvermögen

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

Wertvolle Großeltern-Enkel-Beziehungen

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

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

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

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

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

4.1.4. Ältere Menschen ausländischer Herkunft

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

Hohe Bedeutung der Integration älterer Migrantinnen und Migranten

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

Neue Anforderungen angesichts veränderter Verhaltensmuster

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

Unterbewertung der Leistungen von Frauen – neue Untersuchung

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

Projekte der Bundesregierung

4.2. Freiwilliges bürgerschaftliches Engagement und Selbstorganisation älterer Menschen

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

Ältere Menschen besitzen Gemeinschaftssinn

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

Veränderung der Motivationslage

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

Förderanstrengungen
der Bundesregierung

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

Multiplikatorenprogramm
„Erfahrungswissen für
Initiativen“

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

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

4.3. Weiterbildung für ältere Menschen

Lebenslanges
Lernen

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

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

Forschungsprojekt
„Bildung im Alter“

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

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

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

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

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

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

Schulungsangebote für die Verbandsarbeit

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

Ältere Menschen sind „Lernende und Lehrende“

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

Weiterbildung älterer Arbeitnehmerschaft

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

Studienführer für Senioren

5. Ältere Menschen in ihrer örtlichen Lebensumwelt

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

Bedarfsgerechtes Wohnen

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

5.1. Wohnen und Wohnumfeld

Erhöhte
Wohnzufriedenheit
in den neuen
Bundesländern

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

Reform des
Wohnbaurechts

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

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

Gute Quartierstrukturen
erhöhen die
Teilhabechancen
im Alter

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

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

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

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

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

Modellprogramm
„Selbstbestimmt
wohnen im Alter“

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

Aufbau von
Koordinierungsstellen

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

Betreutes Wohnen

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

Projekt „Wunsch
und Wirklichkeit beim
betreuten Wohnen“

5.2 Mobilität im Alter

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

Mobilität erhöht
Lebenszufriedenheit

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

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

Angleichung der Verhältnisse beim Öffentlichen Personennahverkehr

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

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

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

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

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

Projekt CHIPTARIF

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

Neue Fahrzeugtechnik

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

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

Vorbehalte älterer Menschen aufgreifen

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

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

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

Nutzung des
Automobils

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

Keine festen
Altersgrenzen

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

5.3. Neue Chancen der Technik

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

Technik- und
Medienkompetenz
älterer Menschen

6. Ältere Menschen in der Rechtsordnung

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

Rechtliche Beratung
älterer Menschen
grundsätzlich
sichergestellt

Reformbedarf des Betreuungsrechts	<p>gesetzlichen Vorschriften über die Prozesskostenhilfe. Wenn ältere Menschen aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer körperlichen, geistigen, seelischen Behinderung nicht in der Lage sind, ihre rechtlichen Angelegenheiten selbst zu regeln, ist ihnen nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches auf Antrag oder von Amts wegen eine Betreuerin bzw. ein Betreuer zu bestellen, sofern ihre rechtlichen Angelegenheiten nicht durch eine Bevollmächtigte bzw. einen Bevollmächtigten oder andere Hilfen, bei denen keine gesetzliche Vertreterin bzw. kein gesetzlicher Vertreter bestellt wird, ebenso gut wie durch eine Betreuerin bzw. einen Betreuer besorgt werden können.</p>
Rentenformel	<p>Im Bereich des Betreuungsrechts sieht allerdings auch die Bundesregierung Reformbedarf. Die Regierungsparteien haben in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 festgelegt, dass das Betreuungsrecht novelliert werden soll, um dem sozialpflegerischen Ansatz von Betreuungsverhältnissen besser gerecht zu werden. Dieses Ziel ist entgegen den ursprünglichen Erwartungen mit dem Betreuungsgesetz nicht in dem erwarteten Umfang erreicht worden. So haben insbesondere die Betreuungsbehörden in der Praxis nicht die Bedeutung erlangt, die ihnen nach den Vorstellungen des Gesetzgebers zukommen sollte. Dem Element einer fürsorglichen, sozialen Zuwendung kann jedoch allein mit Hilfe des Zivilrechtes und des justiziellen Instrumentariums nicht in ausreichendem Maße Rechnung getragen werden. Darüber hinaus stellt sich das Problem der Finanzierbarkeit von Betreuungen. Die Länder beklagen schon seit Jahren, dass die von ihnen zu tragenden Kosten der Betreuung nicht mehr finanzierbar seien. Nach den Berechnungen der Länder hat das Betreuungsrechtsänderungsgesetz hier keine Abhilfe geschaffen. Danach ist seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes ein weiterer erheblicher Anstieg der Betreuungskosten zu verzeichnen, der die ohnehin bereits sehr angespannte Haushaltslage der Länder zunehmend verschärft. Bund und Länder sind darin einig, dass die für die Betreuung verfügbaren Mittel so eingesetzt werden müssen, dass die Qualität der Betreuungen auf möglichst hohem Niveau gewährleistet wird, ohne dass die Kosten ständig steigen. Die geplante Reform soll unter anderem auch zu einer Vermeidung von Betreuungen und zu einer Reduzierung des Verfahrensaufwandes führen. Weitere in der Praxis zutage getretene Probleme des geltenden Betreuungsrechtes werden ebenfalls Gegenstand der Reformüberlegungen sein. Einzelheiten der geplanten Reform werden derzeit von einer interfraktionellen Arbeitsgruppe „Strukturreform des Betreuungsrechts“ erörtert, die sich im Deutschen Bundestag gebildet hat. Die Arbeitsgruppe erarbeitet unter Einbeziehung der Bundesländer und in Zusammenarbeit mit erfahrenen Fachleuten Vorschläge zur Änderung des Betreuungsrechts. Diese Vorschläge sollen abgewartet werden.</p> <p>Die Analyse der Kommission, dass in der Konfliktsituation zwischen notwendiger Flexibilität und Vertrauensschutz für die Rentnerinnen und Rentner und rentennahen Jahrgängen auch demographisch legitimierte Veränderungsfaktoren in die Rentenformel eingebaut werden sollten, ist grundsätzlich zu begrüßen.</p>
Stellung des Sozialbeirats	<p>Die Konzeption der Bundesregierung für eine Rentenreform sieht vor, dass der Beitragsatz zur Rentenversicherung langfristig auf möglichst niedrigem Niveau stabilisiert werden soll. Hierzu notwendig ist die gemeinsame Anstrengung aller an der Rentenversicherung Beteiligten. Ein Beitrag der Rentner in diesem Zusammenhang war die Rentenanpassung lediglich in Höhe der Preisniveausteigerung im Jahre 2000. Ursprünglich war vorgesehen, die Renten auch im Jahre 2001 im Umfang der Preisniveausteigerung anzupassen. Der Entwurf eines Altersvermögensgesetzes sieht jedoch vor, bereits 2001 zu den Grundsätzen der lohnorientierten Anpassung zurückzukehren, um eine möglichst breite Akzeptanz des Reformkonzepts zu gewährleisten.</p> <p>Zu den Ausführungen zur Einrichtung eines Gremiums zur langfristigen Beobachtung und Beratung zur Alterssicherung insgesamt ist zu erwähnen, dass bereits jetzt der Sozialbeirat diese Aufgabe wahrnimmt. § 155 SGB VI bestimmt, dass der Sozialbeirat insbesondere die Aufgabe hat, in einem Gutachten zum Rentenversicherungsbericht der Bundesregierung Stellung zu nehmen. § 154 SGB VI legt wiederum fest, dass der Rentenversicherungsbericht einmal in jeder Wahlperiode des Deutschen Bundestages um einen Bericht zu ergänzen ist, der insbesondere die Leistungen der anderen ganz oder teilweise öffentlich finanzierten Alterssicherungssysteme sowie deren Finanzierung, die Einkommenssituation der Leistungsbezieher der Alterssicherungssysteme und das Zusammentreffen von Leistungen der Alterssicherungssysteme beschreibt und die Entwicklungsperspektiven anderer Alterssicherungssysteme aufzeigt. Hierzu nimmt der Sozialbeirat selbstverständlich auch Stellung. Neben dem Sozialbeirat ein weiteres Gremium zu errichten, wäre ineffektiv und würde nur ein Konkurrenzverhältnis der Gremien schaffen.</p>

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

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

Abschnitte des Berichts:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Im Juni 2000

Andreas Kruse
Vorsitzender der Dritten Altenberichtscommission

1. Ressourcen des Alters aus individueller und gesellschaftlicher Perspektive

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

Der Begriff der „Ressourcen“ wird von der Kommission jedoch nicht allein zur Beschreibung jener individuellen und gesellschaftlichen Faktoren, die zu einem selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenen Leben im Alter beitragen, verwendet. Die Kommission geht vielmehr davon aus, dass das Individuum auch über Ressourcen für ein aus gesellschaftlicher Perspektive „produktives Leben“ verfügt, durch die es die Gesellschaft bereichern kann. An späterer Stelle soll deutlich gemacht werden, dass hier sehr verschiedene Formen

der Produktivität angesprochen sind. Die Kommission stellt auch die Frage, in welcher Weise das Individuum mit seinen Ressourcen zur Lösung gesellschaftlicher Herausforderungen beitragen kann.

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

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

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

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

Wählt man die genannten Definitionen erfolgreichen Alterns als Grundlage für die Analyse der physischen, seelisch-geistigen, sozialen und materiellen Situation im „vierten Lebensalter“ (näherungsweise definiert als Zeitspanne ab dem Alter von 75–80 Jahren), so sind diese optimistischen Aussagen über das Alter deutlich zu relativieren (ausführlich dazu Baltes 1999). Die Verletzbarkeit des Organismus, d. h. die Anfälligkeit für gesundheitliche Störungen und funktionelle Einbußen, nimmt im vierten Lebensalter erkennbar zu und damit das Risiko der chronischen körperlichen Erkrankungen, der Multimorbidität sowie der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Auch das Zentral-Nerven-System ist von dieser erhöhten Verletzbarkeit betroffen: Diese spiegelt sich zum einen in der verringerten Kapazität der Informationsverarbeitung wider (die auf die verringerte Plastizität neuronaler Netzwerke zurück-

zuführen ist), zum anderen in der deutlichen Zunahme an psychoorganischen Erkrankungen (hier ist vor allem die Demenz zu nennen). Im vierten Lebensalter nehmen zudem die sozialen Verluste zu (abnehmendes inner- und außerfamiliäres Netzwerk), sodass auch der Anteil jener Menschen steigt, die über Einsamkeit klagen. Und schließlich ist zu berücksichtigen, dass gerade alleinstehende Frauen im vierten Lebensalter vom Risiko der Armut bedroht sind. Mit anderen Worten: Während das dritte Lebensalter durchaus im Sinne der späten Freiheit (ein von Rosenmayr 1990, gewählter Begriff) charakterisiert werden kann, die aus dem Fortfallen externer Verpflichtungen in Beruf und Familie erwächst, ist das vierte Lebensalter eher im Sinne einer Kumulation von Anforderungen und Verlusten zu charakterisieren; diese Aussage gilt vor allem für Frauen, bei denen der körperliche, psychische, soziale und sozioökonomische Funktionsstatus im Durchschnitt geringer ist als bei Männern (siehe dazu die sehr ausführlichen Analysen von Smith & Baltes 1998).

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

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

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

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

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

Die Wechselwirkungen zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung für ein selbstständiges, selbstverantwortliches und persönlich zufrieden stellendes Leben im Alter bestehen zwar in allen Lebensaltern, doch ist zu bedenken, dass im Falle zunehmender Einschränkungen Menschen in besonderem Maße von ihrer Umwelt abhängig sind. Die Gestaltung der Umwelt ist dabei auch abhängig von den Ressourcen, über die die Gesellschaft verfügt und die sie zur Verfügung stellt. In die-

sem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass das Altern unserer Gesellschaft auch die deutliche Zunahme des Anteils hochbetagter Menschen umfasst, also einer Personengruppe, die in erhöhtem Maße auf die Bereitstellung von Ressourcen durch die Gesellschaft angewiesen ist. Aus diesem Grunde gewinnt die Wechselwirkung zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung auch große politische Bedeutung.

1.1 Wechselwirkungen zwischen individueller und gesellschaftlicher Verantwortung

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

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

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

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

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

Die Entscheidung, welchen Patienten angesichts begrenzter Ressourcen eine Therapie zukommen kann und welchen nicht, ist so tief greifend, dass sie besonders gut begründet sein muss. Aus ethischer Sicht ist hier das Thema der Wahrhaftigkeit in der politischen Diskussion angesprochen: Ist das Auswahlprinzip in der Tat (ausschließlich) durch begrenzte finanzielle Ressourcen verursacht oder ist es (auch) Folge von wertbesetzten Vorurteilen, die den politischen Entscheidungsträgern entweder nicht in vollem Umfang bewusst sind oder die diese nicht in der Öffentlichkeit vertreten? Es ist zu überprüfen, inwieweit sich in bestimmten politischen Entscheidungen fehlende Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse älterer Menschen widerspiegelt (vgl. Zweiter Altenbericht der Bundesregierung, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1998). Wenn in der Tat die verfügbaren finanziellen Ressourcen begrenzt sind, dann stellt sich die Aufgabe der gerechten Verteilung materieller Güter

und damit das Problem der Auswahl von Patienten. Das Aufstellen von Kriterien für diese Auswahl ist eine Aufgabe, die von den im Gesundheitswesen Beschäftigten allein nicht geleistet werden kann. Vielmehr ist hier ein umfassender gesellschaftlicher Diskurs notwendig, in dem sehr gut begründete und gerechtfertigte Kriterien für die Verteilung materieller Güter und die Auswahl von Patienten erarbeitet werden. Die Kommission hebt hervor, dass dieser Diskurs fachlich begründet und wahrhaftig geführt werden muss.

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

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

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

1.2 Chancen und Anforderungen des Alters

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

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

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

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

63,8 Jahren auf 61,0 Jahre. (Bei Frauen in den alten Bundesländern ist dieses von 1975 bis 1998 nur um 0,4 Jahre, nämlich von 63,0 Jahren auf 62,6 Jahre zurückgegangen, bei Frauen in den neuen Bundesländern ist es von 1993 bis 1998 konstant bei 60,4 Jahren geblieben.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Kompetenzen älterer Menschen

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

1.3.1 Körperliche Kompetenz

Unter körperlicher Kompetenz werden die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit, die Funktionstüchtigkeit

der sensorischen Organe sowie die Mobilität zusammengefasst, wobei die Mobilität zahlreiche psychomotorische Funktionsabläufe umfasst.

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

1.3.1.1 Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

1.3.1.2 Demenz

Der deutlich steigende Anteil pflegebedürftiger Menschen im neunten Lebensjahrzehnt ist auch auf die zunehmende Anzahl demenzkranker Menschen zurückzuführen. Die Häufigkeit schwerer und mäßig schwerer Demenzen nimmt mit steigendem Alter erheblich zu: Bei den 70- bis 74-Jährigen liegt sie bei nahezu 0 Prozent, bei den 80- bis 84-Jährigen bei 11 Prozent, bei den 90- bis 94-Jährigen bei 31 Prozent. Die beiden häufigsten Formen der Demenz sind die primäre Demenz vom Alzheimer-Typ mit einem fortschreitenden, irreversiblen Verlauf und die vaskuläre, auf Erkrankungen der Hirngefäße zurückgehende Demenz. Die Tatsache, dass Demenzen bei Menschen über 65 Jahren mit einer Häufigkeit von knapp 5 Prozent, hingegen bei Menschen über 90 Jahren mit einer Häufigkeit von knapp 50 Prozent auftreten, hat die Frage angestoßen, ob es sich bei der senilen Demenz (Demenz vom Alzheimer-Typ) um eine altersassoziierte

Veränderung oder aber um eine altersassoziierte Erkrankung handelt. Nach heutigem Kenntnisstand kann nicht eindeutig bestimmt werden, ob Alternsprozesse an der Entwicklung der senilen Demenz beteiligt sind (altersassoziierte Veränderung), oder ob diese Erkrankung erst deshalb im Alter auftritt, weil der womöglich sehr langsam fortschreitende Krankheitsprozess jahrzehntelang unterhalb der Schwelle der klinischen Manifestation verläuft (siehe ausführlich dazu Beyreuther 1997; Förstl, Lauter & Bickel 2000; Helmchen & Kanowski 2000; Helmchen et al. 1996).

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

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

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

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

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

1.3.2 Alltagspraktische Kompetenz

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

Die Diskussion der basalen und erweiterten Kompetenz führt auch zur Bedeutung der räumlichen Umwelt, insbesondere zur Wohnung, zur Wohnumwelt und zur Verkehrsgestaltung (s. Kapitel 7). Die Aufrechterhaltung eines selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens ist nicht allein von den individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig, sondern auch von der Passung zwischen den Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person einerseits und den Anforderungen, Anregungen und Hilfen ihrer räumlichen Umwelt andererseits. Damit wird deutlich, dass auch die räumliche Umwelt – ebenso wie andere Merkmale der Lebenslage – eine Ressource für die selbstständige und selbstverantwortliche Lebensführung dar-

stellt. Dabei beschränkt sich allerdings die Bedeutung der räumlichen Umwelt nicht auf ihre unterstützende (prothetische) und ausgleichende (kompensatorische) Funktion. Genauso wichtig ist ihre stimulierende Funktion, die zum einen im Sinne der Anregung von Sinnes- und Denkfunktionen zu verstehen ist (hier kommt der Ausstattung der Wohnung große Bedeutung zu), zum anderen im Sinne bestehender Möglichkeiten zur selbstbestimmten Gestaltung der Wohnung.

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

1.3.3 Psychische Kompetenz

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

Familienangehörigen übernommen wird (vgl. Kapitel 6.2.1.2).

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

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

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

und Grenzen des menschlichen Lebens geben kann (diese Frage wird ausführlich von Kruse 1990, Rosenmayr 1990 und Staudinger 1996 diskutiert).

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

Psychoreaktive Störungen

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

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

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

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

1.3.4 Kognitive Kompetenz

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

lich geringer als in früheren Lebensaltern, darüber hinaus beschränken sich die Trainingseffekte auf jene Denk- und Lernstrategien, die in den Studien systematisch trainiert wurden – diese Trainingseffekte lassen sich also nicht auf andere Strategien übertragen (ausführlich dazu Wahl & Tesch-Römer 1998; Schwarzer & Knoll 1999).

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

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

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

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

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

können, sowie die Erfahrung, von anderen Menschen gebraucht zu werden.

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

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

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

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

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

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

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

1.4.1 Werden die Ressourcen des Alters als gesellschaftliches Potenzial erkannt?

In einer neueren, im gesamten Bundesgebiet durchgeführten Untersuchung zum Thema „Bilder des Alter(n)s und Sozialstruktur“ (ausführlich dazu Rudinger, Kruse & Schmitt 2000) wurde der Frage, inwieweit die zunehmende Anzahl älterer Menschen als eine Belastung für unsere Gesellschaft interpretiert wird und inwiefern das Verhältnis zwischen der jüngeren und älteren Generation

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

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

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

1.4.2 Das Engagement älterer Menschen in sozialen Beziehungen

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

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

bundener Entwicklungsverluste mit zunehmendem Alter schwerer wird.

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3 Die Übernahme freiwilliger und ehrenamtlicher Tätigkeiten

Das Engagement älterer Menschen im Sinne einer praktizierten Mitverantwortung ist nicht auf Austauschprozesse in sozialen Beziehungen beschränkt. Von den Leistungen älterer Menschen profitieren nicht allein konkrete Kontaktpersonen, Familienangehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn, sondern auch die Älteren selbst und die Gesellschaft als Ganzes. Das Engagement für andere ist auch insofern als ein spezifisches Potenzial, das sich positiv auf individuelle Alternsprozesse auswirken sollte, zu werten, als es Möglichkeiten zur Erfahrung von Kontinuität, Kompetenz, Effektivität, Selbstwertgefühl und Wertschätzung durch andere schafft. Die Gesellschaft profitiert vom Engagement älterer Menschen insofern, als diese Aufgaben übernehmen, die andernfalls zum Teil erhebliche Kosten verursachen würden. Zu nennen sind hier vor allem die Weitergabe von Erfahrungswissen und spezifischer Expertise, die Übernahme von Pflege- und Un-

terstützungsleitungen für Personen mit unterschiedlichen Graden von Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit sowie generell die Übernahme ehrenamtlicher Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden und Organisationen. Die gesellschaftliche Bedeutung der Leistungen älterer Menschen ist in den letzten Jahren verstärkt in das Interesse gerontologischer Forschung gerückt, das Thema „Produktivität im Alter“ hat sich neben Untersuchungen zum „erfolgreichen Altern“ als zentraler Bereich der gerontologischen Forschung etabliert. Gerade bezüglich des ehrenamtlichen Engagements älterer Menschen hat sich der Erkenntnisstand erheblich erweitert. Zu nennen sind hier insbesondere die im Modellprogramm „Seniorenbüro“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gewonnenen Erfahrungen (ausführlich dazu Fachinger 1999) sowie Ergebnisse aus dem Alters-Survey und der internationalen Vergleichsstudie zu Tätigkeitsfeldern nach dem Ausscheiden aus dem Beruf (Kohli & Kühnemund 1997 und 1999).

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

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

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

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

Die Kommission vertritt die Annahme, dass eine den Ressourcen und Bedürfnissen älterer Menschen gerecht werdende Politik zunächst von möglichst differenzierten Erkenntnissen über die verschiedenen Altersformen ausgehen muss. Der Lebensphase „Alter“ wird heute immer noch mit zahlreichen Vorurteilen begegnet, die durch die gerontologische Forschung ebenso wie durch Erkenntnisse, die in der gerontologischen Praxis gewonnen wurden, widerlegt werden können. Eines dieser Vorurteile lautet, dass ältere Menschen primär eine „Belastung“ für unsere Gesellschaft darstellen, hingegen keinen „Gewinn“. Die Kommission hat sich dafür entschieden, sich

dem Thema „Alter und Gesellschaft“ aus einer ressourcenorientierten Sicht zu nähern. Wie bereits in diesem einleitenden Kapitel dargelegt wurde und auch die nachfolgenden Kapitel zeigen, sind ältere Menschen nicht nur auf gesellschaftliche Ressourcen angewiesen, damit sie sich vor bestimmten Risiken im Alter besser schützen sowie spezifische Problem- und Lebenslagen besser bewältigen können. Sie verfügen auch über Ressourcen, die der Gesellschaft zugute kommen, von denen diese profitieren kann. Die differenzierte Beschreibung dieser Ressourcen – der gesellschaftlichen Ressourcen einerseits, der individuellen Ressourcen andererseits – und deren Analyse unter dem Aspekt der Weiterentwicklung einer „altenfreundlichen“ Politik bildet ein zentrales Ziel dieses Berichts. Dabei soll das nachfolgende Kapitel unter anderem aufzeigen, dass in der öffentlichen Diskussion bestimmte Altersbilder dominieren. Alle Berufsgruppen, die sich mit dem Thema „Alter“ befassen, sollten sich der Tatsache bewusst sein, dass gesellschaftliche Bilder des Alters Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung des Alters ausüben. Den Ausgangspunkt von Entscheidungen, die ältere Menschen betreffen, sollte die kritische Reflexion der gesellschaftlichen Altersbilder darstellen. Ansonsten besteht die Gefahr, dass der Blick auf die Ressourcen, die die Gesellschaft für ältere Menschen zur Verfügung stellen sollte, sowie auf die möglichen Ressourcen des Alters für unsere Gesellschaft verdeckt wird.

2. Altersbilder

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

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

Unter Altersbildern versteht die Kommission allgemeinere Vorstellungen über das Alter, über die im Alternsprozess zu erwartenden Veränderungen und über die für

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

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

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

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

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

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

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

Lebenslaufs die „gute Gestalt“ des eigenen Lebens und der eigenen Identität zu maximieren: Personale Kontinuität soll auch im Wandel der biografischen Zeit weitgehend gesichert werden.

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

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

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

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

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

Spezifische Altersbilder

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

Wenn von den „jungen Alten“ die Rede ist, dann sind damit idealtypisch Menschen in den ersten zehn bis fünfzehn Jahren nach ihrem Austritt aus dem Erwerbsleben gemeint, die einen guten Gesundheitszustand aufweisen, über ausreichende finanzielle Ressourcen verfügen und in hohem Maße aktiv sind. Das Bild der „jungen Alten“ verweist auf die deutliche Verlängerung der nachberuflichen Lebensphase durch den vorgezogenen Beginn (aufgrund früherer Verrentung) und das spätere Ende (aufgrund steigender Lebenserwartung) des Lebensabschnitts „Alter“. Diese Ausweitung macht verständlich, dass sich in den Vorstellungen über das Leben nach der Verrentung eine zeitliche Zweiteilung etabliert: Zunächst kommt das „junge“ Alter, das im gerontologischen Sprachgebrauch oft als das „dritte“ Lebensalter bezeichnet wird, gekenn-

zeichnet durch eine allgemein gute Ausstattung mit gesundheitlichen, materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen, noch kaum spürbaren altersbedingten Einschränkungen und verbunden mit neuen Möglichkeiten einer aktiven, selbstbestimmten und mitverantwortlichen Lebensgestaltung.

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

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

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

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

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

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

Reißerische Berichte vor allem in den Printmedien über einen „Krieg der Generationen“ lassen den Eindruck entstehen, in den Medien herrsche ein negatives Altersbild vor. Ein solch pauschales Urteil lässt sich jedoch nicht ohne weiteres fällen. Wenn etwa in den Medien eine an konkreten Problemen des Alters orientierte Darstellung über Defizite des Alters erfolgt, darf dies nicht pauschal als Ausfluss eines negativen Altersbildes interpretiert werden. Berichte über problematische Situationen im Alter sind auch der Aufklärungsfunktion dieser Medien zuzuschreiben. Allerdings: In den Printmedien wird häufiger über alte Menschen geschrieben, als dass sie selbst zu Wort kommen – und alte Menschen werden weniger in Fernsehsendungen dargestellt, sondern sind in stärkerem Maße Fernsehkomententen (Filipp & Mayer, 1999: 238). Weder in der Werbung noch in den Programmen

insgesamt wird die Vielfalt des Alterns angemessen repräsentiert. Aber viel auffallender ist die Überlagerung dieser allgemein zu geringen Differenziertheit Unterrepräsentanz der älteren Menschen in den Medien durch Geschlechtsstereotypen: Männer erscheinen häufiger in der Rolle der „Noch-Berufstätigen“ oder der auf beruflichem Wissen beruhenden Experten, während Frauen eher in sozialen Rollen (etwa als Hausfrau) inszeniert werden.

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

Fazit

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

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

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

ordnen lassen, das von einer sehr positiven bis zu einer sehr negativen Bewertung reicht (Hummert 1990).

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

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

3. Gesundheit und Versorgungssystem als Ressource

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

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

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

Fünf Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung widmet sich der Bericht ferner ausführlich dem Thema Pflege. Eine besondere Bedeutung wird dem nurmehr schwer zu überschauenden Feld der ambulanten Pflege beigemessen. Weiterhin wird eingegangen auf die Verbesserung der Qualifikation und die Modernisierung des Leistungsprofils in der Pflege. Die demographische Entwicklung bedingt eine dramatische Verschiebung im Morbiditätsspektrum in der Bevölkerung hin zu den chronischen Erkrankungen. Chronische Krankheiten zeichnen sich durch Irreversibilität und lebenslange Behandlungsbedürftigkeit aus und treten gerade im hohen Alter noch mehrfach miteinander kombiniert auf (Multimorbidität). Die bisherigen Modelle einer weitgehend „eindimensionalen“ oder „kurativen“ Medizin werden weder den chronischen Krankheiten noch der Multimorbidität im Alter gerecht. Daher wird im Abschnitt „Geriatrische Versorgung“ ausführlich auf die besonderen Belange der Altersmedizin und die dafür erforderlichen Strukturen eingegangen. Versorgungsformen wie z. B. Tagesklinik und die ambulante geriatrische Rehabilitation, deren Sinn niemand bestreitet, die aber noch viel zu wenig im deutschen Versorgungssystem umgesetzt werden, finden ausführliche Beachtung. Das bisherige Modell der „eindimensionalen“ und ausschließlich „kurativen“ Medizin wird weder den chronischen Erkrankungen noch der Multimorbidität im Alter gerecht. Zur Weiterentwicklung und

Optimierung unseres Gesundheitssystems müssen insbesondere Prävention und Rehabilitation selbstverständliche Bausteine werden. Sie müssen gleichwertig und am Patienten orientiert sein. Deshalb wird in diesem Bericht ausführlich auf diese Themen eingegangen und z. B. die geriatrische Rehabilitation als ein durchgängiger und integrierter Teil („Herzstück“) der Altersmedizin beschrieben. Aufgrund der demographischen Gegebenheiten werden besonders hohe Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme, vor allem an die Krankenkassen und die Pflegekassen gestellt. Die kurative bzw. kausale Medizin hat auf der einen Seite zu einer enormen Leistungsfähigkeit und großen Erfolgen geführt. Dies hat allerdings auf der anderen Seite unser Versorgungssystem und dessen Ausgabenentwicklung in hohem Maße geprägt, und auch die demographische Alterung führt zu wachsenden Ausgaben im Gesundheitssystem. Der Altenbericht wendet sich an verschiedenen Stellen der Problematik der wachsenden Gesundheitsausgaben zu, wobei der Aspekt einer integrierten Gesundheitsversorgung und ihrer Finanzierung und Vergütung besondere Beachtung findet. Weil es in diesem Kapitel nicht möglich war, alle im Zusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Pflege wesentlichen Themen zu behandeln, haben wir uns entschlossen, in besonderer Weise auf jene Bereiche einzugehen, in denen unseres Erachtens Defizite in der Versorgung der älteren Bevölkerung vorliegen und in denen Änderungs- und Umstrukturierungsbedarf besteht.

3.1 Charakteristik des Gesundheits- und Krankheitszustands älterer Menschen

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

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

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

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

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

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

Eine eindeutige Antwort in die eine oder andere Richtung auf die Frage nach der Verringerung oder Ausweitung der durch Krankheit und Behinderung beeinträchtigten Lebensjahre im Zuge der verlängerten Lebenserwartung lässt sich nach Durchsicht wichtiger deutschsprachiger⁴ und internationaler⁵ Studien hierzu zwar nicht geben. Dies liegt zum einen an der – zumindest in Deutschland – noch spärlichen Datenlage über die Entwicklung der altersspezifischen Morbidität und Hilfsbedürftigkeit.⁶ Zum anderen hängen die Ergebnisse solcher Studien stark von den jeweils gewählten Indikatoren und methodischen Verfahren ab. Dennoch besteht – auch aufgrund neuerer in-

ternationaler Ergebnisse⁷ – durchaus Grund zu vorsichtigem Optimismus, denn die Mehrzahl der Studien kommt zu dem Ergebnis, dass sich der Gesundheitszustand der älteren Menschen (auch der Hochaltrigen) in den letzten Jahrzehnten verbessert hat.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.2 Somatischer Gesundheitszustand

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

3.1.2.1 Funktionelle Veränderungen

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

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

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

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

Mit zunehmendem Alter kommt es weiterhin zu signifikanten Veränderungen der sensorischen Funktionen. Hier stehen das Sehen – etwa die Alterssichtigkeit und zunehmende Trübung der Linsen – und das Hören – Hörminderung, insbesondere im Hochtonbereich – im Vordergrund. Die sensorischen Funktionen haben eine zentrale Bedeutung für die Alltagskompetenz der älteren Menschen z. B.

für die Kommunikation, die Kontrolle der Bewegungen usw. In der Berliner Altersstudie konnte festgestellt werden, dass sich mit jedem Jahrzehnt die Sehschärfe deutlich verschlechtert. Die Beziehung innerhalb der verschiedenen sensorischen Funktionen spielen in höherem Alter wiederum eine große Rolle und sind in ihrer Wirkung nicht nur additiv zu sehen, sondern können sich auch potenzieren. Auch diese Funktionseinbußen sind als Risikofaktoren für Behinderung und Hilfsbedarf zu gewichten, insbesondere für die Gestaltung des Alltags, aber auch für die Manifestation von Erkrankungen.

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

3.1.2.2 Krankheit und Multimorbidität im Alter

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

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

Übersicht 3-1: Wesentliche altersbedingte Veränderungen

Organ/System	altersbedingte Veränderungen	mögliche Folgen altersbedingter physiologischer Veränderungen
Allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme des Körperfetts, • Abnahme der Körperflüssigkeit • Abnahme der Muskelmasse • Abnahme des Grundstoffwechsels • Abnahme der Temperaturregulation 	<p>Volumen zur Verteilung fettlöslicher Medikamente nimmt zu und für wasserlösliche ab</p> <p>unbemerkte Unterkühlung möglich</p>
Sinnesorgane	<ul style="list-style-type: none"> • Augen: Alterssichtigkeit (Presbyopie), Linsentrübungen • Ohren: Hochtonverluste (umweltabhängig) 	<p>Verminderte Akkomodation</p> <p>Eingeschränkte Wortdiskrimination bei Hintergrundgeräuschen</p>
Respirationstrakt	<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der Lungenelastizität, • Zunehmende Steifheit des Brustkorbes (Alters-thorax) 	<p>Missverhältnis zwischen Ventilation und Perfusion, abnehmender Sauerstoffpartialdruck</p>
Herz-Kreislaufsystem	<ul style="list-style-type: none"> • abnehmende Anpassung der Arterien, zunehmender systolischer und diastolischer Blutdruck (abhängig von Umwelt und Lebensweise) • verzögerte Blutdruckregulation, • Einschränkung des Herzschlagvolumens 	<p>Orthostatische Probleme, Belastung kann oft nur über Herzfrequenzsteigerung aufgefangen werden</p>
Bewegungsapparat	<ul style="list-style-type: none"> • Skelettmuskel nimmt ab, • Bänder, Sehnen, Muskeln weniger dehnbar • Abnahme des Mineralstoffgehaltes der Knochen • Gelenkbeweglichkeit nimmt ab 	<p>Geringere Beweglichkeit und Kraft</p> <p>Erhöhte Anfälligkeit für Knochenbrüche</p>
Gastrointestinaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> • Mundhöhle/Zähne: Verlust • Anzahl der Geschmacksknospen reduziert • Magen-Darmtrakt: Sekretion der Speicheldrüsen, Magen, Pankreas nimmt ab bzw. verändert 	<p>Kaufunktion eingeschränkt</p> <p>Gefahr der Fehl- und Mangelernährung</p>
Urogenitaltrakt	<ul style="list-style-type: none"> • Durstperzeption nimmt ab, Sättigungsperzeption zu • Harnblase: Tonus nimmt zu, Fassungsvermögen ab • Niere: glomeruläre Filtrationsrate nimmt ab, renaler Natriumverlust • Prostatavergrößerung 	<p>Erhöhte Exsikkationsgefährdung</p> <p>Häufigeres Urinieren, oft Drangzeit verkürzt</p> <p>Erhöhter Wasserverlust (Schwitzen, Diuretika)</p> <p>Mangelnde Ausscheidung einzelner Drogen/Medikamente</p>
Haut	<ul style="list-style-type: none"> • Atrophie, Schwund des subkutanen Fettgewebes • Abnahme und veränderte Struktur des kollagenen Bindegewebes, verminderte Durchblutung der Lederhaut • verminderte Talgdrüsenaktivität • verringerte Haarstärke • Haarverlust 	<p>Verlangsamte Wundheilung</p> <p>Faltenbildung</p> <p>Verminderte Hautfettung</p> <p>Trockene Haut</p>

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

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

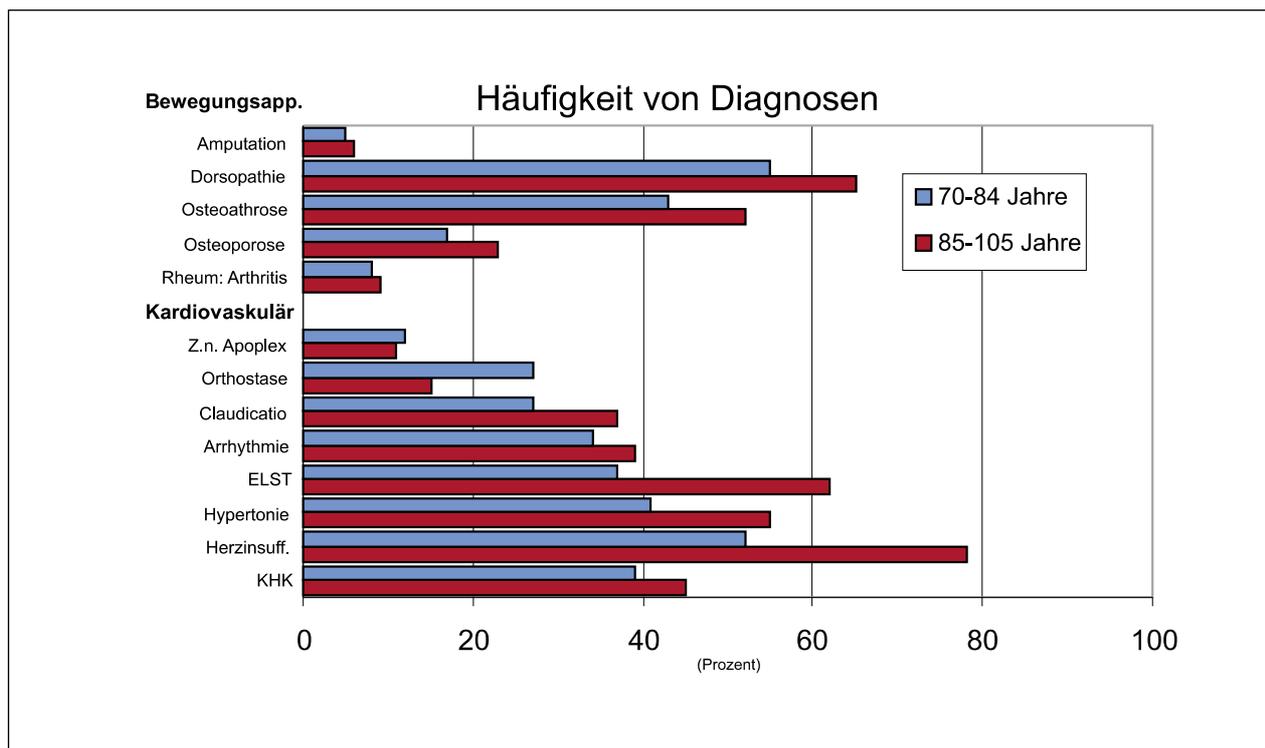
Wenn man die somatischen Erkrankungen im Alter bzw. die Multimorbiditätsspektren verschiedener großer Studien (wie etwa der Berliner Altersstudie, dazu Mayer & Baltes 1996) betrachtet, kristallisieren sich immer wieder

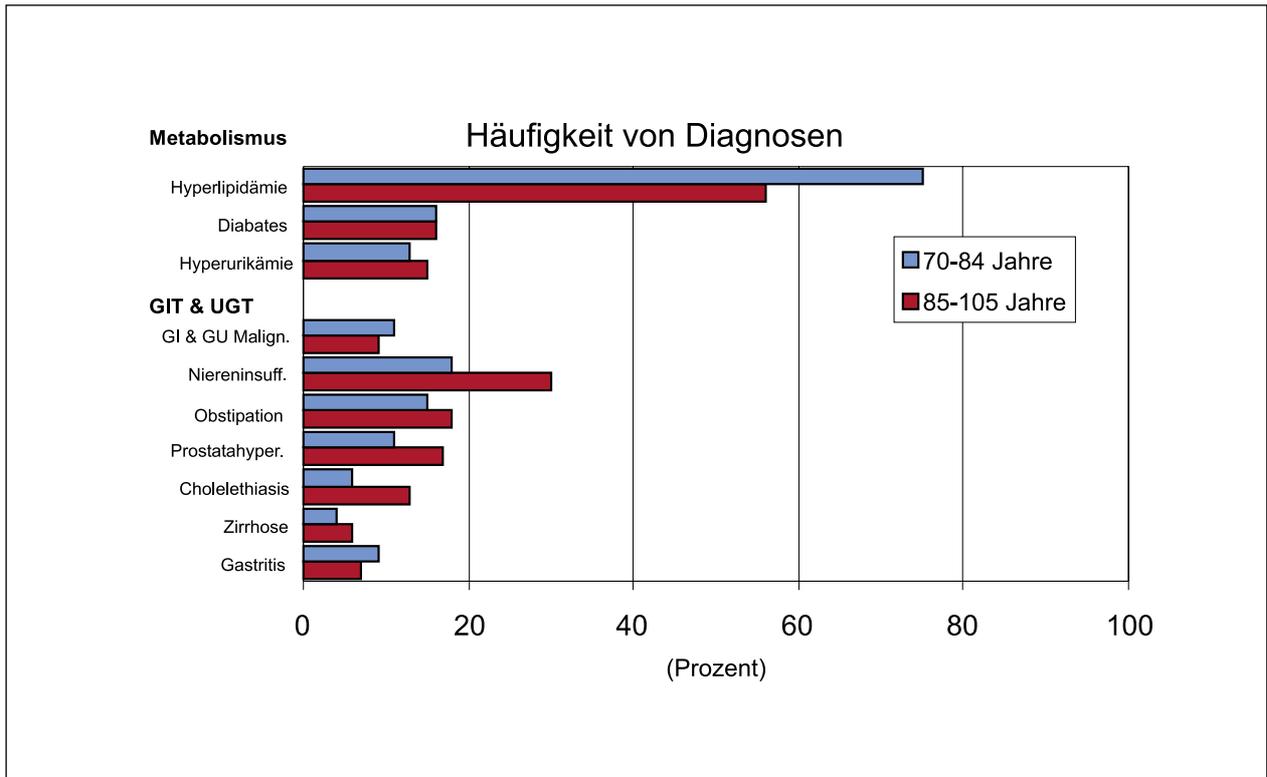
zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen: die Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Die Berliner Altersstudie ergab, dass bei 96 Prozent der 70-Jährigen und Älteren mindestens eine und bei 30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

Diese Ergebnisse lassen sich dahin gehend zusammenfassen, dass zwar nahezu alle 70-Jährigen und Älteren aus

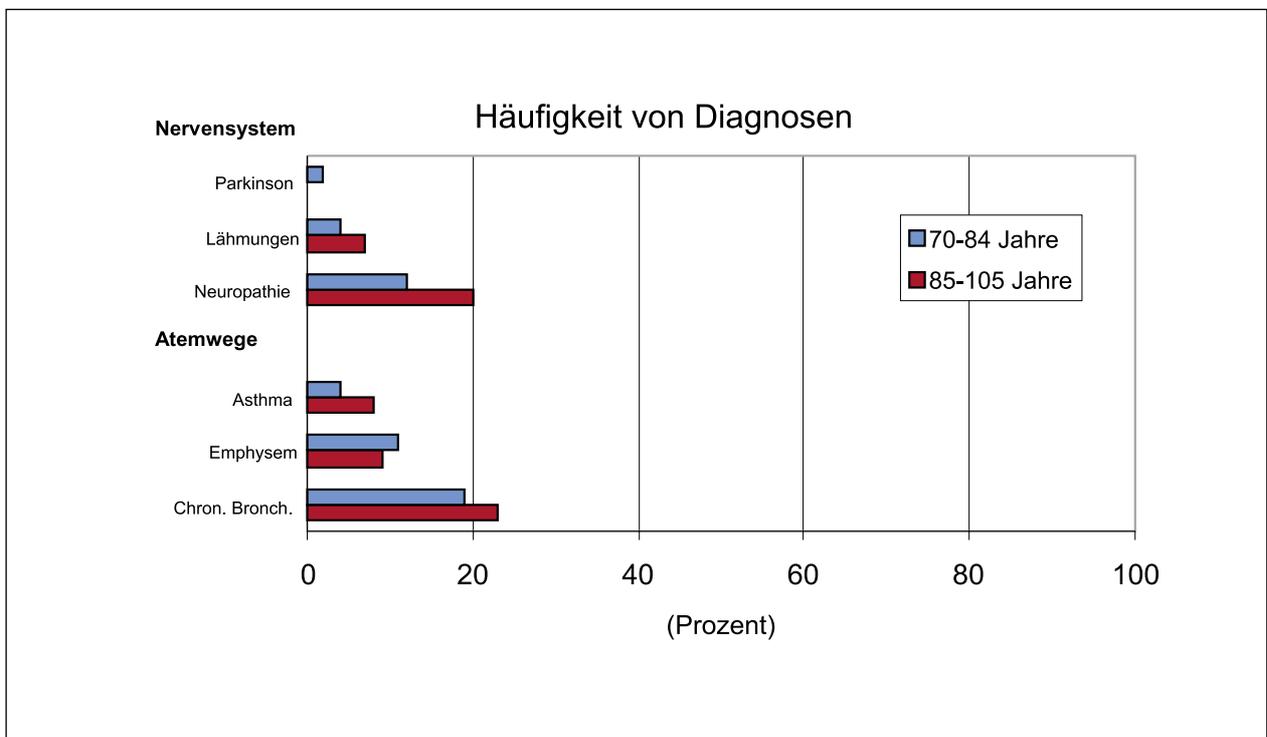
medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist. In vielen Fällen ziehen die objektivierbaren Krankheiten (hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörungen, Zuckerkrankheit usw.) zwar Behandlungsbedarf nach sich, wiesen aber keine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

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





GIT = Gastrointestinaltrakt; UGT = Urogenitaltrakt



Quelle: Berliner Altersstudie (nur behandlungsbedürftige Diagnosen)

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

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

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

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

3.1.2.3 Gesundheitszustand älterer Migranten

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

Trotz der insgesamt unbefriedigenden Datenlage wird der Gesundheitszustand der heute ins Rentenalter kommenden Arbeitsmigranten bzw. der älteren ausländischen Be-

völkerung allgemein als schlecht eingeschätzt. Dies ist insofern erstaunlich, als diese Gruppe im jüngeren Alter einen überdurchschnittlich gesunden Bevölkerungsteil darstellte. Die von deutschen Ärzten in den Anwerbeländern durchgeführten Gesundheitsuntersuchungen, die Voraussetzung für die Anwerbung waren, und individuelle wie familiäre Entscheidungsprozesse, die eine gute Gesundheit als Voraussetzung für ein erfolgreiches Migrationsprojekt ansahen, führten zu einer positiven gesundheitlichen Selektion der in die alten Bundesländer kommenden Menschen.

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

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

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

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

3.1.3 Psychischer Gesundheitszustand

3.1.3.1 Zur Terminologie

Mit psychischen Störungen werden in der Psychiatrie, Psychotherapie und Klinischen Psychologie Veränderungen im Erleben und Verhalten des Menschen bezeichnet, die auf Störungen des Körpers, der Psyche und der Umwelt zurückzuführen sind. „Psychische Störungen“ bilden den Oberbegriff für verschiedene Störungsarten (Schulte, D. 1998). Ursachen für Veränderungen im Erleben und Verhalten können körperliche Krankheiten (zum Beispiel im Zentral-Nerven-System) bilden – zu nennen sind hier zum Beispiel Demenzen, die ein Syndrom psychischer Störungen beschreiben, das in den meisten Fällen auf eine Gehirnatrophie (bei der Alzheimer Demenz) oder auf Gefäßkrankungen des Gehirns (bei der vaskulären Demenz) zurückzuführen ist. Ursachen für Veränderungen im Erleben und Verhalten können weiterhin im Psychischen selbst liegen, vor allem in nicht verarbeiteten Erlebnissen, die Menschen in früheren Lebensjahren gemacht haben oder mit denen sie in der Gegenwart konfrontiert werden, in mangelnder oder fehlerhafter Kontrolle des Verhaltens sowie in fehlerhafter Interpretation

von Umweltreizen – zu nennen sind zum Beispiel Verhaltensstörungen, die einen höheren Chronifizierungsgrad aufweisen, sowie Anpassungsstörungen, die bei akuten Überforderungen auftreten. Schließlich kann auch die verhaltenssteuernde Umwelt unangepasst und gestört sein; im Falle der Anpassung des Verhaltens an diese Bedingungen ist eher von abweichendem Verhalten und weniger von einer Verhaltensstörung auszugehen.

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

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

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

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

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

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

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

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

3.1.3.2 Epidemiologische Befunde und Fragen der Diagnostik und Behandlung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die häufigste Form der Demenz mit ca. 60 Prozent aller Demenzen ist die Alzheimer Demenz, deren wichtigste morphologische Kennzeichen fortschreitende Hirnatrophie, neurofibrilläre Veränderungen, Ausbildung von senilen Plaques, Verlust kortikaler Pyramidenzellen und Veränderungen der Neurotransmitter (vor allem im cholinergen System) bilden. Als Risikofaktoren für diese Form der Demenz wurden in mehreren Studien übereinstimmend Alter und Familiengeschichte nachgewiesen. Die Alzheimer Demenz verläuft fortschreitend und irreversibel. Sie beginnt mit Lern-, Gedächtnis- und Denkstörungen sowie mit leichteren Veränderungen der Persönlichkeit (vor allem im Affektbereich). Allmählich nehmen die kognitiven Einbußen zu, räumlich-zeitliche Desorientierung und Umherirren treten auf, die Persönlichkeit verändert sich immer mehr im Sinne von Antriebsverlust, Passivität und Desinteresse. Die Patienten büßen allmählich ihre Selbstständigkeit ein, in den Spätphasen der Alzheimer Demenz sind sie pflegebedürftig. – Es kann heute davon ausgegangen werden, dass sich in der kommenden Dekade Wege zu einer Behandlung der Alzheimer Demenz finden werden, die über die symptomatische Be-

handlung hinausgeht und die Krankheitsprozesse direkt und ursächlich beeinflusst (Masters & Beyreuther 1998). Im Mittelpunkt pharmakologischer Überlegungen steht derzeit die nachgewiesene Abnahme des für kognitive Funktionen wichtigen Neurotransmitters Azetylcholin. Durch Azetylcholinesterasehemmer soll der Abbau von Azetylcholin gestoppt und damit das Azetylcholin-Defizit verringert werden. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass diese Medikation vor allem in einem frühen Stadium der Alzheimer Demenz Erfolg versprechend ist, sodass sich auch von daher die Notwendigkeit der frühzeitigen Erfassung einer Alzheimer Demenz ergibt. – Derzeit sind zahlreiche symptomatisch, möglicherweise sogar pathophysiologisch wirksame Substanzen in präklinischer Erprobung (sowohl in-vitro als auch tierexperimentelle Untersuchungen). In den USA wird die Sicherheit und Dosierung von derzeit drei neuen Substanzen in Phase-I-Stadien geprüft. Effektivität und Nebenwirkungen von sieben potenziell antidementiv wirksamen Substanzen werden in Phase-II-Studien studiert. Weitere sieben Substanzen werden in großem Umfang an jeweils 1 000 bis 3 000 freiwilligen Patienten hinsichtlich ihrer Effektivität und Nebenwirkungsrate bei Langzeitanwendung untersucht. Zudem gibt es erste Anhaltspunkte dafür, dass auch symptomatische Maßnahmen, wie die bereits angesprochene Gabe von Azetylcholinestasehemmern, von Nootropika sowie von durchblutungsfördernden Substanzen potenziell weit reichende neurobiologische Effekte haben können (Förstl, Lauter & Bickel 2000). – Große Probleme bei der Betreuung und Pflege Demenzkranker werfen nicht-kognitive Störungen und Verhaltensstörungen auf. Zu nennen sind hier: Organischer Persönlichkeitswandel, Wahn, Halluzinationen, Unruhe, depressive Verstimmung, Umtriebigkeit, Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus und aggressive Verhaltensweisen. Der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika und Antidepressiva ist häufig unvermeidlich (Helmchen & Kanowski 2000).

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

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

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

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

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

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

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

3.1.4 Pflegebedürftigkeit – statistische Angaben

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

3.1.4.1 Aktuelle Situation

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

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

Übersicht 3-3: Pflegestufeneinteilung nach SGB XI

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

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

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

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

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

gebedürftigen Personen – je nach Häufigkeit, täglicher Dauer und Art der benötigten Hilfe – einer von drei Pflegestufen zugeordnet.

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

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

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

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

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

¹⁾ Ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

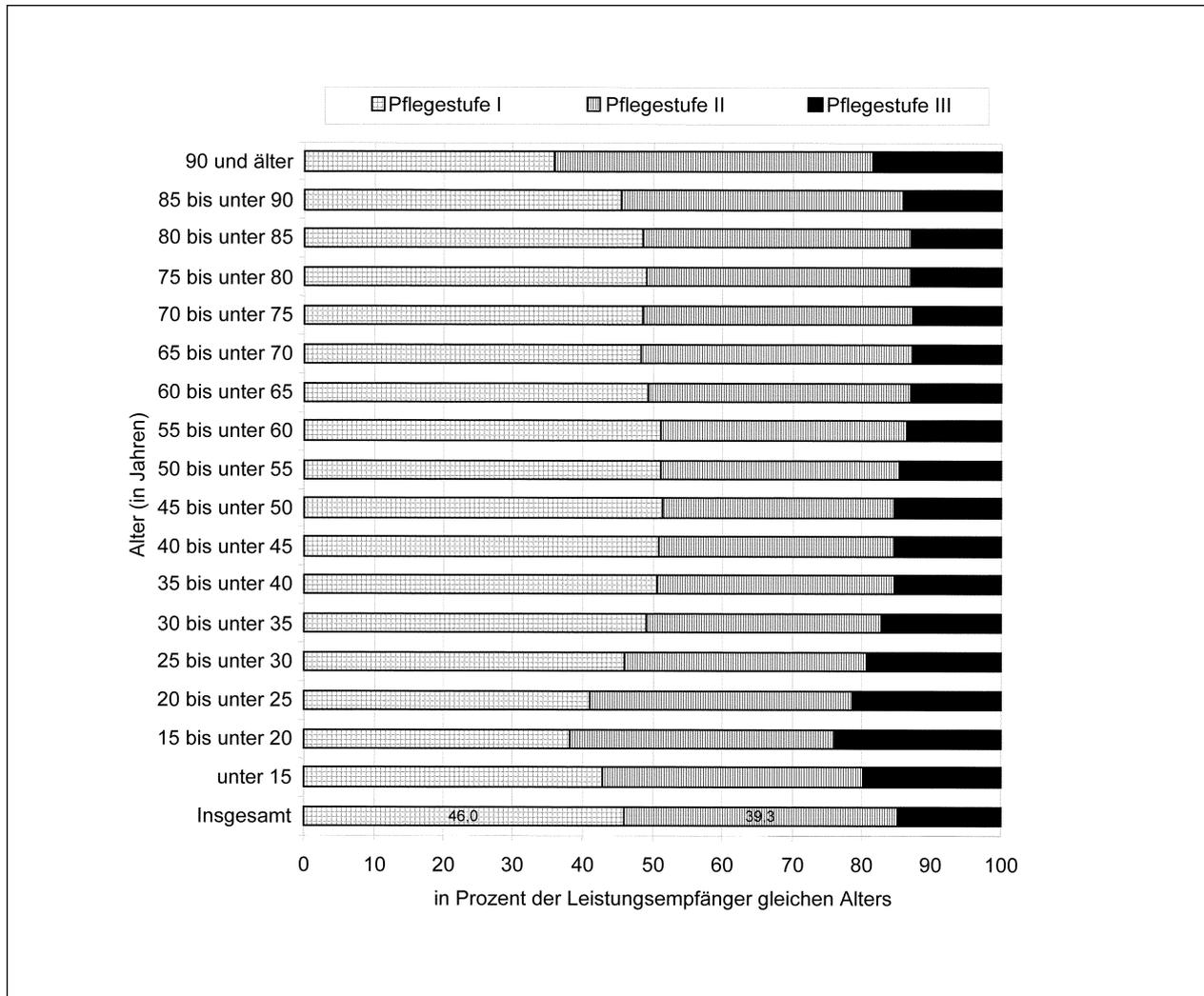
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

hierzu aus pflegewissenschaftlicher Sicht werden in Kapitel 3.2.4 gegeben.

Nach den in Tabelle 3-1 präsentierten Zahlen der Pflegeversicherungsstatistik gab es Ende 1998 rund 1,8 Millionen Pflegebedürftige (Leistungsempfänger) in Deutschland. Davon werden 70 Prozent in Privathaushalten gepflegt, 30 Prozent leben im Heim. Mehr als zwei Drit-

tel (68 Prozent) sind Frauen, und die Hälfte der Pflegebedürftigen ist hochbetagt im Alter von 80 und mehr Jahren. Weibliche Pflegebedürftige befinden sich häufiger als männliche in Einrichtungen (33 gegenüber 23 Prozent). Personen mit höherem Pflegebedarf, Hochaltrige und Frauen nehmen häufiger stationäre Leistungen in Anspruch. Mehr als die Hälfte der Leistungsempfänger

Abbildung 3-2: Grad der Pflegebedürftigkeit der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998¹⁾



¹⁾ ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

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

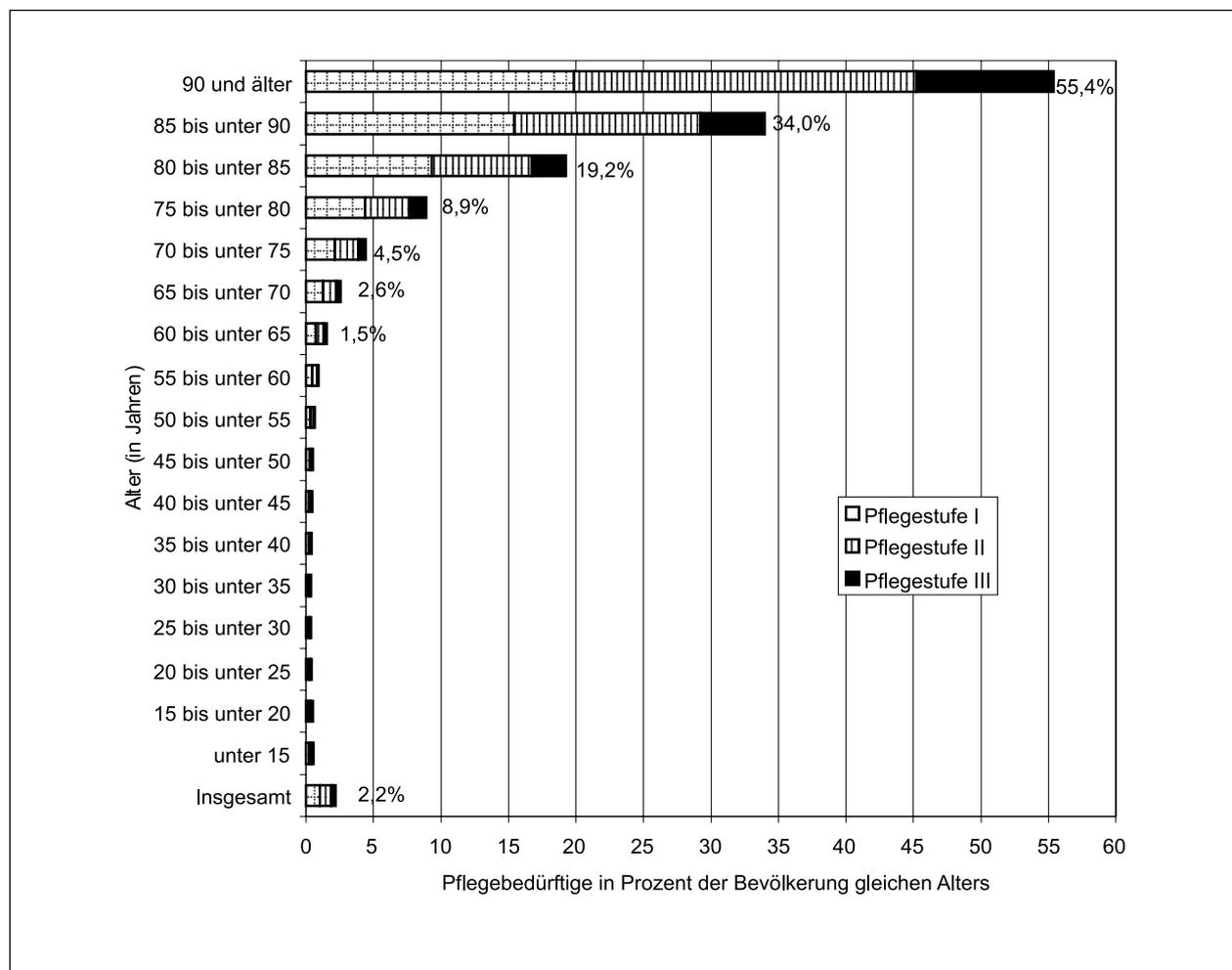
(54 Prozent) ist schwer- oder schwerstpflegebedürftig (Stufen II und III). Es fällt auf, dass die wenigen jungen Pflegebedürftigen überdurchschnittlich oft Pflegestufe II und III haben (58 Prozent der Leistungsempfänger unter 30 Jahren) (s. auch Abbildung 3-2).

Insgesamt waren Ende 1998 2,2 Prozent der Bevölkerung pflegebedürftig nach den Maßstäben des Pflegeversicherungsgesetzes. Wie Abbildung 3-3 verdeutlicht, steigt die Pflegebedarfswahrscheinlichkeit exponentiell mit dem Alter. Während von der Jugend bis zum Ende des sechsten Lebensjahrzehnts jeweils nur 0,5 bis 1 Prozent der Menschen pflegebedürftig sind, steigt ihr Anteil und der Schweregrad im höheren Alter zunächst moderat und spätestens ab dem 80. Lebensjahr kräftig an. Von den 80- bis

85-Jährigen ist ein knappes Fünftel pflegebedürftig (davon 51 Prozent in Stufe II und III), von den 85- bis 90-Jährigen gut ein Drittel, im Alter ab 90 Jahren mehr als die Hälfte (55 Prozent), davon 64 Prozent schwer- und schwerstpflegebedürftig.

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

Abbildung 3-3: Altersspezifische Prävalenz der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI am 31.12.1998 nach Pflegestufe¹⁾



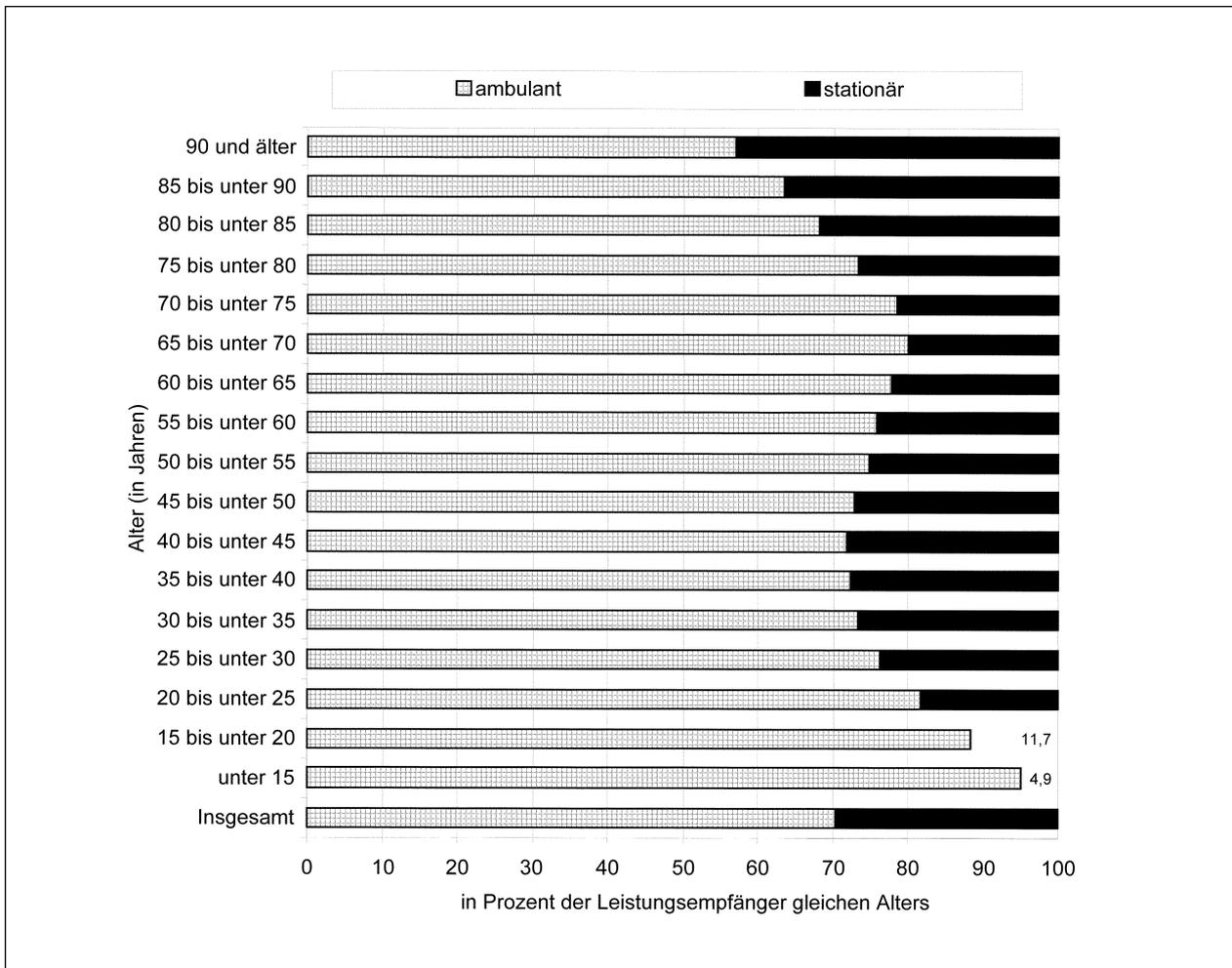
¹⁾ Ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung; Prävalenz im Alter von 65 bis 79 Jahren: 4,9 %, ab 80 Jahren: 30,7 %.
Quelle: Eigene Berechnungen aus Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit (1999: 414 f.) und des Verbands der privaten Krankenversicherung.

Die in der ersten Hälfte der 90er-Jahre durchgeführte Studie „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“ (Schneekloth & Potthoff 1993), die mit einer breit angelegten Repräsentativerhebung über 60 000 Personen erfasste, bietet nach wie vor ein reichhaltiges Datenmaterial zur Beschreibung von Struktur und Umfang der für die ambulante Pflege maßgeblichen Versorgungsbedarfe im Bereich der alltäglichen Lebensführung. Allerdings sind die Fragestellungen der Studie ganz überwiegend auf Pflege- und Hilfebedarfe begrenzt, die ähnlich wie im Falle der Pflegeversicherung auf die Bewältigung von einfachen Alltagsverrichtungen zugeschnitten sind. Versorgungsbedarfe im Kontext der Bewältigung chronischer Krankheiten beispielsweise bleiben, soweit sie in keinem Zusammenhang mit diesen Alltagsverrichtungen stehen,

weitgehend ausgeblendet. „Pflegebedürftigkeit“ wurde im Rahmen der Studie als Verlust von Selbstständigkeit definiert, die mehrfach wöchentlich, täglich oder ständig Fremdhilfe im Bereich körperbezogener Verrichtungen (Hygiene, Mobilität/Motorik, Ernährung und Aufsichtsbedarf) erforderlich macht.

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

Abbildung 3-4: Form der Unterbringung und Versorgung der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung am 31.12.1998¹⁾



1) ohne Härtefälle und Personen mit noch offener Pflegestufenzuordnung.

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

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

Hilfebedarf im hauswirtschaftlichen Bereich besitzt überhaupt, wie die Ergebnisse der Studie zeigen, in breiten Teilen der Altersbevölkerung einen eigenständigen Stel-

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

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

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

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

Quelle: Schneekloth & Potthoff 1993

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

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

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

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

Pflege- und Hilfebedürftigkeit im Alter geht je nach Ausprägung mit recht unterschiedlich akzentuierten Unterstützungsbedarfen einher. Rein quantitativ betrachtet stehen Bedarfe an Leistungen im Vordergrund, die den

Verlust bzw. die Beeinträchtigung alltagspraktischer Fähigkeiten zu kompensieren vermögen und durch präventiv/rehabilitativ orientierte Hilfen die verfügbaren Selbstversorgungspotenziale erhalten und fördern. Nicht zu unterschätzen ist jedoch auch jene (wachsende) Gruppe alter Menschen, welche infolge komplexer gesundheitlicher Problemlagen, nicht zuletzt psychischer Erkrankungen oder Beeinträchtigungen eine pflegerische Versorgung benötigen, die darüber hinaus spezifische Unterstützung bei der Bewältigung chronischer Krankheiten leistet. Für die Aufrechterhaltung einer stabilen häuslichen Pflegesituation und ein adäquates Ineinandergreifen formeller und informeller Unterstützungspotenziale ist durch geeignete Verfahren Sorge zu tragen (siehe hierzu Kapitel 3.2.4.1).

3.1.4.2 Zukünftige Entwicklung

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

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

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

Entscheidenden Einfluss auf die Ergebnisse von Vorausberechnungen zur Pflegebedürftigkeit haben neben den Annahmen zur altersspezifischen Prävalenz auch die Annahmen zur Entwicklung der weiteren Lebenserwartung im Alter. Insbesondere bei angenommener Konstanz der Pflegefallwahrscheinlichkeiten schlägt sich ein Zugewinn an Lebensjahren im höheren Alter unmittelbar in einer steigenden Zahl Pflegebedürftiger nieder. Deren Anzahl würde proportional zur Zunahme alter Menschen insgesamt steigen. Die vorliegenden Modellrechnungen orientieren sich teilweise an den Lebenserwartungsannahmen der 8. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamts 1992 bis 2040 (Sommer 1994) oder der Vorausschätzung der interministeriellen Arbeitsgruppe für die Jahre 1995 bis 2040 (BMI 1995). Das Statistische Bundesamt ging seinerzeit von einem allgemeinen Ende des Lebenserwartungsanstiegs nach der Jahrtausendwende aus, was viele Demographen schon damals als unrealistisch erachteten. In der interministeriellen Bevölkerungsmodellrechnung wird angenommen, dass bei allmählicher Angleichung der ostdeutschen an die westdeutsche Lebenserwartung diese bis 2005 um ein Jahr, von 2005 bis 2030 nochmals um rund zwei Jahre steigen wird und danach konstant bleibt.¹¹ Die im Herbst 1999 vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung herausgegebene Bevölkerungsvorausberechnung enthält

zwei Varianten. In Variante A wird von sich abschwächenden, in Variante B von gleich bleibenden Zuwachsraten der Lebenserwartung wie in der Zeit zwischen 1987 und 1996 ausgegangen. Danach würde sich die Lebenserwartung bis 2050 wie unten entwickeln.

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

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

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

¹¹ Die altersspezifischen Sterblichkeitsziffern der Ausländer werden allerdings in beiden Modellrechnungen konstant gehalten.

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

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

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

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

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

3.2 Gesundheits- und Pflegeversorgung

3.2.1 Prävention

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

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

3.2.1.1 Präventionspotenziale

Der Begriff des „Präventionspotenzials“ soll ausdrücken, dass (a) durch gesundheitsbewusstes Verhalten, durch die Vermeidung von Risikofaktoren sowie durch gezielte Einflussnahme auf die Lebenslage und die Umwelt des Menschen Risikofaktoren bzw. Erkrankungen in Teilen verhindert oder zeitlich hinausgeschoben werden könnten (Primärprävention), dass (b) durch die Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen sowie durch Therapie und Rehabilitation eine Verschlimmerung der Er-

krankung oder weitere Komplikationen vermieden werden (Sekundärprävention) und dass (c) durch Rehabilitationsmaßnahmen in vielen Fällen Folgeschäden dieser Erkrankungen vermieden oder gelindert werden könnten (Tertiärprävention). Die Präventionspotenziale sollen im Folgenden anhand von zwei Beispielen aufgezeigt werden; als Beispiele werden Erkrankungsformen gewählt, die bei älteren Patienten besonders häufig auftreten.

Beispiel 1: Herz-Kreislauf-Erkrankungen

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

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

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

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

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

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

Beispiel 2: Erkrankungen des Bewegungsapparates

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

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

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

3.2.1.2 Der präventive Hausbesuch

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

sionalen geriatrischen Assessments“ umschrieben), da die genannten Faktoren zur Entstehung von Erkrankungen sowie zur Hilfsbedürftigkeit oder sogar zur Pflegebedürftigkeit beitragen können. Es wurde bereits hervorgehoben, dass die Prävention ein ganzheitliches, an den verschiedenen Ebenen der Kompetenz orientiertes Vorgehen darstellt. Dieses ganzheitliche Vorgehen spiegelt sich auch in der Diagnostik wider. Mehrere Studien haben zeigen können, dass bei jenen älteren Patienten, bei denen ein geriatrisches Assessment durchgeführt wurde, in den folgenden 12 bis 24 Monaten ein geringeres Risiko für eine Einweisung in ein Pflegeheim besteht (vgl. Stuck,

Siu, Wieland, Adams & Rubenstein 1993). Dieser positive Effekt auf die Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit ist umso ausgeprägter, je früher das im Rahmen präventiver Hausbesuche durchgeführte geriatrische Assessment und die daran anschließende Intervention samt regelmäßiger Überprüfung der Umsetzung erfolgt, d.h. solange bei den älteren Menschen noch relativ geringe gesundheitliche und funktionale Einbußen bestehen (Stuck et al. 2000).

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

Übersicht 3-5: Der präventive Hausbesuch

Untersuchungen	Befunde	Ziele
Medikamentenkontrolle	Polypharmazie, ungenügende Compliance, ungenügende Behandlung, für hohes Alter ungeeignete Medikamente	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation der medikamentösen Therapie - Compliance Verbesserung (z. B. Kontrollbesuche, Gemeindegewerkschaft, Medi-Dosett) - Vermeidung ungeeigneter Medikamente (z. B. langwirksame Benzodiazepine) - Anpassung von Dosis und Dosierung
Blutdruck-Kontrolle	Arterielle Hypertonie Orthostase	<ul style="list-style-type: none"> - Behandlung der arteriellen Hypertonie angepasst an weitere Erkrankungen - keine raschwirksamen Ca-Antagonisten
Ernährungssituation	Protein-/Kalorienmangelernährung Fehlernährung (Immunabwehrschwäche, Hautprobleme veränderte Medikamenteneinwirkung, spez. Mangelerscheinungen) Ungenügende Flüssigkeitszufuhr Adipositas	<ul style="list-style-type: none"> - Regelmäßige Gewichtskontrolle (1 x pro Monat) - Regelmäßige Kontrolle Kauapparat (1 x pro Jahr) - Anpassung der Ernährung an individuelle Bedürfnisse (z.B. Fieber, konsumierende Erkrankung: Erhöhter Proteinbedarf)
Sehvermögen	Einschränkungen des Sehvermögens (verbunden mit Sturzgefahr und dem Risiko der sozialen Isolation)	<ul style="list-style-type: none"> - Hilfsmittel (Refraktionskorrektur) - Augendruckkontrolle - Spezifische Therapie behandlungsbedürftiger Karakta - Umgebungsanpassung (z. B. Beseitigung v. Sturzquellen, Adaptation Lichtquellen)
Gehör	Höreinschränkung (diese führt möglicherweise zu sozialer Isolation)	<ul style="list-style-type: none"> - Cerumanpfropf entfernen - Hörapparative Versorgung
Ausscheidung	Urininkontinenz Stuhlinkontinenz (soziale Problematik)	<ul style="list-style-type: none"> - Ursachen abklären (z.B. Restharn, Beckenbodeninsuffizienz) - Gezielte medikamentöse Therapie - Hilfsmittel
Wohnung und Wohnumfeld	Barrieren, die eine Sturzquelle bilden können Fehlendes oder ungenügendes soziales Netz Sturzquellen Bauliche Schwierigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützende sozial integrierende Maßnahmen - Hindernisbeseitigung

3.2.2 Geriatrische Versorgung und Bedeutung der Rehabilitation

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

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

Das Ziel der Rehabilitation geht nach heutigem Verständnis über die Förderung der beruflichen Leistungsfähigkeit hinaus. Erhaltung und Wiederherstellung von Selbstständigkeit, Selbstverantwortung, spezifischen Fertigkeiten und sozialer Integration werden als zentrale Rehabilitationsziele beschrieben, wobei diese in gleichem Maße für

die verschiedenen Lebensalter, Kompetenzprofile und Lebenslagen gelten (vgl. Kruse 2000). Dieses Verständnis der Rehabilitation liegt folgender Definition zugrunde: „Rehabilitation ist die Gesamtheit der Bemühungen, den durch Krankheit, angeborenes Leiden, äußere Schädigung oder durch die Folgen biologischer Abbauvorgänge körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen ohne Ansehen des Lebensalters, Geschlechts oder der sozialen Herkunft über die Akutbehandlung hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, psychologischem, pädagogischem, beruflich sozialem und technologischem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Lebensform und -stellung, die ihm entspricht und seiner würdig ist, im Alltag, in der Gemeinschaft und gegebenenfalls im Beruf zu finden bzw. wiederzuerlangen (Paeslack 1998: 86).

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

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

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

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

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

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

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

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gilt auch dann, wenn ein älterer Mensch bereits als pflegebedürftig eingestuft wurde. Die Leistungen der Rehabilitation werden von der Krankenkasse, die Leistungen der Pflege von der Pflegekasse übernommen. Die Tatsache, dass die Rehabilitation zwar von der Pflegekasse beantragt, jedoch von der Krankenkasse finanziert wird („Schnittstellenproblematik“), bildet eine Ursache dafür, dass in vielen Fällen eine Rehabilitation gar nicht oder nicht rasch genug eingeleitet wird, wodurch die Rehabilitationspotenziale nicht (ausreichend) genutzt werden. Ein weiteres Problem ist

zu beachten: Durch gezielte Rehabilitationsmaßnahmen kann ein älterer Mensch, der zum Beispiel in die Pflegestufe II eingruppiert wurde, einen Zuwachs an physischer, alltagspraktischer, psychischer und kognitiver Kompetenz entwickeln, der eine Einstufung in Pflegestufe I oder Pflegestufe 0 rechtfertigen würde. Das derzeit bestehende System bietet allerdings keine materiellen Anreize für Ärzte und Patienten zur Umsetzung der Rehabilitation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exkurs: Förder- und Rehabilitationskonzepte für ältere Menschen mit Behinderung

Behinderung ist ein umfassendes personales und soziales Geschehen (Paeslack 1998). Im Vierten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation werden jene Menschen als Behinderte beschrieben, „die von den Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand abweichenden körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht“ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, 1998: 2). In Anlehnung an den von der Welt-Gesundheits-Organisation eingeführten, dreistufigen Behindertenbegriff ist Behinderung als ein Geschehen zu definieren, das drei Ebenen berührt. Diese Ebenen bezeichnen (a) den Schaden (Impairment), d. h. die nicht nur vorübergehenden Abweichungen des körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes von dem für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand, (b) die funktionellen Einschränkungen mit der Folge von Fähigkeitsstörungen (Disability) und (c) die soziale Beeinträchtigung (Handicap) mit den sich daraus ergebenden vielfältigen persönlichen, familiären und gesellschaftlichen Folgen. Ältere Menschen mit Behinderung sind nicht als eine „homogene Gruppe“ zu verstehen; vielmehr sind die interindividuellen Unterschiede unter diesen genauso stark ausgeprägt wie unter älteren Menschen ohne Behinderung – ein für die Förderung und Betreuung bedeutsamer Aspekt (Tews 2000; Wacker 2000). Ebenso wie in früheren Lebensabschnitten

ist auch im Alter von den Prinzipien einer an den bestehenden Kompetenzen, Neigungen, Interessen, Bedürfnissen und Werten der einzelnen Person orientierten Förderung und Betreuung auszugehen. Die interindividuellen Unterschiede im Alter sind nicht allein durch Art und Ausprägung der Schädigung bestimmt. Vielmehr ist auch von Bedeutung, inwieweit es durch die (heilpädagogische) Förderung in früheren Lebensaltern gelungen ist, funktionelle Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen zu lindern und/oder zu kompensieren und soziale Beeinträchtigungen zu verringern. Dabei wird die Verringerung sozialer Beeinträchtigungen auch durch Veränderungen in der räumlichen Umwelt (zu nennen sind hier vor allem Barrierefreiheit und Ausstattung mit spezifischen Hilfsmitteln; siehe Kapitel 7), in der sozialen Umwelt (zu nennen sind hier vor allem die verschiedenen Formen sozialer Unterstützung, die aber die Selbstverantwortung und die Selbstständigkeit des Menschen achten; siehe Kapitel 6) sowie in der infrastrukturellen Umwelt (zu nennen sind hier Förder- und Betreuungsangebote für Menschen mit Behinderung sowie deren gesetzliche Grundlagen) erreicht. Das spezifische Kompetenzprofil eines älteren Menschen mit Behinderung ist auch als das Ergebnis der im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten, Neigungen und Interessen sowie der Förder- und Betreuungsangebote zu verstehen, die in den einzelnen Lebensaltern genutzt werden konnten (Kruse 1997). Experten aus dem Bereich der Behindertenhilfe heben hervor, dass die in der gerontologischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Plastizität (d.h. Veränderbarkeit) körperlicher und geistiger Funktionen im Alter auch auf ältere Menschen mit Behinderungen übertragen werden können (Lempp 2000). So konnte bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung nachgewiesen werden, dass sich das Training sensomotorischer, alltagspraktischer und kognitiver Fertigkeiten positiv auf die physische, alltagspraktische und kognitive Kompetenz (vgl. Kapitel 1) auswirkt (Frizzell 1997; King & Mace 1990). In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung die alterskorrelierten Verluste der physischen, alltagspraktischen und kognitiven Kompetenz dann mit größerer Geschwindigkeit verlaufen als bei älteren Menschen ohne Behinderung, wenn die in früheren Lebensaltern bestehende Förderung im Alter nicht mehr fortgesetzt wird (Oesterreich 1988; Wacker 2000). Die Kommission gibt zu bedenken, dass bei einem Abbruch der Förderung nach Ausscheiden aus der Werkstätte die im Lebenslauf entwickelten Ressourcen für ein selbstständiges und selbstverantwortliches Leben aufs Spiel gesetzt werden, wenn die systematische Förderung der Kompetenz im Alter unterbleibt. Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass die Gestaltung der freien Zeit nach Ausscheiden aus der Werkstätte sowie die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen und Verlusten Anforderungen an die Fähigkeit zur Neuorientierung sowie an die seelische Widerstandsfähigkeit stellt. Bei der Bewältigung dieser Anforderungen sind vor allem seelisch und geistig behinderte Menschen auf gezielte Unterstützung und Förderung angewiesen.

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

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

Risiken bei älteren Menschen mit Behinderung

Bei Menschen mit körperlichen Behinderungen ist zunächst das Risiko degenerativer Erkrankungen aufgrund einseitiger (dysfunktionaler) Belastungen erhöht. Weiterhin besteht bei ihnen das erhöhte Risiko atrophischer und

osteoporotischer Prozesse, wenn entsprechende Körperbereiche nicht oder falsch belastet worden sind. Zu rechnen ist weiterhin mit einer im Vergleich zu Menschen ohne körperliche Behinderung erhöhten Anfälligkeit für Erkrankungen und Hilfsbedürftigkeit. Aufgrund der Vorschädigungen sind Menschen mit körperlichen Behinderungen von Alternsprozessen – die ja mit einem Rückgang der Funktionstüchtigkeit und Anpassungsfähigkeit der Organe verbunden ist – stärker betroffen als Menschen ohne Behinderungen. Dies heißt aber nicht, dass Menschen mit körperlichen Behinderungen nicht in der Lage wären, ein selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Vielmehr sind die besonderen Risiken zu beachten.

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

3.2.3 Versorgung psychisch erkrankter Menschen

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

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

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

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

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

(a) Aspekte der Pharmakotherapie

In der pharmakologischen Forschung wurden Medikamente entwickelt, durch die die kognitiven Leistungen von Demenzkranken gefördert werden können. Diese Medikamente blockieren entweder den Abbau von Überträgerstoffen im Gehirn („Azetylcholinesterasehemmer“) oder sie beeinflussen den Glukosestoffwechsel, den Sauerstoffverbrauch und die Durchblutung des Gehirns („Nootropika“). Vor allem für die Azetylcholinesterase-

hemmer wurde eine vorübergehende Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, der alltagspraktischen Kompetenz und des klinischen Gesamteindrucks nachgewiesen. Auch für einzelne Nootropika ließ sich in anspruchsvollen klinischen Studien der Nachweis erbringen, dass durch sie eine Teilnormalisierung der Hirndurchblutung bzw. der EEG-Aktivität erreichbar ist.

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

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

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

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

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

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

Von großer Bedeutung sind bei dementiellen Erkrankungen auch die nicht-kognitiven Störungen und Verhaltensstörungen. Diese konfrontieren Angehörige und Pflege-
mitarbeiter mit noch größeren Problemen als die demenz-

bedingten kognitiven Leistungsstörungen. Zu nennen sind hier tief greifende Veränderungen der Persönlichkeit, Wahn und Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, depressive Verstimmungen, Umtriebigkeit, Umkehr des Schlaf-Wachrhythmus, aggressives Verhalten und Schreiatacken. Der Einsatz von Tranquilizern, Neuroleptika und Antidepressiva ist oft notwendig. Bei paranoid-halluzinatorischer und aggressiver Symptomatik sowie psychomotorischer Unruhe und Störungen des Schlaf-Wachrhythmus können Neuroleptika indiziert sein, wobei sich aufgrund möglicher Nebenwirkungen eine strenge Indikationsstellung ergibt. Eine ähnlich vorsichtige Dosierung ist auch bei der Behandlung mit Antidepressiva angezeigt. Einzelne Anti-Epileptika eignen sich zur Behandlung von Angst und Agitation bei demenzkranken Patienten. Sedativa können zeitweise zur Behandlung von Angst und Agitation eingesetzt werden.

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

(b) Aspekte der Psychotherapie

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

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

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

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

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

Aufgrund der spezifischen Lebensbedingungen im Alter – begrenzte Lebenszeit, höhere Verletzbarkeit des Organismus und dadurch bedingte Einschränkungen der Ge-

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

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

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

(c) Aspekte der psychosozialen Intervention

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

Bei leichten Demenzen kann das kognitive Training zur zeitweiligen Verbesserung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsleistungen des Patienten beitragen (vgl. Oswald & Ruprecht 1998; Oswald & Rödel 1995). Dabei sind auch positive Einflüsse dieses Trainings auf die subjektiv erlebte Kompetenz zu berücksichtigen, woraus sich auch positive Effekte auf die psychische Befindlichkeit ergeben. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz führen neuropsychologische Trainingsmethoden – wie zum Beispiel das visuelle Assoziationslernen – nur zu kurzfristig andauernden Effekten. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Patienten, die ein solches Training erhalten, nach dessen Abschluss nicht selten bessere kognitive Leistungen zeigen als jene Patienten, die die Möglichkeit zu diesem Training nicht erhalten haben. In einer Untersuchung von Ermini-Fünfschilling & Meier (1995) zu den Wirkungen von Gedächtnistraining als Bestandteil einer Milieuthherapie bei Alzheimer Demenz fanden sich zwar keine positiven Effekte auf die Leistungen der Interventionsgruppe, für die Kontrollgruppe zeigten sich aber bedeutsame Leistungsrückgänge. An diesem Beispiel wird deutlich, dass sich der Rehabilitationserfolg nicht nur in absoluten Verbesserungen, sondern auch in der Erhaltung

von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie in der Verzögerung von Verschlechterungen ausdrücken kann. In Bezug auf den Kommunikationsstil gegenüber Patienten mit dementiellen Erkrankungen ist vor allem deren begrenzte Aufnahmefähigkeit zu berücksichtigen. Deutliche Artikulation, gut verstehbare Lautstärke, an den Prozess der Informationsverarbeitung angepasste Sprechgeschwindigkeit und ein abwechslungsreicher, die Aufmerksamkeit gezielt lenkender Sprachrhythmus, einfache und klar strukturierte Sätze sowie die gezielte Darbietung redundanter Information können die Übermittlung relevanter Information erheblich erleichtern. Entscheidend ist zudem eine positive Rückmeldung mit dem Verstärken richtiger Äußerungen. Bestimmte belastende und wiederkehrende Verhaltensweisen dementiell erkrankter Menschen, wie diese bereits unter den nicht-kognitiven Störungen beschrieben wurden, erfordern spezifische Maßnahmen und sollten Anlass sein, nach eventuell zugrunde liegenden Faktoren zu suchen. Aggressiv reagieren die Patienten häufig dann, wenn ihr Intimbereich verletzt wird oder wenn sie sich bedroht fühlen.

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

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

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

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

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

Die in der Gerontopsychiatrie, Gerontopsychosomatik und Alterspsychotherapie gewonnenen theoretischen und anwendungsbezogenen Erkenntnisse lassen im Prinzip die Verwirklichung der von Oesterreich aufgestellten Grundsätze zu. Doch wird von Experten kritisch angemerkt, (a) dass diese Erkenntnisse in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung nicht ausreichend vermittelt werden, (b) dass Hausärzte – die den Großteil älterer Patienten behandeln – nur selten mit Fachärzten kooperieren, die über (geronto-)psychiatrische, (geronto-)psychosomatische und alterspsychotherapeutische Erfahrung verfügen,

(c) dass die ambulante und stationäre medizinische Versorgung psychisch erkrankter älterer Menschen aufgrund mangelhafter Versorgungsstrukturen nicht ausreichend sei und (d) dass Alten- und Pflegeheime, in denen viele Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen leben, über keine ausreichende medizinische, vor allem (geronto-)psychiatrische Betreuung verfügen.

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

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

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

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

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

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

Gerontopsychiatrische Tageskliniken können in vielen Fällen die vollstationäre Behandlung ersetzen; darüber hinaus fördern sie den Übergang von stationärer in ambulante Behandlung. Diese Tageskliniken sind regional sehr unterschiedlich verteilt; in vielen Regionen finden keine gerontopsychiatrischen Tageskliniken. Es wird von Experten dringend empfohlen, die insgesamt mangelhafte

Entwicklung und regional sehr ungleichgewichtige Verteilung gerontopsychiatrischer Tageskliniken zu überwinden (vgl. Helmchen & Kanowski 2000).

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

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

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